

DOCTEUR

ROBERT S. MENDELSON

**des enfants
sains...
même sans
médecin**



Collection SANTÉ



EDITIONS SOLEIL

Dr Robert S. Mendelsohn

Des enfants sains ...
même sans médecin

EDITIONS SOLEIL

Titre original :
"How to raise a healthy child ...
in spite of your doctor"

Collection Santé
Ed. Soleil,
Genève, 1984,
réédition 1984, 1987, 1989

Table des matières

Introduction française

Introduction

1 - L'enfant malade la nuit va presque toujours mieux le lendemain matin

2 - Les parents et les grands-parents ont plus de sagesse que les médecins

3 - Comment les médecins peuvent rendre malades des enfants bien portants ?

4 - Protégez vos enfants déjà avant leur naissance

5 - Alimentation adéquate pour la santé et la croissance

6 - Que pouvez-vous attendre de votre enfant ?

7 - La fièvre : défense du corps contre la maladie

8 - Maux de tête : souvent d'origine émotionnelle, mais la douleur est réelle

9 - « Maman, j'ai mal au ventre ! »

10 - Toux, éternuements et nez qui coulent

11 - Le mythe de l'angine à streptocoques

12 - Les otites : douloureuses, mais rarement dangereuses

13 - Protégez la vue de votre enfant

14 - Problèmes de peau : le fléau de l'adolescence

15 - Le squelette : chasse gardée des orthopédistes

16 - Traumatologie : le point fort de la médecine

17 - Asthme et allergies : essayez le régime plutôt que les médicaments

18 - L'enfant agité

19 - L'immunisation par vaccins : une bombe à retardement

- 20 - Hôpitaux : pour tomber malade !
- 21 - Comment choisir le médecin de votre enfant
- 22 - Le petit guide du docteur Mendelsohn
- 23 - Références de l'auteur
- 24 - Références générales
- 25 - Ouvrages conseillés

Introduction française

Le docteur Robert S. Mendelsohn s'est affirmé comme tête de file des critiques de la médecine moderne aux U.S.A.. Auteur de plusieurs ouvrages, dont le best-seller « Confessions of a medical heretic », médecin-pédiatre, professeur de pédiatrie et de médecine préventive dans plusieurs universités, il s'appuie sur trente ans d'expérience pour dénoncer les abus de la médecine technologique actuelle. Il ne met pas en cause le dévouement et la bonne volonté des médecins, mais démontre que la surmédicalisation de la société et les procédures systématiques sont devenues un fléau.

Le grand retentissement des idées du docteur Mendelsohn a profondément modifié les conceptions de nombreux médecins et consommateurs médicaux, comme en atteste une revue qu'il dirige et dont l'esprit est comparable à celui de L'Impatient. Le docteur Mendelsohn a animé de nombreux séminaires et colloques dont le but était de repenser les techniques médicales afin de ne pas laisser la science tuer la conscience, ni la technologie remplacer le contact humain entre le médecin et son patient.

Dans ce livre, le docteur Mendelsohn aborde sa spécialité, la pédiatrie. Il déclare que dans l'immense majorité des cas d'indisposition infantine, le recours au pédiatre n'est pas justifié et peut même être dangereux ! Pour ses affirmations parfois surprenantes, il s'appuie sur des travaux scientifiques cités à la fin du livre. Sous la plume d'un médecin, de telles idées ont une tonalité explosive !

Homme de bon sens, d'une rigueur intellectuelle à toute épreuve, le docteur Mendelsohn ne se laisse pas aveugler par des préjugés, ni emprisonner par les principes qu'il a appris

lors de ses études. Il ose se remettre constamment en question et s'interroger sur la valeur des techniques médicales qu'il utilise, attitude qui démontre un grand courage.

Pour lui, ce n'est pas la médecine qu'il faut supprimer, mais ses abus. Il s'agit d'éviter des remèdes plus dangereux que les maux qu'ils sont censés traiter, de renoncer à des examens de routine sans utilité, mais non sans risques, de privilégier non pas la technologie, le laboratoire, la chimie et la chirurgie, mais l'éducation de santé, la prévention et le dialogue du médecin avec ses patients.

Parents, à vous d'agir ! Vous dit-il, et il vous donne une sorte de manuel du bon usage de la pédiatrie. Les parents, du fait qu'ils vivent avec leur enfant, sont souvent plus à même que les médecins de savoir exactement ce qui se passe chez lui et d'évaluer la gravité de ses symptômes. Avec cet ouvrage, vous apprendrez à utiliser votre bon sens et votre raisonnement pour soigner avec des moyens simples les affections banales courantes de vos enfants et à ne recourir au spécialiste que lorsque cela s'impose vraiment.

Cette proposition faite aux parents de se responsabiliser et d'assumer le rôle qui est le leur à l'égard de la santé de leurs enfants, associée à la clarté des informations offerte par ce livre, lui confèrent un immense intérêt. Pour ne rien gâcher, il est écrit avec humour et simplicité. Il peut être, pour les parents du XXe siècle, un instrument de grande valeur pour permettre à leurs enfants de ne pas dilapider prématurément leur capital-santé.

Oser remettre en question nos idées et nos habitudes, utiliser notre esprit critique, notre bon sens et notre intuition personnelle, s'informer à plusieurs sources et ne pas avoir une foi aveugle dans les experts et les spécialistes est, à l'heure actuelle, indispensable pour maintenir notre résistance immunologique, notre vitalité et notre bien-être, ainsi que ceux

des enfants qui nous sont confiés.

NB.: Les descriptions de la pratique médicale aux États-unis ne s'appliquent pas toujours à la situation dans les pays de l'Europe de l'Ouest. Le lecteur voudra bien en tenir compte. Il ne s'agit toutefois que d'analyses de détails. Les idées et la remise en question proposées par le docteur Mendelsohn ne perdent donc rien de leur portée générale.

LES EDITIONS SOLEIL

Introduction

Ce livre reflète une conviction: les pédiatres américains, comme les autres spécialistes d'ailleurs, ne font pas toujours la meilleure médecine. Je ne veux pas dire que les médecins soient moins intègres ou moins compatissants que le reste de l'humanité; le problème vient d'une certaine conception de la médecine et de la manière de l'enseigner, et non de la personnalité de ceux qui l'ont apprise.

Les médecins ne sont pas « coupables », mais, comme leurs patients, ils sont victimes du système. Ils sont les premiers à souffrir du fait que les études de médecine se préoccupent davantage d'intervention que de prévention et mettent en avant médicaments et technologie.

Des habitudes et comportements parfois ridicules sont inculqués aux étudiants, qui terminent leurs études la tête si pleine de niaiseries institutionnalisées qu'il n'y reste guère de place pour le bon sens.

Je fais ici également mon autocritique. Je reconnais avoir commencé ma carrière médicale en croyant tout ce qu'on m'avait enseigné; mes patients en ont payé le prix pendant de nombreuses années. J'ai heureusement appris - peut-être quand j'ai commencé à enseigner à remettre en question beaucoup de principes médicaux. J'ai appris à douter de chaque nouveau médicament, de chaque nouvelle intervention chirurgicale ou autre « innovation ». J'ai bien vite découvert que la plupart de ces nouveautés ne résistent pas à une évaluation scientifique rigoureuse et qu'un fort pourcentage de « médicaments miracles » ou d'« opérations révolutionnaires » disparaissent dès que l'on s'aperçoit qu'ils font plus de mal que de bien. Dans mes deux livres précédents : *Confessions of a Medical Heretic* et *Malepractice, How Doctors Manipulate*

Women, mon intention était de mettre en garde le lecteur et de lui recommander la vigilance, jamais de le dissuader de recourir à une aide médicale lorsqu'elle est nécessaire. Malgré les défauts de leur formation, les médecins sauvent parfois des vies et guérissent parfois des malades. Ils sont le plus utiles lorsqu'ils sont confrontés à des urgences et le plus dangereux quand ils se sentent obligés - comme on le leur a appris- de traiter des gens qui ne sont pas vraiment malades.

Dans les deux livres que j'ai cités, ainsi que dans celui-ci, je souhaite attirer votre attention sur les défauts de la pratique médicale, afin que vous puissiez vous préparer à vous défendre contre des traitements dangereux ou inappropriés. Si un nombre croissant de patients questionnent les médecins sur les traitements prescrits, les médecins eux-mêmes commenceront peut-être aussi à s'interroger. Du moins, je l'espère.

Cela a d'ailleurs commencé, grâce à mon travail, peut-être, et certainement grâce aux nombreuses critiques émises ces dernières années aussi bien par les médecins que par le grand public. Beaucoup de praticiens sont poussés par leurs patients et par les médias à remettre en cause leurs croyances médicales: mes collègues m'en parlent souvent, et des enquêtes effectuées auprès de médecins montrent que de plus en plus de patients refusent de les croire sur parole.

Les patients sont maintenant moins respectueux et moins dociles. Ils ne prennent plus leurs médecins pour des savants infailibles. Ils assaillent le clinicien de questions, parfois agressives, sur les médicaments prescrits, les examens à faire et l'opportunité des opérations conseillées. Le médecin qui cherche désespérément à s'expliquer à longueur de journée finit par être obligé de se remettre en question !

De nombreux praticiens sont heureux de cette situation, mais d'autres sont peu habitués à devoir justifier les prescriptions ou les actes qui ont fait la routine de leur pratique pendant tant

d'années. Dans tous les cas, la compréhension nouvelle des défauts de la pratique médicale conventionnelle amène à des changements constructifs.

On admet, depuis quelques années, que les effets secondaires de nombreux médicaments sont plus dangereux que les maladies qu'ils sont censés guérir, que la chirurgie est souvent inutile et toujours périlleuse, et que de nombreux examens de routine, radiologiques ou autres, comportent plus de risques que les maladies qu'ils sont censés diagnostiquer. Grâce à la pression de l'opinion publique, beaucoup d'actes médicaux ont été abandonnés ces dernières années. Par exemple :

- L'Académie américaine de pédiatrie s'est prononcée contre la radiographie systématique du thorax des enfants admis dans les hôpitaux, reconnaissance tacite des dangers potentiels cumulatifs des rayons X.

- La même académie a également recommandé l'abandon du test systématique à la tuberculine, sauf dans les régions où la maladie est encore très fréquente. Nous espérons que c'est le premier pas vers l'élimination totale des tests et vaccins dangereux et inutiles qui profitent aux médecins et non à leurs patients.

- L'Association américaine de médecine déconseille actuellement l'examen physique annuel de routine.

- La Société américaine du cancer ne recommande plus de faire chaque année un frottis du col de l'utérus. Elle a, pendant un certain temps, déconseillé également les mammographies de routine. Sans que des arguments bien convaincants aient pu être avancés - autres que la protestation des radiologues sans emploi - la Société américaine du cancer a changé d'attitude : elle conseille actuellement une mammographie chaque année ou tous les deux ans à toutes les femmes entre 40 et 50 ans ne présentant aucun symptôme, ce qui est en contradiction avec les recommandations publiées par l'Institut national du cancer

en 1977 (qui ne recommande cet examen que chez les femmes ayant une histoire personnelle ou familiale de cancer du sein). Pour ma part, je pense que ce sont ces mammographies qui vont bien souvent provoquer les cancers qu'elles sont censées prévenir !

- Les radiographies thoraciques de routine ont également été abandonnées, alors qu'on avait créé des systèmes d'unités mobiles afin que toute la population puisse y avoir accès...

- Bien que les compagnies pharmaceutiques continuent à inventer chaque jour de nouveaux médicaments, les malades commencent à résister au matraquage chimique. En 1980, les médecins ont rempli cent millions d'ordonnances de moins qu'en 1974. D'ailleurs, l'industrie pharmaceutique fait fortement pression sur la Food and Drug Administration (FDA), organisme américain de contrôle des aliments et des médicaments, pour que la publicité des remèdes puisse se faire auprès du public et non uniquement auprès des médecins.

- Les ordonnances de tranquillisants ont passé de 104,5 millions en 1973 à 70,8 millions en 1981. De 1975 à 1983, l'utilisation du Valium (cause importante de mort par overdose) a diminué de moitié.

- Les prescriptions de somnifères, après un pic de 40 millions, sont tombées à 21 millions en 1980.

- De plus en plus de femmes abandonnent la pilule et le stérilet à cause des dangers qu'ils présentent.

- L'allaitement maternel – qui est un bienfait pour les mères et les bébés – redevient populaire malgré la résistance de nombreux obstétriciens et pédiatres.

- La technologie obstétricale est remise en cause et modifiée, et il existe un mouvement, lent mais irrésistible, en faveur de la naissance naturelle et même de l'accouchement à domicile.

Tous ces changements notables montrent clairement que les médecins réagissent bel et bien à la marée montante des critiques. La pédiatrie y a cependant relativement échappé jusqu'à présent. Dans ce livre, je donne des éléments qui permettent de juger cette discipline avec la même exigence que les autres branches de la médecine. Parce que la pédiatrie est ma spécialité, que j'ai pratiquée et enseignée pendant plus d'un quart de siècle, je me sens compétent pour faire mieux que la critiquer. J'offre ici aux parents, qui veulent éviter les risques et les dépenses liés à des interventions inutiles, les conseils leur permettant d'assumer eux-mêmes la santé de leur enfant, depuis sa conception jusqu'au jour où il quittera sa famille.

Je ne prétends pas écrire une encyclopédie, mais je vais essayer de vous montrer comment reconnaître les maladies graves, comment vous tirer d'affaire quand un médecin est inutile, décider à quel moment la prudence vous demande d'en appeler un et vous assurer que les traitements prescrits sont appropriés et sans danger.

Grâce à cette information de base, tout parent peut assumer un rôle important. Cela ne signifie pas cependant que vous devez «jouer au médecin ». Malgré les défauts de leurs études, les médecins apprennent certains actes utiles que les parents ne devraient pas essayer de faire à leur place. Si vous le lisez soigneusement, ce livre dissipera la plupart de vos doutes et de vos craintes au sujet de la santé de votre enfant. Il vous aidera à le préparer pour une vie longue, saine et heureuse !

Docteur Robert S. Mendelsohn

Evanston, Illinois

1er novembre 1983

L'enfant malade la nuit va presque toujours mieux le lendemain matin

Les pédiatres ont un grand avantage sur les autres spécialistes: ils peuvent exploiter la tendance des parents à accorder plus d'importance à la santé de leurs enfants qu'à leur propre santé. Imaginez que vous vous réveillez la nuit avec un terrible mal de tête. Que faites-vous?

Comme la plupart des adultes, vous vous levez et, probablement, vous prenez une aspirine, puis vous vous recouchez. Il y a bien des chances pour que vous vous rendormiez et que vous soyez en forme le lendemain matin.

Comment réagissez-vous quand votre enfant s'éveille au milieu de la nuit avec le même symptôme? Votre première réaction sera probablement de téléphoner à votre pédiatre.

Si vous parvenez à l'atteindre, vous pouvez facilement deviner sa réponse: « Avez-vous pris sa température ? », puis: « Écoutez, je ne pense pas que ce soit bien grave. Donnez-lui une aspirine et amenez-le moi demain matin. » Vous raccrochez, pas très fier, puis vous donnez l'aspirine à l'enfant qui se rendort... et vous aussi. Le lendemain, l'enfant se réveille normalement et réclame son petit déjeuner; il est aussi vif que d'habitude. Vous vous demandez alors s'il est bien utile de l'amener chez le médecin...

La scène se déroule en général ainsi, autant l'éviter. Quand il ne s'agit que d'un mal de tête, ne réveillez pas votre médecin et ne lui amenez pas votre enfant le lendemain. A moins qu'il ne

soit réellement malade, une visite à son pédiatre ne lui fera aucun bien et augmente le risque d'intervention médicale qui peut rendre malade un enfant bien portant!

Si vous avez lu d'autres livres sur la santé des enfants, vous constatez déjà que mes idées sont inhabituelles. La plupart de ces livres sont écrits par des médecins. Même ceux qui reconnaissent honnêtement la bénignité de la plupart des maladies d'enfance vous conseillent - quel que soit le symptôme ou la maladie - de « consulter votre médecin ». Mon conseil aux parents, fondé sur une longue observation de la pratique des autres médecins et sur ma propre expérience avec des milliers d'enfants, se résume en ces mots: « Évitez votre médecin dans la mesure du possible. »

Il faut savoir que:

- 90% au moins des médicaments prescrits par les pédiatres sont inutiles et font courir un risque aux enfants. Tous les médicaments sont toxiques, donc dangereux par nature. De plus, l'utilisation de nombreux médicaments chez les enfants les incite à croire qu'il existe une pilule pour tout problème, ce qui, plus tard, peut les amener à rechercher dans les drogues des solutions à leurs problèmes émotionnels.

- 90% au moins des opérations chirurgicales pratiquées sur les enfants sont inutiles, avec les risques inhérents à ce type d'intervention.

- La plupart des pédiatres, en raison d'une mauvaise formation, ne connaissent rien des effets de l'alimentation sur la santé et connaissent mal les dangers et les effets secondaires des médicaments qu'ils prescrivent.

- Les parents doivent apprendre à discerner quand ils doivent appeler le médecin et quand ils peuvent laisser faire la nature.

Je ne vous rendrais pas service si je me contentais de décrire les erreurs de la pédiatrie en vous invitant à assumer vous-même une plus grande responsabilité à l'égard de la santé de vos enfants. Prendre des décisions médicales pour vous est une chose, les prendre pour votre cher petit en est une autre.

Cette ambivalence met les parents à la merci de leur pédiatre, qui, pour les rassurer, est poussé à traiter leur enfant, même s'il n'est pas gravement malade. Cette attitude n'est pas conforme à mon éthique, mais le pédiatre qui agit ainsi reçoit une double gratification: financière et psychologique.

Dans certaines régions, le problème financier est grave, car il y a de moins en moins de patients et de plus en plus de pédiatres. Ce problème risque d'empirer dans les années à venir.

Psychologiquement, le pédiatre a besoin de se sentir utile, ce qui n'est pas facile dans la mesure où la majorité de ses patients ne requiert pas vraiment ses soins.

Des enquêtes ont montré le mécontentement de nombreux pédiatres. Pour un tiers, ils songent à changer d'orientation. D'autres cèdent à la tentation d'étaler leur pouvoir, même si les traitements qu'ils préconisent sont superflus et éventuellement dangereux.

Ce comportement médical indéfendable constitue une réelle menace pour votre enfant. Vous devez donc toujours conserver un certain contrôle sur le médecin de votre enfant. Une telle mise en garde ne vous dit toutefois pas ce qu'il faut faire quand votre enfant a mal à la tête ou au ventre, quand il tousse ou a de la fièvre. Il vous faut apprendre à distinguer les cas où le médecin doit intervenir de ceux où la guérison se produit d'elle-même.

Il vous faut aussi apprendre quels sont les traitements à éviter, voire à rejeter s'ils sont inappropriés et potentiellement

dangereux.

Les réactions de défense du corps suffisent à enrayer la plus grande partie des maladies infantiles et les traitements médicaux risquent de les entraver. De ce fait, vos interventions sont en général préférables à celles du docteur. En outre, c'est à vous de jouer le rôle principal en évitant les maladies à votre enfant: par une nourriture adaptée. Les chapitres suivants sont destinés à vous aider à développer vos talents et à prendre confiance en vous pour élever un enfant sain.

Les parents et les grands-parents ont plus de sagesse que les médecins

Les parents croient que je plaisante quand je leurs dis: les parents et les grands-parents sont plus compétents que les médecins pour s'occuper de la santé des enfants. J'en suis pourtant profondément convaincu.

Si vous avez moins de cinquante ans, il est très peu probable que vous ayez rencontré un «médecin de famille» classique, devenu rare de nos jours. Ceux d'entre nous qui en ont connu un, gardent certainement le souvenir d'un homme chaleureux, affectueux, simple, amical et rassurant.

Ce médecin était souvent attaché à notre famille depuis deux, trois, voire quatre générations. Il connaissait personnellement chacun d'entre nous et nous voyait comme des êtres humains à aider, et non comme des sujets à soumettre à des interventions technologiques ou pharmacologiques (que les médecins d'aujourd'hui substituent trop souvent à l'examen clinique et au bon sens).

Notre médecin de famille connaissait notre histoire médicale, de même que celle de nos parents et de nos grands-parents. Il nous écoutait patiemment, répondait tranquillement à nos questions, calmait nos craintes et nous expliquait de façon simple et claire ce qui se passait dans nos corps et dans nos esprits. Son cabinet était accueillant. Si nous étions trop malades pour aller le consulter, il venait à domicile, jugeant plus logique qu'un médecin en bonne santé aille visiter un

malade que le contraire.

Il ne laissait pas son éducation médicale et son «ego» étouffer son humanité et son bons sens. Si nous avons besoin d'un médicament, il nous le prescrivait mais, le plus souvent, il apaisait nos peurs et nos anxiétés par son calme et un geste amical, puis laissait la nature faire son travail.

Certes, ma description est quelque peu romancée, mais il n'en est pas moins vrai que nous aimerions avoir de tels médecins encore aujourd'hui. Ils sont malheureusement rares et c'est donc à vous, parents, d'assumer une partie de ce rôle.

Comment puis-je affirmer que les parents, sans éducation médicale, sont plus capables que les pédiatres de répondre à la plupart des besoins de leurs enfants dans le domaine de la santé? Simplement parce que vous avez plus de temps et d'attention à donner que votre médecin. Les éléments les plus importants dans le diagnostic d'une maladie sont les changements de comportement, l'apparence et l'histoire médicale de l'enfant. Comme parents, vous êtes très sensibles aux changements de comportement de votre enfant. Vous notez aussi les changements de son apparence et c'est vous qui connaissez le mieux son histoire médicale, la vôtre et probablement aussi celle de vos parents. Le pédiatre type ne connaît pas votre enfant aussi bien que vous et, avec ses 30 à 50 patients par jour, il n'a guère le temps d'apprendre à le connaître. Tout son arsenal technique (tests, vaccins, rayons X, médicaments, théories) est moins utile, dans la plupart des cas, que le bon sens des parents.

Ne laissez pas votre pédiatre décider si votre enfant est malade ou non. Vous êtes bien mieux à même de juger de sa condition physique, simplement parce que vous le connaissez mieux.

Comment faire un diagnostic ?

Si votre enfant ne se sent pas malade, n'a pas l'air malade et réagit normalement, il est très clair qu'il n'est pas malade, en tout cas, pas assez malade pour voir un médecin. N'avez-vous pas souvent été tenté de consulter un médecin lorsque votre enfant se plaignait de mal au ventre ou de mal à la tête et ne l'avez-vous pas trouvé deux ou trois heures plus tard en pleine forme, chahutant avec ses frères et sœurs ? Je viens de vous donner la première des trois lois pour établir un diagnostic, mais je vais la répéter, car elle est la plus importante.

Loi numéro 1 : *Si votre enfant ne se sent pas malade, n'a pas l'air malade et réagit normalement, il n'est probablement pas malade.*

Loi numéro 2 : *Donnez assez de temps aux ressources merveilleuses de Mère Nature pour agir avant d'exposer votre enfant aux effets secondaires possibles des traitements de votre médecin, tant sur le plan physique qu'émotionnel. Le corps humain a une remarquable faculté de se guérir lui-même, qui, dans la plupart des cas, dépasse de loin tout ce que la science médicale peut nous offrir, et sans effets secondaires !*

Loi numéro 3 : *Le sens commun est l'outil le plus utile contre la maladie. Votre médecin n'en a pas plus que vous (ce n'est pas ce qu'il a appris pendant ses études) et il sera moins enclin à l'exercer!*

Bien sûr, il existe quelques maladies graves pour lesquelles un traitement médical est indispensable, mais dans le cas des enfants, elles sont l'exception plutôt que la règle. Donc, la question à se poser est la suivante: comment les parents peuvent-ils reconnaître les maladies graves ?

Réponse: on ne réussit pas toujours à les reconnaître, que l'on soit parent ou médecin.

Cependant, quand vous aurez fini la lecture de ce livre, vous serez capable de juger de la gravité de la plupart des maladies de votre enfant et vous n'aurez besoin de consulter un médecin que dans un nombre limité de cas où vous resterez dans le doute.

J'ai souvent observé, dans mon enseignement et ma pratique professionnelle, que la plupart des médecins font un très bon travail en face de malades graves et un très mauvais travail en s'occupant des bien-portants.

Pendant les études de médecine, l'étudiant passe trois mois à apprendre les détails de maladies d'enfance qui étaient importantes il y a quelques décennies, lorsque les programmes étaient établis, et qui ont aujourd'hui virtuellement disparu. On lui inculque de nombreux éléments d'information non objective au sujet des vaccins et l'enseignement de la pharmacologie ne prend guère de place en dépit du fait que le futur médecin va «rendre» plus d'enfants dépendants des drogues que les revendeurs les plus actifs de la place. En quatre ans d'école de médecine, la pharmacologie n'est enseignée que pendant 60 heures environ, dont la majorité sont des heures de théorie. Par la suite, la principale source d'information des médecins sur les médicaments qu'ils administrent à leurs malades est constituée par une année de « visiteurs médicaux » employés par l'industrie pharmaceutique.

On n'enseigne pas aux médecins l'importance de la nutrition

On n'enseigne pratiquement rien dans les écoles de médecine sur l'importance primordiale de l'alimentation pour le diagnostic et le traitement. Les médecins commencent donc à

pratiquer sans se rendre compte que les allergies alimentaires sont la cause de nombreuses maladies infantiles et qu'une alimentation saine est la base d'une bonne santé.

C'est cette ignorance qui les pousse à utiliser des médicaments dans le traitement de maladies qu'on aurait pu guérir par un simple changement de régime.

Lorsque l'étudiant fait un stage dans un service de pédiatrie, il n'apprend pas grand-chose sur le monde réel de la médecine. Il passe presque tout son temps à administrer des vaccins ou à distribuer des vitamines et des échantillons de lait en poudre. Les bébés viennent pour des examens de routine et il voit rarement un enfant vraiment malade.

On apprend aux jeunes médecins à se moquer des naturopathes, des thérapeutes « holistiques » et de toute forme de soins qui n'exige pas un diplôme de médecin. On leur apprend à se gausser des « charlatans », mais personne ne leur montre le charlatanisme dans la médecine conventionnelle. Comment peut-on condamner ceux qui traitent leurs patients avec du Laetrile (Le Laetrile, extrait de l'amande d'abricot, est un médicament utilisé pour traiter les cancéreux. Ce médicament a fait l'objet de controverses aux États-unis où il n'est pas officiellement autorisé. N.d.T) quand on a soi-même utilisé des médicaments comme la thalidomide avant qu'ils ne soient retirés du marché à cause des désastres qu'ils ont causés?

Les médecins apprennent peu de choses sur l'allaitement maternel - la meilleure protection à long terme pour le petit enfant - et le plus souvent auprès d'hommes qui n'éprouvent guère d'intérêt pour cette fonction vitale et n'en ont pas l'expérience. Moi-même, en quatre ans d'école de médecine, je n'ai eu qu'une heure de cours sur cette alimentation originelle qui, pourtant, a une influence prépondérante sur le développement et la santé des enfants. Mais pendant que mes

maîtres dormaient, les fabricants de lait en poudre étaient bien éveillés et j'étais submergé par un déluge de littérature publicitaire...

En réalité, on enseigne davantage aux étudiants en médecine à réussir leur installation qu'à maintenir leurs clients en bonne santé. On leur apprend à se comporter comme des médecins, à préserver l'image du médecin «qui sait tout et mérite le respect de ses patients».

On pourrait espérer que les insuffisances des études du jeune médecin soient compensées par ce qu'il va apprendre durant ses années d'hôpital, mais ce n'est pas le cas.

L'interne s'occupe de patients hospitalisés et apprend à utiliser des canons contre des moustiques, à cause de l'importance donnée aux techniques diagnostiques de pointe, à la chirurgie et à d'autres actes agressifs typiques de la routine hospitalière. Ce n'est pas là non plus qu'il va acquérir de l'expérience dans le domaine des maladies d'enfance.

Lorsqu'il termine ses années d'hôpital et ouvre son cabinet, le pédiatre type connaît peu de choses et sait en faire encore moins. Il ne connaît pas les risques des traitements agressifs qu'il administre, il connaît mal les effets secondaires des médicaments qu'il prescrit, de même que les dangers de la chirurgie qu'il conseille ou pratique. Il ne sait pas que les tests qu'il emploie ne sont souvent pas fiables et il ignore les limites de la technologie médicale. Surtout, il ne sait pratiquement rien sur les sujets les plus importants dans le domaine de la santé des enfants: les conséquences des facteurs nutritionnels, allergiques, psychologiques et émotionnels...

De nos jours, les pédiatres traitent des enfants qui n'en ont pas besoin et envoient à des spécialistes ceux qui sont blessés ou sérieusement malades. Le pédiatre joue donc souvent le rôle de « triage », distribuant ses patients à divers spécialistes.

J'ai eu la ferme conviction qu'un spécialiste n'est pas indispensable pour remplir ce rôle.

La plupart des maladies d'enfance peuvent être traitées à la maison par des parents attentifs et bien informés. Lorsqu'un traitement médical est indiqué, il peut aussi bien être administré par des généralistes ou directement par des spécialistes. En fait, si on leur en donnait la possibilité, des infirmières pourraient remplir la plupart de ces fonctions, ce qui est pratiqué dans bien des pays qui ont peu de pédiatres, mais des statistiques de santé meilleures que les nôtres.

Les enfants de ces pays se portent mieux, car il y a moins d'interventions médicales; ils sont donc moins exposés à des médicaments potentiellement dangereux et à la technologie médicale. Bien que les écoles de médecine en Amérique n'enseignent presque rien à leurs étudiants dans le domaine de la pharmacologie, elles leur apprennent quand même à utiliser tous les nouveaux médicaments et toutes les techniques médicales existantes. De nouveaux médicaments et de nombreux appareils sortent presque chaque jour sur le marché et, le plus souvent, ils sont potentiellement dangereux. La plupart des parents pensent (et ils devraient avoir le droit de le penser) qu'ils peuvent faire confiance à la FDA dont le devoir est d'empêcher la vente des médicaments tant qu'ils n'ont pas donné des preuves de sécurité totale.

La plupart des médecins ont la même confiance (mais ils n'ont pas ce droit parce qu'ils en savent plus long). Pratiquement tous les médicaments sont lancés sur le marché sans essais suffisants sur les humains. Ces médicaments peuvent avoir chez certains patients des effets indésirables, immédiats ou à court terme, qui n'ont pas encore été découverts. Le risque d'effets secondaires à long terme est encore plus grand et j'en parlerai plus loin. Ces effets secondaires à long terme ne sont jamais connus au moment où les nouveaux médicaments sont introduits et, parfois, on ne s'en rend pas compte avant des

dizaines d'années.

L'histoire de la médecine, dans tous les pays, est pleine d'exemples de médicaments jugés corrects pour l'usage humain, qui furent ensuite retirés du marché après avoir fait de très nombreuses victimes. Vous vous rappelez peut-être le cas de la thalidomide.

Pour compliquer le problème, les administrations ont le pouvoir d'empêcher la mise sur le marché de médicaments insuffisamment testés, mais elles n'ont pratiquement aucune autorité pour exiger le retrait du marché de spécialités existantes. L'administration américaine (FDA) n'a de service efficace de surveillance qui pourrait l'alerter et alerter le public des effets secondaires des nouveaux médicaments, c'est pourquoi les dangers de ces substances sont souvent d'abord révélés publiquement en Europe où la surveillance est plus stricte.

Les médecins font rarement des recherches sur les médicaments qu'ils utilisent

Même lorsque des doutes sont émis sur des remèdes communément prescrits, la plupart des médecins n'y prêtent guère d'attention. Les fabricants de plusieurs des spécialités souvent utilisées pour les enfants ont été sommés par l'administration d'apporter des preuves de leur sécurité et de leur efficacité, sans quoi elles seraient retirées du marché.

Ils se querellent avec l'Administration depuis des années, continuent à vendre ces médicaments, et les médecins continuent à les prescrire. Il ne s'agit pas d'une demi-douzaine de produits, mais de centaines !

Il paraît presque incroyable que les parents américains dépensent chaque année des millions de dollars pour des médicaments dont leurs médecins ne savent pas s'ils sont

réellement efficaces, ou même lorsque des gens sérieux affirment le contraire. En 1979, l'Administration américaine a jugé inefficaces 30 médicaments fréquemment prescrits, dont la moitié sont souvent administrés à des enfants. La prochaine fois que votre médecin prescrit un médicament à votre enfant, demandez-lui si son efficacité est prouvée. Dans les débuts de ma pratique, lorsque j'étais encore assez naïf pour croire sur parole ce qu'on m'avait enseigné, j'ai été coupable de ce type de comportement. Pendant mes années d'hôpital dans le service de pédiatrie, on m'a appris à utiliser les rayons X pour traiter l'hypertrophie amygdalaires, l'acné, les champignons du cuir chevelu, ainsi que l'hypertrophie des ganglions et du thymus. Personne ne m'avait averti des conséquences à long terme de ces traitements et l'idée de causer un quelconque préjudice à mes patients ne m'effleura pas.

En ce temps-là, je prenais tout pour argent comptant et je trouvais normal que mes patients fassent de même. J'en ai honte aujourd'hui. Je suspecte toute nouvelle mode médicale, car je sais que ces traitements aux rayons X ont été responsables d'une réelle épidémie de cancers de la thyroïde, dont de nouveaux cas sont découverts chaque jour. Le fait qu'en irradiant des ganglions ou des thymus nous traitions des «non-maladies» rend la chose encore plus tragique (ces glandes régressent spontanément sans traitement).

Qui sait quelles seront les conséquences futures de ce qu'on enseigne aujourd'hui dans les hôpitaux ? Voici ce que les jeunes médecins apprennent à utiliser: des lampes pour traiter la jaunisse des nouveau-nés, la tympanostomie pour les infections des oreilles, les antibiotiques pour presque tout, les hormones pour contrôler la croissance, des médicaments puissants pour modifier le comportement des enfants et d'autres médicaments, tests, vaccins et examens dont les effets à long terme ne sont pas connus. C'est l'avenir qui dira les conséquences de tout cela, mais si vous examinez les désastres

qui ont déjà jonché la route du «progrès médical», vous pouvez être sûr qu'elles seront nombreuses et tragiques.

S'il est une constante dans la pratique médicale, la voici: les médecins ne semblent tirer aucune leçon de leurs erreurs. La plupart d'entre eux ont l'air d'oublier le principe de base d'Hippocrate: «d'abord, ne pas nuire». Les médecins font beaucoup de mal, mais la structure même de l'éducation médicale les rend insensibles au mal qu'ils font.

Daniel Borenstein, de l'école de médecine de l'UCLA, a récemment affirmé: «Nous voulons des médecins attentifs et sensibles, mais s'ils le sont trop, il est difficile pour eux de continuer à exercer. La formation des médecins va de pair avec un durcissement de l'esprit.»

L'interne à l'hôpital va devenir très habile dans certains actes médicaux comme piquer des veines et des artères, faire des ponctions lombaires ou placer des tubes dans la trachée ou les bronches. Son habileté, cependant, diminue rapidement quand il quitte l'hôpital et ne pratique plus ces techniques: après un an ou deux, on ne peut plus lui faire confiance dans ces domaines. Heureusement pour lui et pour ses patients, il a rarement l'occasion d'effectuer ces actes qui, à l'hôpital, s'adressent le plus souvent à une population d'enfants victimes de la pauvreté, d'une mauvaise hygiène et d'une alimentation insuffisante ou souffrant de maladies peu courantes en pratique pédiatrique. Comme la plupart des pédiatres s'installent dans les quartiers où se trouve l'argent, il y a peu de chances qu'ils continuent à traiter des enfants pauvres. En fait, la plupart du temps, ils traitent des enfants qui n'en ont pas besoin.

Que font les médecins quand ils se sont trompés ?

Une chose qu'on m'enseigne à l'hôpital fut de savoir que faire

en cas d'erreur. On ne m'enseigna pas comment parler aux parents pour les aider à mieux gérer leurs émotions négatives et on ne me donna pas de règle éthique, mais on me conseilla d'appeler immédiatement mon agent d'assurance pour lui demander comment procéder. Si je devais m'expliquer publiquement sur une erreur (peut-être fatale), voici quelle était la phrase magique: «Ce qui est arrivé à ce pauvre enfant n'arrive qu'à un enfant sur un million ».

C'est pourquoi, lorsqu'il arrive un malheur, vous entendez souvent les médecins, vous dire: «C'était le cas sur un million ». A Toronto, l'histoire de Stefen Yuz est célèbre: il entra à l'hôpital avec un diagnostic de vomissement psychologique et mourut quelques jours plus tard d'une obstruction intestinale. C'était le cas sur un million, bien sûr, comme cet enfant de Chicago, mort à la suite d'un test d'allergie.

J'ai essayé dans ce chapitre de vous dissuader d'avoir en votre pédiatre une foi aveugle.

Ne le consultez qu'en dernier ressort. La plupart des maladies de votre enfant peuvent guérir grâce aux défenses naturelles de son corps, aidées par vos capacités de le soigner, votre attention aimante et votre bon sens.

3

Comment les médecins peuvent rendre malades des enfants bien portants ?

Quand vous menez votre enfant chez le pédiatre, il pratique un examen physique, plus souvent hâtif que consciencieux; il envisage des examens et des radiographies, fait son diagnostic, décide d'un traitement, souvent à base de médicaments et, parfois, l'envoie à l'hôpital. Il vous donne le minimum d'explications, ne vous demande pas votre avis, ne vous parle habituellement pas des risques du traitement et ne vous dit pas ce qu'il va coûter. Quand tout est terminé, il attend que vous payiez la facture, même si le diagnostic était faux et si votre enfant est encore malade. En bref, les médecins n'ont pratiquement pas de comptes à rendre.

On leur a appris à réprimer leurs émotions en face de la souffrance humaine, aussi ne prêtent-ils assez d'attention à douleur qu'ils infligent et aux dommages que peuvent causer leurs traitements.

Parmi les médecins, je pense que le pédiatre est le plus dangereux, justement parce qu'il semble l'être le moins. L'image du pédiatre est souvent celle d'un homme souriant, distribuant des ballons et des sucettes à vos enfants en même temps que ses prescriptions. Il échappe sans raison à la mauvaise réputation réservée souvent aux obstétriciens et aux chirurgiens qui risquent plus facilement d'être jugés insensibles et avides d'argent.

Pourquoi les pédiatres sont-ils dangereux ?

D'après mon expérience, la confiance inspirée par les pédiatres n'est pas méritée. En voici les principales raisons :

Le pédiatre sert d'agent de recrutement pour la profession médicale. Il habitue votre enfant, dès la naissance, à être dépendant de l'intervention médicale qui commence par une succession de visite de routine pour des «nouveau-nés normaux», accompagnées de vaccins, et se transforme plus tard en examens physiques annuels de routine et traitement sans fin de petits problèmes qui se guériraient d'eux-mêmes si on leur en laissait le temps.

Les pédiatres sont les spécialistes qui informent le moins les parents des effets secondaires possibles des médicaments et des traitements qu'ils prescrivent. Quel pédiatre a jamais parlé à une mère des statistiques prouvant le rapport entre l'alimentation artificielle des jeunes enfants et leur taux sanguin en plomb ou le syndrome de mort subite ? Quel pédiatre a jamais parlé à des parents du risque d'épilepsie et de retard mental associé aux vaccinations qu'il pratique, sauf à y être obligé par les révélations des médias ? Quel pédiatre dit aux parents que les antibiotiques devraient être réservés aux cas où ils sont indispensables et que leur utilisation fréquente et sans discernement peut avoir des conséquences graves pour l'enfant ?

La propension des pédiatres à prescrire des médicaments installe les enfants, dès la naissance, dans l'idée qu'à chaque mal correspond un remède chimique. Ils risquent donc bien de penser plus tard que les médicaments sont la bonne réponse pour leurs sentiments (normaux) de frustration, de dépression, d'angoisse, d'incapacité, d'insécurité, etc. Les médecins sont directement responsables de l'accoutumance de millions d'individus aux médicaments. Ils sont aussi indirectement responsables de la situation critique de millions d'autres

individus qui ont recours aux drogues illégales, ayant appris dans leur jeune âge que les médicaments sont la réponse à tous les maux, même psychologiques ou émotionnels.

Le pédiatre est, parmi les spécialistes, le moins bien payé. Il est donc poussé à multiplier les examens inutiles. Le risque est double pour le patient: il peut souffrir d'effets secondaires désagréables de ces tests et radiographies et risque de recevoir un traitement inadéquat, car le pédiatre a fondé son diagnostic sur les résultats des tests (trop souvent peu fiables) plutôt que sur un examen clinique.

Les pédiatres ont tellement l'habitude de voir des patients qui ne sont pas réellement malades qu'ils ont parfois de la peine à reconnaître ceux qui le sont vraiment. J'ai été expert dans de nombreux procès intentés par des parents à des pédiatres dûment diplômés qui n'avaient pas su diagnostiquer des maladies très graves, car ils avaient oublié les symptômes de ces maladies.

Le meilleur exemple en est la méningite, exceptionnelle de nos jours. Cette maladie était fatale dans 95% des cas. Elle peut maintenant guérir dans 95% des cas si le pédiatre reconnaît les symptômes et identifie la maladie à temps. Chaque pédiatre reçoit un enseignement sur la manière de diagnostiquer une méningite et c'est, en fait, une des rares choses vraiment utiles qu'on lui enseigne. Mais ces notions s'effacent quelque peu au cours des années où le pédiatre voit passer devant lui tant d'enfants bien portants. Pire encore, le pédiatre est si habitué à traiter des « non-maladies » que, quand il fait un bon diagnostic d'une maladie réelle, il ne se souvient plus du traitement indiqué dans ce cas.

Les pédiatres passent peu de temps avec chaque enfant, car ils doivent en voir beaucoup pour rentabiliser leur cabinet.

Tout médecin compétent sait qu'un diagnostic est basé à 85% sur l'histoire du patient, à 10% sur l'examen physique complet

et le reste sur les examens de laboratoire et les radiographies. Interroger correctement un patient et faire un examen physique complet prend d'une demi-heure à une heure, mais les pédiatres consacrent d'habitude dix minutes à un enfant, et les diagnostics de routine remplacent trop souvent ceux fondés sur une réflexion approfondie.

De tous les spécialistes, ce sont les pédiatres qui, le plus souvent, poussent à introduire ou maintenir des lois qui obligent les patients à utiliser leurs services. Ce sont des pédiatres, et non des hommes politiques, qui sont responsables de l'obligation d'instiller des gouttes de nitrate d'argent ou d'antibiotiques dans les yeux des nouveau-nés, responsables de l'obligation des examens physiques de routine à l'école (où l'on peut «diagnostiquer» bien des « non-maladies »), responsables encore de la quasi-obligation de naître à l'hôpital, ainsi que de nombreux traitements sur l'utilité desquels les parents s'interrogent. Un des nouveaux dangers que vous courez en emmenant votre enfant chez un médecin est qu'il vous soit retiré et placé sous tutelle si vous refusez le traitement proposé. J'ai été témoin ces dernières années, au nom de plusieurs parents, dans des procès de ce type.

Les pédiatres sont les ennemis les plus acharnés de l'allaitement qui est pourtant le meilleur moyen d'assurer santé future de votre enfant. Malgré les informations qu'ils commencent à recevoir en sa faveur, bien des médecins s'abstiennent d'encourager ou, même, découragent activement l'allaitement au sein.

Les pédiatres acceptent passivement des interventions obstétricales imprudentes, dangereuses physiquement et intellectuellement pour les enfants. Ils ne dénoncent jamais l'obstétricien qui a causé les troubles de l'enfant. Quand les parents demandent au pédiatre si l'obstétricien peut avoir une part de responsabilité, ils reçoivent toujours la même réponse :

«Ne regardez pas en arrière; regardez en avant ! » Des pratiques obstétricales dangereuses, qui produisent des retards mentaux, problèmes d'apprentissage et des anomalies physiques disparaîtraient en quelques années si les pédiatres avaient assez de courage et de compassion pour blâmer, lorsqu'il y a lieu, les obstétriciens.

Un mythe persiste en dépit de tous ces points négatifs : les enfants américains seraient en bonne santé à cause de notre abondance de pédiatres. Si l'on en croit les statistiques de mortalité infantile, non seulement les enfants américains sont en moins bonne santé que ceux d'autres pays développés qui ont moins de pédiatres mais, en plus ils sont en plus mauvaise santé que les enfants de pays dits sous-développés. En outre, j'affirme que enfants sont en moins bonne santé probablement à cause du nombre élevé de nos pédiatres.

Malgré l'évidence du contraire, les stratégies de santé publique américaine sont basées sur le principe que l'accès aux soins médicaux est le facteur déterminant de la santé de la population.

Les médecins ont réussi à en convaincre les politiciens sans toutefois apporter de preuves. Je pense que les services médicaux d'urgence ont leur raison d'être, mais que la médecine de routine a probablement un effet négatif sur la santé. Nous l'avons vu en Californie, au Saskatchewan, en Israël et ailleurs : *appelez les médecins à la grève et le taux de mortalité diminue !*

Une clef pour la santé : évitez les médecins !

La meilleure manière de préserver la santé de votre enfant est de ne pas le laisser s'approcher des médecins, sauf pour le traitement urgent d'un accident ou d'une maladie qui, d'emblée, paraît grave. Si votre enfant a l'air malade, observez-

le attentivement, mais ne consultez pas de médecin avant d'avoir la certitude qu'il est sérieusement malade. La plupart des médecins ignorent le fait que le corps humain est une machine extraordinaire avec une étonnante capacité de guérison spontanée, qu'ils ne respectent que très rarement. Évitez également de consulter les médecins lorsque votre enfant est en bonne santé (Visites de routine), car les médecins sont formés pendant leurs études à découvrir des maladies là où il n'y en a pas.

Si votre pédiatre souhaite voir votre bébé pour des visites de routine mensuelles bimensuelles ou autres demandez-lui pourquoi il le juge nécessaire. Demandez-lui s'il connaît des études objectives indiquant le bien-fondé de ces visites. Je n'en ai jamais vues et, à mon avis, il n'en connaît pas non plus. Les rares études existantes sont loin d'être concluantes.

En l'absence de preuves de l'utilité de ces visites, je vous suggère de les éviter, Vous économiserez par la même occasion du temps et de l'argent. Durant toutes mes années de pratique, je ne me souviens pas d'avoir jamais découvert au cours d'un examen de routine une maladie qui n'aurait pas été découverte à temps soit par un bon interrogatoire à la première visite de l'enfant, soit par le développement de symptômes faciles à observer, J'en parlerai en détail plus loin.

Les visites de routine n'ont pas de valeur parce qu'elles sont essentiellement superficielles, et elles sont superficielles parce que le médecin sait, en son for intérieur, qu'elles constituent une perte de temps. Une étude faite dans la ville de Pittsburgh révèle que les pédiatres consacrent à chaque visite de routine environ 10 minutes, puis donnent des conseils sur le développement et divers problèmes pendant une moyenne de 52 secondes. Des chiffres semblables ont été cités à New York, Baltimore, Seattle, Los Angeles et Rochester (État de New York).

Aucun médecin ne peut diagnostiquer une maladie exempte de symptômes en 10 minutes, ni donner un quelconque conseil utile en 52 secondes. S'il s'agissait de mon enfant, je ne laisserais même pas le médecin essayer!

Lorsque votre enfant entre dans le cabinet du pédiatre, il est presque toujours pesé et mesuré (d'habitude par une aide ou une infirmière). C'est une partie du rituel développé par la médecine moderne pour vous donner l'impression d'en avoir pour votre argent. Les parents d'un premier enfant attendent anxieusement pendant que l'infirmière pose leur bébé hurlant sur la balance ou leur demande d'étendre la jambe du bébé pour pouvoir mesurer sa taille. Ils soupirent de soulagement lorsque le pédiatre arrive enfin, place les mensurations obtenues sur des courbes et annonce que leur enfant se développe « normalement ». Ils sont, au contraire, fort inquiets si on leur dit que leur bébé prend trop ou trop peu de poids.

Ce que le médecin ne leur dit pas, c'est que ce rituel n'a aucune signification médicale.

On ne leur dit pas que la courbe de poids utilisée par le médecin lui a été fournie gratuitement par l'industrie du lait en poudre. Pourquoi l'industrie a-t-elle tant d'intérêt à ce que le médecin pèse votre enfant? Parce que le gain de poids des enfants nourris au sein peut être inférieur aux courbes standard. Ils espèrent que le pédiatre, au lieu de rassurer la mère, lui dira de ne plus allaiter son enfant et de remplacer son lait par le produit industriel dont il a chaque jour le nom sous les yeux. Il le fait trop souvent, retirant ainsi à l'enfant les avantages énormes du lait maternel.

Depuis un demi-siècle, les médecins utilisent des courbes standard de poids et de taille pour mesurer la santé des patients de tous âges. Pour les adultes et les grands enfants, les courbes les plus utilisées ont été développées par une

compagnie d'assurances et la dernière adaptation date de 1959. Le pédiatre compare les mensurations de votre enfant aux courbes moyennes. Si ce dernier est à l'un ou l'autre extrême, il sera considéré comme anormal ». Le médecin trompe les parents dès qu'il évalue un seul de ses patients sur la base d'une norme statistique théorique.

Pourquoi les courbes de poids sont-elles fausses ?

Cette évaluation est trompeuse parce que les courbes sont basées sur des groupes d'individus qui peuvent ne pas être comparables à votre enfant (différences raciales, génétiques ou d'environnement). Le médecin affirme que si votre enfant n'est pas proche de la moyenne, il est trop gras trop maigre, trop grand ou trop petit. Si les résultats s'éloignent vraiment trop de la moyenne, le médecin risque même de mettre en œuvre un traitement ...

Cette pratique indéfendable me rappelle la définition que j'ai une fois entendue du rôle de l'avocat, dont la fonction, disait-on, était « de créer des problèmes dans l'esprit de ses clients pour prendre ensuite largement le temps de les résoudre, en en tirant le plus grand profit. » C'est ce qui arrive quand un pédiatre prend prétexte d'écarts par rapport au poids et à la taille « normaux » pour traiter votre enfant.

Comparer un enfant à des courbes de poids et de taille est non scientifique, d'autant plus si ces courbes ne sont pas valables. En ce moment même, plusieurs médecins remettent en cause les normes de courbes fournies par l'assurance Metropolitan Life, qu'ils considèrent comme trop basses. L'assurance se prépare à modifier ses courbes, mais d'autres médecins contestent cette modification ! Quel que soit le résultat, une chose est certaine : les médecins vont ignorer cette péripétie et continuer à comparer votre enfant à toute courbe en vigueur

comme si elle avait été fournie par une Puissance Supérieure et gravée dans la pierre.

Selon certaines études, les courbes de poids et taille utilisées pour les enfants sont encore moins que celle des adultes. Elles sont, par exemple, complètement inutiles pour l'étude du développement des enfants noirs, dont la croissance est différente de celle des enfants blancs. Les courbes ne prennent pas non plus en considération les facteurs héréditaires, comme si un enfant dont les parents sont tous les deux petits devait avoir la même taille que celui dont les parents sont grands.

Une autre raison pour laquelle je n'aime pas les courbes de poids est qu'aucune norme n'a été établie pour les enfants nourris au sein, dont le poids est inférieur à celui des bébés nourris au biberon (ce qui est tout à fait normal, et même bénéfique), et on n'a pas encore réussi à prouver que Dieu s'est trompé en créant des seins qui ne produisent pas les laits proposés dans le commerce. Cela n'est malheureusement pas clair pour tous les pédiatres et si votre enfant ne gagne pas assez de poids à leurs yeux, ils risquent bien de vous conseiller l'adjonction de lait en poudre, ce qui est mauvais pour vous et encore pire pour votre enfant.

Je crois fermement que l'allaitement maternel est un élément vital dans la santé des enfants, non seulement dans premières années de vie, mais également pour plus tard.

L'utilisation de courbes standards est un exemple d'une chose bonne en soi qui devient ridicule quand on en abuse. Ces normes sont basées sur de petits groupes d'enfants, elles ont été établies il y a longtemps, elles comparent souvent des pommes et des oranges et ne font pas de différences entre bébés nourris au sein et ceux qui sont nourris au biberon.

Je me répète : votre pédiatre ne connaît absolument pas le développement normal des bébés nourri au sein et il se trompe s'il vous affirme que votre enfant nourrit au sein ne grandit pas

assez. Si votre bébé est en santé, n'écoutez pas votre pédiatre penché sur ses tablettes !

Je ne suis pas le seul à penser que ces courbes font plus de mal que de bien : ma position est partagée par beaucoup d'autres médecins.

Si un pédiatre peut traiter un enfant sur la base d'informations venant de courbes non valables, il n'est pas difficile d'imaginer son comportement lorsqu'il a en face de lui un enfant présentant de réels symptômes ...

Dans la plupart des cas, les problèmes causés par les courbes de poids se limitent à une perte de temps et d'argent et à la création d'angoisse chez les parents. Cependant, ces dernières années, elles ont amené à un abus majeur : l'utilisation d'œstrogènes et d'autres hormones pour tenter de modifier la croissance d'enfants censés devenir trop grands ou trop petits. On ne sait pratiquement rien des conséquences de tels traitements.

Ces dernières années, les journaux médicaux ont publié beaucoup d'articles sur l'utilisation des œstrogènes pour freiner la croissance des filles. Un de ces articles affirme que ces traitements sont «sûrs» et il faut lire en détail le texte pour trouver la liste des effets secondaires: nausées matinales, crampes nocturnes, thrombophlébites, urticaire, obésité, hypertension, troubles des règles, suppression des hormones hypophysaires, migraines, aggravation d'un diabète, lithiase vésiculaire, artériosclérose, cancer du sein ou des organes génitaux et stérilité. L'article note également que« nous n'avons pas le recul nécessaire en nombre d'années pour juger de la formation éventuelle de néoplasies (cancers). »

Combien de médecins qui recommandent ce traitement parlent à leurs patients de ces effets secondaires ?

Combien de parents permettraient à leur médecin de traiter

leur enfant en vue de contrôler sa taille s'ils connaissaient les risques qu'entraîne le traitement ?

Les risques auxquels on s'expose lors des examens médicaux de routine sont réels, aussi devriez-vous vous occuper le plus possible vous-même de la santé de vos enfants.

Protégez vos enfants déjà avant leur naissance

Notre responsabilité de parents ne commence pas au sortir de la maternité. De nombreuses décisions importantes pour la santé et la vie de nos enfants sont prises avant ce jour-là.

Le bien-être futur de votre bébé dépend des choix que vous faites tout au long de votre grossesse. L'attitude de votre obstétricien a également de l'importance. Vous pouvez aussi choisir d'accoucher à domicile.

Ne rejetez pas ce choix avant d'y avoir réfléchi. De plus en plus de mères demandent à accoucher à la maison, après mûre réflexion et convaincues que la naissance à domicile est pour elles le choix le plus sage et le plus prudent.

Ce qui est excessif - et dangereux pour vous et votre enfant - c'est l'arsenal d'interventions obstétricales qui vous attend à l'hôpital ainsi que les dangers qui guettent votre enfant dans la pouponnière après sa naissance. Les preuves sont faites que la technologie médicale, les médicaments, les agents anesthésiants, la chirurgie et les autres armes utilisées par l'obstétrique dans la plupart des hôpitaux exposent les mères et les bébés à des risques inutiles.

La naissance devrait être un événement naturel

Dans mon enfance, le médecin de famille se contentait

d'"assister" la naissance des bébés. Pour lui, la naissance était un événement naturel tout simple et il n'intervenait que rarement. Si le travail était long, il ne donnait pas à la mère une injection afin de pouvoir être à l'heure au golf. Il laissait ses chances à la nature et acceptait de patienter de longues heures jusqu'à ce que le corps de la mère elle-même, et non l'industrie pharmaceutique, décide de l'accouchement.

Quels contraste avec ce qui se passe aujourd'hui dans les maternités ! Les obstétriciens d'aujourd'hui, pour la plupart, n'«assistent» plus. Ils «interfèrent» constamment avec ce processus physiologique naturel qu'ils s'acharnent à traiter comme s'il s'agissait d'une maladie. Souvent, ces interventions médicales ont des conséquences négatives, physiques ou intellectuelles, pour toute la vie de l'enfant. Il arrive même parfois qu'il n'en sorte pas vivant...

Si vous accouchez à l'hôpital, vous affronterez tant de dangers que je ne peux les décrire en détail ici. J'en ai parlé dans un autre livre (R. S. Mendelsohn: «Male practice: How Doctors Manipulate Women»). Dans ce chapitre et les chapitres suivants, j'aborde des effets secondaires de l'intervention obstétricale sur votre enfant et des problèmes causés trop souvent par la routine des hôpitaux.

Les obstétriciens, défendant leur territoire, affirment que hôpitaux sont le seul endroit pour accoucher. Ils vont même parfois au tribunal pour essayer d'empêcher les mères d'accoucher à la maison avec des sages-femmes. Il n'y a pas de preuve statistique ou scientifique pour défendre cette position, au contraire. L'observation des dommages iatrogènes (causés par les médecins) infligés aux enfants, ainsi le simple sens, sont suffisants pour convaincre un juge impartial que l'endroit le plus sûr pour accoucher est sa propre maison.

La plupart des technologies les plus dangereuses employées ne sont pas à la disposition des médecins et des sages-femmes qui

pratiquent des accouchements à domicile. Cela réduit les risques d'interventions inutiles et dangereuses et vous donne l'assurance presque absolue de pouvoir mettre au monde votre bébé de façon naturelle. Des procédés comme les ultrasons, le monitoring fœtal interne, l'utilisation excessive de sédatifs et d'agents anesthésiants, la provocation du travail et la tentation de pratiquer trop vite une césarienne sont largement évités quand vous mettez toutes les chances de votre côté et décidez d'accoucher chez vous !

Les obstétriciens travaillant dans les hôpitaux considèrent les naissances à domicile comme une imprudence, à cause des risques de complications. Mais ils n'ont même pas l'expérience leur permettant de distinguer les femmes «à risques», qui feraient effectivement mieux d'accoucher à l'hôpital. Ils sont également incapables de faire face au moindre problème sans le secours de la technologie. Les médecins et sages-femmes qui accouchent les femmes à domicile savent identifier les mères qui peuvent sans crainte accoucher à la maison et conseiller aux autres d'aller à l'hôpital. Ils savent aussi prévoir les complications qui, loin des interventions hospitalières, sont très rares.

Problèmes des naissances à l'hôpital

Vous devez être vigilants au cours de cinq périodes précises, pendant lesquelles les actes de votre médecin peuvent causer la naissance d'un enfant malformé, au cerveau lésé ou mentalement attardé.

Ces périodes sont le temps précédant la conception, les neuf mois de grossesse, le travail, l'accouchement et le séjour du nouveau-né à l'hôpital. Examinons-les successivement.

Avant la conception

Les médecins peuvent influencer la santé de votre enfant bien avant que vous ayez songé à le concevoir.

Par exemple, des malformations du fœtus et des retards mentaux peuvent être la conséquence d'une irradiation excessive de votre corps tout au long de votre vie.

L'effet des rayons X est cumulatif. Plus la femme est âgée, plus elle a eu d'occasions de subir des irradiations; le risque d'avoir un enfant mongolien augmente également. Les pères dont le sperme a été irradié peuvent de même donner naissance à des enfants malformés.

Évitez au maximum d'être exposés aux rayons X et d'y exposer vos enfants. Votre médecin et votre dentiste vont probablement minimiser les risques des radiographies qu'ils conseillent, mais ne croyez pas votre dentiste lorsqu'il vous dit que ces radiographies sont sans danger en raison du faible dosage. Même les faibles doses s'accumulent dans votre organisme tout au long de votre vie et peuvent causer des dommages à votre enfant.

Je conseille à mes patients de refuser toute radiographie, sauf si cette dernière est indispensable au diagnostic d'une maladie grave. Si votre enfant doit subir une radiographie, n'hésitez pas à exprimer votre réticence à votre médecin, même si c'est difficile. La santé de votre enfant est plus importante que la susceptibilité de votre médecin. Demandez que la radiographie soit faite au plus bas dosage possible. Demandez au médecin si les techniciens qui font le travail ont suivi une formation adéquate et si son appareil a été récemment révisé (afin que vous soyez assurés que le dosage est bien approprié). Veillez à ce que le technicien protège comme il se doit les organes génitaux de votre enfant.

N'oubliez jamais que les rayons X peuvent tuer. De

nombreuses études ont montré qu'un nombre important de radiographies ont été effectuées aux Etats-Unis avec un équipement défectueux et un personnel mal qualifié. Pire encore, la plupart de ces radiographies n'étaient en fait pas utiles au diagnostic.

Vous affronterez un autre risque important si la conception suit de trop près une période de contraception par la pilule. Les femmes ayant utilisé ce type de contraception devraient attendre plusieurs mois avant d'avoir un enfant, car des malformations ont été décrites dans ces cas.

Précautions à prendre pendant la grossesse

Les bébés qui courent les plus grands risques durant les premiers jours, les premières semaines et les premiers mois de leur vie sont les prématurés et les enfants de faible poids.

Vous pouvez contribuer au développement normal de votre enfant en vous efforçant d'adopter une alimentation saine dès le moment de la conception.

Quand j'étais jeune, les médecins encourageaient les mères à « manger pour deux ». Les obstétriciens d'aujourd'hui se préoccupent de restreindre votre prise de poids. Il n'y a pas si longtemps, bien des obstétriciens ne toléraient guère plus qu'une de poids de cinq à sept kilos.

Ces derniers temps, restrictions à votre appétit recommandées par les médecins se sont quelque peu adoucies, mais la plupart des médecins n'aiment pas que vous preniez plus de dix à douze kilos pendant votre grossesse. Cela est déjà plus raisonnable, mais le fait de limiter cette prise de poids n'a aucun sens. Au contraire, le fait que la mère restreigne son appétit peut diminuer le poids de son enfant à la naissance et menacer son développement et même sa survie.

Votre médecin essayera presque sûrement de restreindre votre prise de poids. Une commission gouvernementale a montré, en 1975, femme enceinte sur trois, aux Etats-Unis, souffrait de malnutrition - plus d'un million de femmes par année. Certaines d'entre elles étaient mal nourries à cause de la pauvreté ou pour des raisons esthétiques d'ordre personnel, mais la plupart souffraient de malnutrition parce que leurs obstétriciens ne les laissaient pas manger suffisamment. Dans ce cas, méfiez-vous, car si vous êtes mal nourries, votre enfant le sera aussi.

Votre souci majeur pendant la grossesse ne devrait pas être le nombre kilos que vous prenez, mais la qualité de votre alimentation. Votre médecin essayera de limiter votre appétit, sous prétexte de vous préparer ainsi à un accouchement plus facile ou de prévenir le développement d'une toxémie [Toxémie: symptômes d'intoxication générale de la femme enceinte. (N.d.T.)], complication la plus dangereuse de la grossesse.

Ces affirmations sont fausses, les études actuelles montrent que c'est, au contraire, la faible prise de poids qui favorise les difficultés d'accouchement et la toxémie. Les preuves se sont accumulées depuis un demi siècle: c'est la malnutrition maternelle, non l'excès de poids qui en est la cause, par un mauvais fonctionnement du foie lié aux carences alimentaires.

La plupart des femmes ont des difficultés à obéir aux restrictions de poids imposées par les médecins, surtout dans les deux derniers mois de la grossesse. C'est alors le plus mauvais moment pour diminuer son apport alimentaire. C'est le moment où l'enfant a le plus besoin d'être nourri, car il prend beaucoup de poids. C'est aussi la période cruciale du développement du cerveau. Si vous vous mettez au régime pour obéir à des ordres arbitraires, c'est aussi votre bébé que vous mettez au régime, mettant en danger sa vie et sa santé.

Mon conseil aux femmes enceintes est d'utiliser leur bon sens et de manger selon leur instinct. Rappelez-vous qu'un bébé de faible poids a trente fois plus de chances de mourir pendant le premier mois de sa vie qu'un enfant de poids normal. De plus, les enfants de faible poids sont souvent handicapés (retard mental, épilepsie, infirmité motrice, problèmes d'apprentissage ou de comportement).

Refusez également de prendre des diurétiques. Presque toutes les femmes enceintes ont, à un moment donné, une rétention d'eau, avec œdème des pieds ou des mains. C'est une situation normale et utile car ce liquide est en relation avec l'augmentation du volume sanguin, bénéfique pour vous et votre enfant. Beaucoup de médecins considèrent ces œdèmes comme une indication de toxémie et prescrivent des diurétiques. C'est une erreur dans la plupart des cas et le résultat peut être catastrophique.

On a démontré que la mortalité des enfants nés de mères ne présentant pas d'œdèmes était de 50% plus élevé que celle des enfants nés de mères ayant stocké de grandes quantités de liquide ! Un autre risque lié à la prise des diurétiques est l'hypotension, qui peut même aller jusqu'au choc hypovolémique mortel ! [Choc hypovolémique: réaction causée par une perte brusque de liquides organiques (hémorragie, diarrhée...), (N.d.T.).]

Il est très probable que votre médecin vous déconseille fermement de fumer, de boire de l'alcool et de prendre des drogues pendant la grossesse. Il a raison et vous devriez l'écouter. Il est prouvé que même de petites quantités de ces substances peuvent être néfastes à l'enfant que vous attendez. Pour les mêmes raisons, ne prenez aucun médicament sans prescription pendant la grossesse (aspirine, médicament contre le rhume, etc.).

Malheureusement, votre médecin n'attirera pas votre attention

sur les risques encore plus grands des médicaments prescrits sur ordonnance, des radiographies, ultrasons, amniocentèses, qui tous peuvent causer des dommages à l'enfant. Je vous conseille de vous renseigner à ce sujet dans des livres spécialisés.

Intervention pendant le travail et l'accouchement

Au début de ce chapitre, je vous ai conseillé d'envisager l'accouchement à domicile, pour éviter au maximum les interventions médicales potentiellement dangereuses pour votre enfant.

Il y a quelques années, le docteur Lewis E. Mehl, du Centre de développement des enfants de l'université de Wisconsin, a étudié 2000 naissances, dont près de la moitié avaient eu lieu à la maison. Les différences entre les deux groupes étaient étonnantes.

- on comptait 30 traumatismes à la naissance parmi les enfants nés dans les hôpitaux et aucun parmi ceux nés à la maison;
- 52% des bébés nés à l'hôpital eurent besoin d'être réanimés contre 14% de ceux nés à la maison;
- 6 bébés nés à l'hôpital souffrirent de problèmes neurologiques, contre un à la maison.

L'importance des interventions obstétricales dans les hôpitaux est consternante.

Certaines techniques sont utiles lorsqu'elles sont appliquées à bon escient. Elles sont destinées aux urgences et deviennent dangereuses quand elles sont utilisées d'une façon routinière sur tous les patients.

Dans la plupart des hôpitaux, l'accouchement se caractérise

par une succession d'interventions inutiles (monitoring interne et externe, goutte à goutte, analgésiants et anesthésiants, provocations, épisiotomies, césariennes).

Votre médecin risque de ne pas vous en parler: l'utilisation des ultrasons pour le monitoring fœtal ou pour tout autre but diagnostique pose des questions alarmantes auxquelles on ne peut répondre actuellement. C'est encore une autre manière pour l'obstétrique moderne de violer un des premiers principes d'Hippocrate: «d'abord ne pas nuire.»

Le monitoring fœtal externe est constitué de deux ceintures placées autour de votre abdomen et reliées à un appareil d'enregistrement. Une des ceintures est sensible à la pression et mesure la force et la fréquence de vos contractions. L'autre utilise des ultrasons pour surveiller l'état de l'enfant. Dans la plupart des hôpitaux, les médecins utilisent ces appareils « en routine» malgré une étude sur 70.000 grossesses qui ne trouva aucune différence de pronostic entre les femmes monitorisées ou non, et bien que d'autres études aient montré une augmentation de la mortalité chez les bébés qui avaient été monitorisés. Ces études suggèrent, au mieux, que le monitoring ne fait pas de bien et, au pire, qu'il être nocif.

Il n'existe pas de preuve absolue d'une relation entre l'utilisation des ultrasons et les troubles fœtaux. Au contraire des rayons X, les ultrasons ne sont pas ionisants (modifiant les charges électriques de la matière) et les tenants de cette technique en déduisent qu'ils ne sont pas dangereux, ce qui n'est pas sûr. Je ne peux pas prouver que les ultrasons sont susceptibles de causer des troubles à votre enfant, mais le médecin qui les utilise ne peut pas non plus prouver le contraire.

Alice Stewart, épidémiologiste anglaise, qui dirige l'Etude des cancers de l'enfance à Oxford, a parlé en 1983 de « nette suspicion» à propos d'enfants exposés aux ultrasons dans

l'utérus et développant des leucémies et d'autres cancers dans une plus grande proportion que les enfants non exposés. Un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé demande que davantage de recherches soient effectuées sur les dangers de l'ultrason et que son utilisation ne soit pas généralisée (je souligne les passages importants):

« Il est particulièrement difficile d'étudier les effets des ultrasons chez l'être humain. *La période de latence peut atteindre 20 ans dans le cas de développement de cancers et les effets ne peuvent même n'être visibles que dans la génération suivante...*

Le fœtus humain est sensible aux formes de radiations et peut donc bien également être sensible aux ultrasons... Les études sur les animaux appellent à des études sur l'être humain dans les domaines neurologique, immunologique et hématologique. Chez l'animal de laboratoire, des *malformations congénitales* ont été décrites lorsque l'exposition aux ultrasons avait coïncidé avec la période d'organogenèse. Mais ces études sur l'animal *n'ont pas été faites chez l'homme, où elles devraient l'être d'une façon complète...* »

« Le bénéfice que la mère et l'enfant retirent de l'utilisation des ultrasons n'est pas clair à ce jour et des études doivent être entreprises; *si le monitoring n'amène aucun bénéfice, il n'y a pas de raison de l'utiliser, car il augmente les coûts de la médecine et peut-être ses risques.* »

Si votre médecin insiste pour utiliser les ultrasons, que pouvez-vous faire? Je vous suggère de lui demander les preuves scientifiques de la nécessité de cet examen, du bénéfice que vous et votre enfant allez en retirer et de son innocuité dans les vingt ans à venir...

Il lui sera difficile de ne pas respecter votre désir de garanties, mais il sera incapable de vous fournir ces preuves, car elles n'existent pas. Peut-être se décidera-t-il à faire ce qu'il aurait

dû faire dès le début: oublier sa machine et utiliser son stéthoscope.

Si vous attendez un enfant, je vous conseille d'étudier soigneusement ces questions. Je fus ravi lorsque deux de mes propres filles décidèrent d'accoucher chez elles. Mes petits-enfants sont en excellente santé et magnifiques!

Si vous n'êtes pas prête à accoucher à domicile, soyez sur vos gardes en milieu hospitalier. En appliquant ce que vous avez lu dans ce chapitre et dans d'autres livres, vous devriez être capable d'éviter pour vous et votre enfant la plupart des risques que j'ai décrits.

Danger guettant votre enfant dans la pouponnière

Bien que la pression de l'opinion ait amené des améliorations dans certains hôpitaux, votre bébé a de grandes chances d'être emmené en pouponnière rapidement après sa naissance. Il subira un certain nombre d'actes de routine (certains d'entre eux obligatoires dans la plupart des États) et restera probablement là, à pleurer pendant au moins quatre heures.

Seulement ensuite pourrez-vous lui donner le sein ou le biberon, si tel est votre choix.

Votre obstétricien sera prompt à donner à votre nouveau-né son baptême du feu dans le domaine des médicaments en glissant quelques gouttes de nitrate d'argent sous ses paupières.

Ce traitement a pour but de prévenir la transmission de la gonorrhée, en partant de l'idée absolument ridicule que toutes les mères sont présumées atteintes et qu'elles peuvent la transmettre lors de l'accouchement.

Les médecins rejettent l'idée de rechercher la maladie chez la mère, car les résultats ne sont pas fiables à 100%. Cela n'a pas

de sens, car le nitrate d'argent n'est pas davantage efficace à 100%! La discussion reste ouverte, mais si jamais votre enfant développait une infection des yeux due aux gonocoques, le problème pourrait être facilement maîtrisé par les antibiotiques.

L'utilisation du nitrate d'argent avait un sens avant les antibiotiques. Elle est donc inutile aujourd'hui, mais lourde de conséquences: le nitrate d'argent produit une conjonctivite chimique chez 30 à 50% des bébés qui le reçoivent. Leurs yeux se remplissent de pus qui les empêchent de voir pendant la première semaine de leur vie. Personne ne connaît les conséquences psychologiques à long terme de cette cécité temporaire. Le traitement peut aussi conduire à la non-perméabilité des canaux lacrymaux, nécessitant ensuite une intervention chirurgicale délicate pour corriger un problème causé par un acte absurde. Enfin, certains médecins (dont moi-même) pensent que le nombre important de myopies et d'astigmatismes aux États-unis pourrait être une conséquence de l'instillation d'un agent caustique dans les yeux délicats des nouveau-nés.

Dans certains États, les médecins remplacent le nitrate d'argent par des antibiotiques, bien qu'il n'existe aucune preuve de l'efficacité de cette prophylaxie. Le danger du nitrate d'argent est ainsi écarté, mais c'est le premier exemple d'un usage sans discernement des antibiotiques, certainement pas le dernier dans la vie de votre enfant! Beaucoup de médecins prescrivent des injections de pénicilline aux bébés, dans l'idée de prévenir les infections fréquentes en pouponnière. L'utilisation d'antibiotiques contribuant à la possibilité d'allergie plus tard, devrait être évité, sauf si le traitement est vraiment utile. Chez certains enfants, il ne faut pas exclure la possibilité d'un choc allergique.

Quand votre bébé arrive à la pouponnière, il sera immédiatement baigné et il est fort probable que l'infirmière

utilisera du savon à l'hexachlorophène. On sait depuis de nombreuses années que l'hexachlorophène passe à travers la peau et peut causer des problèmes neurologiques chez les bébés, mais les maternités continuent à l'utiliser dans l'espoir d'éviter les épidémies dans leurs pouponnières pleines de germes hospitaliers.

Or ces bains antiseptiques ne sont pas plus utiles que des bains d'eau du robinet! Dans cinq études très sérieuses, sur 150 nouveau-nés, 25 bébés furent baignés avec quatre antiseptiques différents et 50 avec de l'eau ordinaire. Après le bain initial, ainsi qu'au troisième et au cinquième jour, on trouve exactement les mêmes résultats bactériologiques chez tous les enfants.

Un autre acte que votre nouveau-né subira est le test de Guthrie. Obligatoire dans la plupart des États, ce test recherche si le bébé est victime d'une forme très rare de retard mental, la phénylcétonurie, causée par une déficience enzymatique qui touche moins d'un enfant sur 100.000.

Ce test n'est pas dangereux en lui-même, mais il peut créer une porte d'entrée à travers la peau pour les nombreuses bactéries présentes dans les pouponnières hospitalières. Le problème commence avec les résultats du test qui est peu fiable et présente nombreux «faux positifs ». Si on fait chez votre enfant le diagnostic de phénylcétonurie, il sera mis à un régime strict composé de substituts protéiniques qui ont un goût exécrable et qui risquent de provoquer chez lui une obésité. Les médecins ne sont pas d'accord sur la longueur du traitement, leur opinion la faisant varier de trois ans à la vie entière ! la plupart des médecins qui diagnostiquent cette maladie interdisent l'allaitement au sein.

Je trouve ridicule de condamner des enfants à un régime désagréable basé sur un test qui peut être faux, pour une maladie excessivement rare, alors que ce régime lui-même est

encore discuté. En 1977, des instituts spécialisés aux États-unis, en Australie, en Angleterre et en Allemagne ont révélé que certains enfants phénylcétonuriques souffraient de problèmes neurologiques progressifs « même si leur maladie avait été diagnostiquée très tôt et que le traitement par le régime avait été établi immédiatement. » Tous ces enfants, à l'étiquette « phénylcétonurie atypique », maladie différente de la forme classique, sont morts.

Sauf s'il existe une histoire de phénylcétonurie dans votre famille, je vous conseille d'éviter le test et d'allaiter votre enfant, ce que je pense être de toute manière, le meilleur traitement de cette maladie. Si on vous impose le test et qu'il est positif, demandez qu'il soit répété deux semaines plus tard. S'il est toujours positif, exigez qu'on détermine s'il s'agit de la forme classique ou atypique de maladie. Enfin insistez sur l'allaitement maternel qui est la meilleure protection globale que votre enfant puisse recevoir.

Si le second test est négatif, ne vous tracassez pas pendant des années en vous demandant si le premier était juste! Une des conséquences de toutes les formes d'examen de masse est le traumatisme émotionnel des parents en face d'un faux positif. Plus d'une mère m'a demandé des années plus tard, à propos d'un retard de développement : « Pensez-vous que cela puisse être la phénylcétonurie ? » Le même phénomène se produit lorsqu'un pédiatre dit à un parent que l'enfant a « un petit souffle au cœur ». Cette phrase peut paraître effrayante, mais ne devrait vous causer aucun souci. Bien des enfants ont des souffles au cœur qui ne sont jamais que des signes inoffensifs s'il n'y a pas d'autres symptômes.

La liste des maladies rares pour lesquelles des examens obligatoires de tous les nouveau-nés sont pratiqués augmente chaque année et elle varie d'État en État. Ce sont les médecins qui proposent les lois dans ce domaine et, à mon sens, ce sont également eux qui en bénéficient. Il est ridicule d'exposer tous

les enfants et leurs parents aux risques physiques et émotionnels causés par la détection de masse de maladies excessivement rares.

Un autre danger des pouponnières est l'utilisation des lampes pour traiter la jaunisse des nouveau-nés. La jaunisse est très fréquente dans les premiers jours de la vie et il y a 30 à 50% de chances pour que votre bébé présente une jaunisse discrète; les interventions obstétricales en augmentent la probabilité.

Chaque génération de médecins crée de nouvelles interventions qui elles-mêmes créent des problèmes ne pouvant être résolus que par d'autres interventions. Presque tout ce que subit une mère, quand elle accouche à l'hôpital (analgésie, anesthésie, provocation, médicaments), augmente le risque de jaunisse pour son enfant.

La plupart des médecins donnent d'une façon routinière de la vitamine K aux nouveau-nés parce qu'ils ont appris que les bébés naissent avec une déficience en cette vitamine, (indispensable à la coagulation du sang). Cela n'a pas de sens et n'est vrai que si la mère souffre de malnutrition sévère. La vitamine K administrée au nouveau-né peut avoir comme conséquence une jaunisse qui incitera le pédiatre à «mettre le bébé sous la lampe» (photothérapie). Ces lampes exposent l'enfant à une douzaine de risques bien connus qui exigeront un traitement et pourront même laisser des séquelles pour la vie. La bilirubine est un pigment biliaire qui, s'il se trouve en trop grande quantité dans la circulation sanguine, peut causer des dommages au cerveau de l'enfant. La bilirubine vient du métabolisme normal des globules rouges. C'est seulement lorsque la jaunisse est très intense dans les premiers jours de la vie qu'elle peut être grave. Due, le plus souvent, à une sensibilisation rhésus, on doit alors la traiter avec les lampes à bilirubine ou des exsanguino-transfusions (technique par laquelle le sang de votre enfant est remplacé par un sang non contaminé par la bilirubine). La lumière bleue fournie par les

lampes (ou par le rayonnement naturel du soleil) oxyde la bilirubine plus rapidement afin qu'elle puisse être excrétée par le foie.

Si la jaunisse n'apparaît pas le premier jour de la vie, le risque du traitement est probablement plus grand que ses bénéfices. La bilirubine est excrétée spontanément et vous pouvez hâter ce processus en exposant votre enfant à la lumière du jour. Les médecins, cependant, insistent en général pour utiliser les lampes et la santé de votre enfant est donc mise en danger par l'utilisation d'une technique discutable pour traiter une affection bénigne.

Des autorités médicales ont signalé que la photothérapie peut être rendue responsable d'une augmentation de la mortalité, en particulier chez les bébés de faible poids, à cause de problèmes pulmonaires et d'hémorragies. On a aussi décrit des morts de bébés qui avaient aspiré des compresses placées sur leurs yeux pour les protéger de la lumière.

Votre médecin vous assurera probablement que le traitement avec les lampes à bilirubine est absolument sûr, mais personne ne sait actuellement quels en sont les effets à long terme, et toute une série d'effets à court terme ont déjà été décrits (parmi ceux-ci: l'irritabilité, l'apathie, la diarrhée, la déficience en lactase, l'irritation intestinale, la déshydratation, des problèmes alimentaires, la déficience en riboflavine, des troubles de l'équilibre bilirubine-albumine, des problèmes visuels, affectant peut-être le contact avec les parents et des effets sur l'acide désoxyribonucléique) .

Si à cause d'une césarienne abusive, d'un contrôle excessif de votre poids pendant la grossesse - ou pour d'autres raisons - vous avez un bébé de faible poids, il vous faudra lutter contre le traitement qu'il recevra au service de soins intensifs. Les médecins et les hôpitaux sont excessivement fiers de ces services et de toute la magie technologique qu'ils comportent,

alors qu'il n'existe aucune preuve que tout cela soit bénéfique aux enfants. Aux soins intensifs, l'enfant est séparé de tous et placé sous le chauffage électrique par lequel certains bébés ont été parfois brûlés. Le plus grave, pourtant, peut venir de l'oxygène.

Un trop fort pourcentage d'oxygène dans l'incubateur de votre enfant prématuré peut avoir comme conséquence une maladie connue comme *fibroplasie rétrolentale*, une des causes les plus fréquentes des cécités chez l'enfant. Pour l'éviter, le taux d'oxygène de votre bébé sera surveillé de près sur des échantillons de son sang, ce qui produira peut-être une affection connue sous le nom d'anémie iatrogène. Une intervention en appelant une autre, votre bébé aura alors peut-être besoin d'une transfusion, ce qui l'expose au risque de contracter une hépatite sérique ou le sida.

Si votre enfant est placé sous oxygène, dites à votre médecin que vous connaissez ces risques et que vous êtes inquiet. Votre attitude augmentera peut-être la prudence du personnel médical.

Circoncision et autres opérations chirurgicales inutiles

Il n'est pas rare, si votre bébé est garçon, que votre médecin recommande la circoncision. Près d'un million et demi de circoncisions sont pratiquées chaque année, ce qui représente 80% des enfants mâles nés aux États-unis. Si cette opération n'est pas pratiquée pour raisons religieuses, elle est absolument injustifiée et potentiellement dangereuse.

Chaque génération de médecins a trouvé une nouvelle excuse pour pratiquer la circoncision, malgré la réserve de l'Académie américaine de pédiatrie: « Il n'existe aucune indication médicale absolue pour circoncire les nouveau-nés. » Si votre médecin veut que votre garçon nouveau-né soit circoncis,

demandez-lui pourquoi il veut l'exposer à douleur, au risque d'infection ou d'hémorragie, ou même à un risque mortel, conséquence d'une opération chirurgicale sans justification médicale.

Deux autres opérations fréquentes sont souvent pratiquées quelque temps après la naissance.

La première est la hernie ombilicale, petit défaut dans le muscle abdominal qui amène le contenu abdominal à faire saillie. Cette affection est assez fréquente et se guérit d'elle-même, le plus souvent, dans la première année de la vie. De toutes manières, n'opérez pas votre enfant avant trois ou même cinq ans, jusqu'à cet âge, une correction spontanée est encore possible.

Votre petit garçon peut aussi naître avec un testicule non descendu (cryptorchidie), et votre médecin vous conseillera peut-être de l'opérer rapidement, mais le bien-fondé de cette opération est douteux. Certains médecins pensent qu'il faut opérer à cause du danger de cancer. Ce serait une bonne raison si la mortalité chirurgicale n'était pas plus élevé que la mortalité potentielle due à un cancer du testicule. Il est donc plus sage de s'abstenir. En revanche, si votre enfant a les deux testicules non descendus, il faut envisager sérieusement l'intervention, car la stérilité est pratiquement inévitable.

Dans ce chapitre, j'ai essayé de vous parler de tous les risques que vous et votre enfant courez si vous accouchez à l'hôpital. Je n'ai parlé là que des dangers immédiats. Il y a d'autres risques, psychologiques et nutritionnels, dus à la séparation d'avec votre enfant et aux difficultés de l'allaitement dans les hôpitaux. J'en parlerai plus loin.

5

Alimentation adéquate pour la santé et la croissance

Votre contribution la plus importante à la santé future de votre enfant est l'attention que vous donnez à votre propre alimentation pendant la grossesse et à son alimentation après sa naissance. A vous de devenir l'expert dans ce domaine, car votre pédiatre a peu de connaissances et encore moins d'intérêt pour le sujet.

Votre décision première - allaiter votre enfant au sein ou non - aura des conséquences sur sa santé et son développement pendant toute sa vie. La plupart des obstétriciens et des pédiatres ne donnent malheureusement pas assez d'importance à l'allaitement au sein et à ses avantages sur l'allaitement artificiel. Vous devez donc vous informer par vous-même.

Le lait maternel construit la santé physique et émotionnelle de votre enfant et ses nombreux avantages ont encouragé un renouveau de l'allaitement maternel aux États-unis ces dernières années.

1. Le lait maternel, testé depuis des millions d'années, est idéal pour les nouveau-nés parce que c'est un aliment parfait fourni par la nature. Il donne à votre enfant tout ce dont il a besoin, en tout cas jusqu'à l'âge de six mois. Toutes les autorités en matière de nutrition et de pédiatrie reconnaissent sa supériorité sur le lait en poudre et le lait de vache.

Le lait de vache est déficient en fer et ne devrait pas être donné

aux bébés avant l'âge de six mois. Même alors, on ne devrait l'introduire qu'avec précaution, car beaucoup d'enfants (peut-être jusqu'à 15%) y sont allergiques. Dans beaucoup de maladies, il faut soupçonner le lait.

Le lait en poudre n'est pas aussi satisfaisant du point de vue nutritionnel que le lait maternel, même si les fabricants ajoutent des vitamines et des sels minéraux et proclament que leurs produits sont aussi nourrissants que lui. Si vous allaitez votre bébé, il ne risque aucune carence. Des carences ont été décrites chez des bébés nourris artificiellement, les exemples classiques étant le manque de vitamine B6 dans le lait SMA, cause de déficience en pyroxidine et de convulsions chez les nouveau-nés, et la pauvreté en sel du Neo-Mul-Soy (succédané de lait à base de soja), cause de retards de croissance.

Les biberons prédisposent également les nouveau-nés à une obésité à l'âge adulte, car leurs produits sont mal équilibrés. Le lait maternel contient 1,3% de protéines, le lait de vache et les laits en poudre 3,3% ou plus. Dans une étude, sur 250 bébés âgés de six semaines, on a trouvé que 60% des bébés nourris au biberon étaient trop gros comparés à 19% des enfants nourris au sein. L'excès de protéines charge les reins et certains enfants prennent plus vite du poids parce qu'ils retiennent du liquide.

Enfin, les bébés nourris au sein têtent jusqu'à satisfaction, vous n'avez pas à mesurer la quantité de lait absorbée. Les bébés au biberon suivent, en général, un horaire fixe avec une quantité donnée à chaque repas. Trop souvent, les mères se croient obligées de pousser leur bébé à finir son biberon, le faisant boire parfois le double de ce qui lui suffirait.

2. Le lait maternel contient des agents de protection contre beaucoup d'allergies et d'infections, agents fort utiles à votre enfant pendant les mois les plus exposés de sa vie.

3. Le lien entre la mère et l'enfant est essentiel au

développement émotionnel de votre bébé et vous apporte également beaucoup de joie. L'allaitement au sein, cette relation dès les premiers instants de la vie. A moins que vous n'ayez reçu durant l'accouchement trop de médicaments, qui affectent aussi votre enfant, son désir de téter interviendra 20 à 30 minutes après la naissance. A partir de là, il devrait pouvoir téter chaque fois qu'il le désire; au début ce sera peut-être jusqu'à 20 fois par jour.

On ne saurait trop insister sur les avantages émotionnels et psychologiques de l'allaitement. Vous et votre enfant passez à côté d'une des expériences humaines plus fortes si vous n'allaites pas. Voici comment l'exprime le docteur Grantly Dick-Read, que beaucoup considèrent comme le père du mouvement actuel de naissance naturelle aux Etats-Unis: « L'enfant nouveau-né ne demande que trois choses: la chaleur des bras sa mère, le lait de ses seins et la sécurité de sa présence. L'allaitement réunit les trois. »

Les nouveau-nés doivent être nourris quand ils ont faim et non suivant un horaire arbitraire. C'est un défaut de plus des hôpitaux où, trop souvent, les mères et les enfants doivent se conformer à des repas toutes les quatre heures, simplement parce que c'est plus pratique pour le personnel. Ce n'est bon ni pour vous, ni pour votre bébé dont la faim est réglée par son appétit et non par l'horloge de la pouponnière. Il faut le nourrir quand il en a besoin, que ce soit toutes les heures ou toutes les quatre heures...

Si vous accouchez à l'hôpital, essayez d'obtenir la permission de garder votre bébé avec vous de façon à pouvoir le nourrir aussi souvent qu'il le désire et de favoriser ainsi votre contact physique avec lui. Si cela n'est pas possible, demandez qu'on vous l'apporte quand il a faim et non toutes les quatre heures. Insistez également pour qu'aucun biberon ne soit donné à votre enfant dans la pouponnière, certaines infirmières ne pouvant résister à la tentation d'«enfiler» un biberon à un bébé

qui crie, même si cet enfant est nourri au sein. (Votre bébé risque alors de téter votre sein avec moins d'appétit.) Insistez donc auprès de l'infirmière pour qu'elle vous l'apporte, plutôt que de lui donner un biberon lorsqu'il pleure.

4. Des arguments en faveur de l'allaitement existent également pour la mère. Si vous allaitez votre enfant dans les minutes suivant la naissance, vous risquez moins de faire une hémorragie, car la stimulation du mamelon amène votre utérus à se contracter, hâtant ainsi son retour à la normale, ce qui réduit l'écoulement du sang.

Les mères qui allaitent reprennent plus facilement leur poids normal que celles qui nourrissent leur enfant au biberon. Près de cinq kilos de poids, que la mère prend pendant la grossesse, consistent en graisse qui sera utilisée pour la production du lait. Si vous allaitez, cet excès de graisse disparaîtra. Si vous n'allaites pas, il vous sera difficile de retrouver votre poids normal.

5. Si vous allaitez votre enfant complètement, vous n'aurez, dans la plupart des cas, pas besoin de contraception pendant au moins six mois et parfois jusqu'à deux ans et demi. Le fait d'allaiter met au repos votre cycle reproductif et il y a peu de chances que vous ayez vos règles tant que vous allaitez. Sheila Kippley, auteur d'un livre excellent sur l'allaitement, donne des chiffres montrant une moyenne de 14,6 mois sans retour de règles chez des femmes américaines qui allaitaient complètement leur enfant.

Ce moyen de contraception n'est pas absolu, mais il est probablement aussi efficace que les autres et ne comporte aucun risque. Souvenez-vous cependant que cette protection n'est pas obtenue avec une alimentation mixte comprenant des biberons.

Les jeunes mères me posent beaucoup de questions sur l'allaitement « à quel rythme le nourrir... combien de temps le

laisser au sein... combien devrait-il prendre...?» Ma réponse est de laisser le bébé décider. Que ce soit au sein ou au biberon, nourrissez-le quand il paraît irritable, laissez-le téter jusqu'à ce qu'il s'endorme et ne vous souciez pas des quantités qu'il ingurgite.

Si vous allaitez, votre bébé absorbera 80-90% du lait contenu dans chaque sein en environ 4 minutes. Le nourrir plus longtemps est cependant conseillé pour ' raisons émotionnelles et pour stimuler la production lait. Quand l'enfant tête sans absorber grand-chose, il stimule la lactation. Si vous limitez le temps de la tétée ou si vous ne nourrissez pas assez souvent votre bébé, la production de lait peut diminuer au point de ne être suffisante.

Les raisons émotionnelles d'allonger la période d'allaitement sont très importantes.

Davantage de mères nourriraient leurs enfants au sein si elles se rendaient compte de la merveilleuse relation affective établie par ce moyen entre la mère et l'enfant. Certaines mères craignent que l'allaitement soit cause de problèmes qui les dépassent. D'après mon expérience, les mères qui essaient d'allaiter voient vite leurs craintes disparaître.

Il n'est pas nécessaire de donner au bébé nourri au sein de l'eau ou des vitamines en supplément. Les bébés nourris au biberon n'ont pas besoin non plus de vitamines, car elles sont contenues dans les laits en poudre, souvent en quantités excessives, ce qui peut créer des problèmes métaboliques.

Ne commencez pas la nourriture solide trop tôt

Les enfants nourris au sein n'ont pas besoin de nourriture solide pendant la première année de leur vie et ne devraient recevoir aucun supplément alimentaire pendant les six

premiers mois. Les enfants nourris au biberon peuvent commencer à manger des solides à l'âge de quatre mois; avant, la grande majorité des solides, en particulier les protéines, n'est pas digérée, car leurs intestins ne sont pas encore prêts. L'enzyme indispensable pour la digestion du riz n'est pas présente en assez grande quantité avant l'âge de quatre mois. Les solides devraient être évités dans les premiers mois de la vie parce que le système immunitaire et le système digestif de votre enfant ne sont pas encore complètement développés. Faute de pouvoir avaler correctement, il risque en outre de s'étouffer.

Les solides devraient être introduits petit à petit dans le régime du bébé: d'habitude, on donne d'abord des fruits ou des céréales, puis de la viande. Évitez au maximum les aliments tout prêts du commerce, non seulement parce qu'ils sont plus chers, mais aussi parce que leur traitement diminue leur richesse nutritionnelle.

Votre bébé se portera mieux si vous préparez vous-même sa nourriture. Utilisez des fruits, des légumes et de viande fraîche, car les aliments en boîte ou surgelés contiennent souvent du sel ou d'autres additifs comme des nitrites ou du glutamate. Lavez soigneusement aliments, cuisez-les bien, puis réduisez-les en purée.

Beaucoup de mères donnent à leur bébé des bananes crues écrasées comme aliment solide. Vous pouvez introduire les céréales en donnant à votre enfant des petits bouts de pain entier biologique. Vous retrouverez une grande quantité du pain sur le plancher, mais cela n'est pas grave. Si vous lui donnez des céréales sous forme de bouillie cuite, soyez attentive à acheter des produits non raffinés et biologiques.

Les oeufs, souvent cause d'allergies, devraient être évités dans la première année.

Donnez des œufs durs, seulement le jaune écrasé. Si aucune

réaction désagréable n'apparaît après deux semaines, vous pouvez commencer à donner des œufs brouillés (sans lait). Le lait de vache est à éviter pendant la première année et, ensuite, à introduire petit à petit. Observez de près votre bébé pour repérer toute réaction allergique, physique ou comportementale (cri inhabituel ou excitation).

En donnant à votre enfant des aliments de premier choix, vous allez peut-être améliorer la qualité de l'alimentation des autres membres de famille, qui vont vous soutenir dans cette recherche d'une alimentation riche, naturelle et équilibrée. (Ne leur servez cependant pas des purées, car ils risquent de détester la table familiale !)

Ne permettez pas que votre pédiatre - ni personne d'autre d'ailleurs - n'essaye de vous persuader d'utiliser les aliments pour bébés du commerce pour des raisons de sécurité.

L'industrie n'a pas peur d'effrayer les mères qui donnent à leurs enfants des aliments frais plutôt que des conserves. *Chère maman*, brochure que l'industrie a éditée sur ce ton, a même provoqué les réactions du très digne comité sur la nutrition de l'Académie américaine de pédiatrie. Le comité déplore les tactiques «d'épouvantail» de l'industrie et note que des références de publications scientifiques avaient été citées hors de leur contexte.

Ce comité conclut: «Nous ne sommes pas d'accord de dénoncer les dangers de la nourriture préparée les foyers. Il est clair que préparation et le stockage des nourritures pour petits enfants doivent être entourés de précautions, mais il est peu probable que la nourriture ainsi préparée soit toxique. »

L'appétit des enfants varie

Les parents craignent parfois que leur enfant ne mange pas suffisamment. Si le pédiatre a dit que le bébé devait prendre

150 ml à chaque repas, la mère incitera l'enfant à vider le biberon complètement. Plus tard, ce seront des batailles à table pour qu'il vide son assiette. Il est inutile de se faire du souci, car aucun enfant ne se laissera mourir de faim s'il a de la nourriture à disposition (à moins qu'il ne souffre d'anorexie mentale).

L'appétit de l'enfant varie de jour en jour et d'année en année, en fonction de son degré d'activité, de son attirance pour nourriture servie et de sa période de croissance. Qu'il soit bébé ou adolescent, l'enfant mange ce dont il a besoin.

Les enfants sont parfois condamnés à être obèses tard parce qu'on les a trop nourris dans l'enfance. Des études sur des enfants de tous âges montrent que 70% d'entre eux reçoivent un excès de calories, certains même jusqu'à 250% des normes recommandées. On estime aussi que 30% des enfants scolarisés sont trop lourds.

L'obésité de l'adulte vient d'un excès de cellules graisseuses qui se sont formées pendant l'enfance. Le nombre des cellules graisseuses augmente de la naissance à deux ans et de nouveau à la puberté. Un enfant qui a été surnourri peut, à l'âge adulte, avoir 75 trillions de cellules graisseuses (contre 27 trillions pour un enfant nourri normalement). Si ces cellules ont été produites en surnombre dans l'enfance, elles restent dans l'organisme pour toute la vie, n'attendant que d'être remplies lorsque l'adulte absorbe un repas riche en calories ou un éclair au chocolat...

Voici une règle de base qui vous aidera à nourrir sainement votre famille: plus les aliments sont raffinés, moins ils sont nourrissants. La plupart des aliments sont plus nourrissants quand on les absorbe sous leur forme naturelle, non cuits. S'ils doivent être cuits, cuisons-les le moins longtemps possible, en prenant exemple sur les Chinois. Les légumes et les fruits frais sont plus nourrissants que les mêmes produits cuits ou en

boîte.

Les pires aliments sont les aliments précuits, ainsi que les céréales raffinées et sucrées.

Les « calories vides » qu'ils procurent, ainsi que les additifs chimiques utilisés pour les colorer, les stabiliser ou les conserver, sont désastreux pour la santé de votre enfant. Souvenez-vous-en lorsque vous préparez des repas pour votre famille. Servez des aliments frais et naturels que vous préparez vous-même et évitez les plats surgelés « prêts à servir ».

En utilisant des produits naturels et en cuisant le moins possible, vous assurez à votre famille la base d'un régime sain. N'ayez pas peur de ceux qui vous parlent des dangers des produits naturels; usez de votre bon sens et donnez à votre famille une alimentation variée et équilibrée; ainsi personne ne manquera de rien. La plupart des diététiciens proposent pour les préadolescents le régime suivant: chaque jour trois parts de lait ou de produits laitiers ou d'une autre source de protéines; deux parts de viande, fromage, œufs, beurre de cacahuètes, haricots ou autres protéines; quatre parts ou plus de fruits et de légumes frais; quatre parts ou plus de pain complet. Il est bon de noter cependant que les besoins nutritionnels complets d'un enfant (protéines et calcium compris) peuvent être satisfaits sans le lait et les produits laitiers.

Rappelez-vous que le petit déjeuner est le repas le plus important de la journée. Si votre enfant le saute, il sera davantage sensible aux infections et à la fatigue. Assurez-vous qu'il mange une nourriture saine le matin et évitez les aliments sucrés. Ne le laissez pas prendre l'habitude de saupoudrer ses céréales de sucre et ne lui achetez pas les céréales enduites de sucre qui font l'objet de tant de réclames alléchantes à la télévision.

C'est la tradition, et non des règles de nutrition, ne l'oubliez pas, qui est responsable du déjeuner américain classique

(céréales, crêpes, lard et œufs). Les besoins nutritionnels de votre enfant seront tout aussi bien remplis - et peut-être mieux - si vous lui donnez des restes du dîner sain du soir précédent. J'ai souvent trouvé amusant que les Américains s'effrayent du régime des enfants mexicains (un bol de haricots) ou de celui des Chinois (un bol de riz brun).

Ces nourritures sont saines et contiennent énormément de protéines et de vitamines; pendant ce temps, l'enfant américain absorbe une céréale commerciale et chère, raffinée à l'extrême et additionnée de Sucre raffiné, qui le remplit de calories vides.

Les enfants n'ont pas besoin de manger de tout

Ne vous faites pas si votre enfant n'aime pas du tout certains aliments, en particulier les légumes. Tant qu'il a un régime de base varié, il n'est pas obligatoire qu'il absorbe tous les produits qui existent sur le marché. La cause classique de dispute à table semble être les épinards que la plupart des enfants détestent et que la plupart des parents pensent être une source essentielle de fer et de calcium. Il est vrai que ces minéraux sont contenus en grande quantité épinards, sous une forme assez difficile à digérer. De plus, les épinards sont une faible source d'énergie. N'obligez pas votre à en manger. S'il déteste *tous* les végétaux, essayez de les cacher dans des plats cuisinés, des soupes ou du pain ou donnez-les lui crus.

Ne soyez pas trop il cheval sur les horaires des repas et permettez à votre enfant d'avoir faim il d'autres heures, car l'horloge de son organisme n'est pas forcément la vôtre. Si son appétit disparaît soudain, rappelez-vous qu'il s'agit peut-être simplement d'une diminution de ses besoins, mais assurez-vous qu'il ne grignote pas trop entre les repas. Si c'est le cas, veillez à ne laisser à sa disposition que des aliments sains

(fruits frais, fruits secs, noix, graines, yoghourts, légumes crus ou miel).

Je conclurai ce chapitre en vous mettant en garde contre les conséquences nutritionnelles d'un éventuel séjour hospitalier de votre enfant. C'est à l'hôpital, sur leur propre terrain, que le désintérêt des médecins en matière de nutrition est le plus criant.

Des études ont montré que la moitié des patients hospitalisés souffre de malnutrition après quelques jours, non pas parce que la nourriture de l'hôpital est forcément mauvaise mais parce que les médecins sont tellement fixés sur la technologie médicale (tests de laboratoire et radiographies), qu'ils imposent extrêmement souvent un jeûne à leurs patients. Une fois que le médecin a terminé sa série d'examens, la malnutrition peut être devenue le plus sérieux problème du patient !

Une étude de l'état nutritionnel des enfants dans un hôpital new-yorkais a prouvé que, sur 200 enfants, les deux tiers présentaient un problème nutritionnel. Les auteurs de l'étude affirment ne pas avoir été étonnés, mais plutôt attristés, du manque de connaissance des médecins dans le domaine de l'alimentation des enfants. La plupart des médecins soignant ces enfants n'avaient jamais suivi un quelconque cours de nutrition !

Il y a quelques années déjà que le président du comité sur la nutrition de l'Association médicale américaine évoquait le « soupçon croissant qu'un grand nombre de personnes hospitalisées dans notre pays sont les victimes d'une malnutrition imposée par les médecins...

Cela n'est pas dû à une négligence délibérée de la part des médecins, mais plutôt à leur manque de connaissance de cette nouvelle science qu'est la nutrition ».

Cette critique n'est pas passée inaperçue dans l'association, qui a résolu le problème en supprimant le comité sur la nutrition (ce qui l'arrangeait probablement, mais nous arrange moins. vous et moi!).

Vous ne pouvez rien faire de plus important pour la santé de votre enfant que de lui donner une nourriture appropriée en quantité correcte, en évitant les aliments nocifs. Sur ce point, c'est vous qui devez agir et non le médecin.

6

Que pouvez-vous attendre de votre enfant ?

La plupart des livres s'étendent largement sur les phases du développement de la petite enfance (à quel moment l'enfant s'assied, se tient debout, marche à quatre pattes ou marche), et sur tous les problèmes de comportement qui peuvent apparaître les années suivantes. Ces étapes vous intéressent, bien sûr, mais ne vous inquiétez pas si votre enfant s'écarte des normes. Je n'ai pas besoin d'écrire un gros livre pour vous donner mon avis à ce sujet, une phrase suffira: *sauf si votre enfant présente clairement un problème, ne vous préoccupez pas du moment où il va s'asseoir, se tenir debout, aller à quatre pattes ou marcher.*

Si c'est votre premier enfant, vous aurez tendance à comparer ses progrès avec ceux des autres enfants de son âge. J'espère pouvoir vous convaincre que ce type de comparaison n'est ni valable, ni utile. Pendant les premières années de la vie, le développement de chaque enfant est tellement différent de celui des autres que toute comparaison est vaine.

Cependant, si vous avez besoin d'une idée de départ, voici quelques données: la plupart des enfants s'asseyent avec support à 6 ou 8 mois, sans support à 8 ou 10 mois, marchent à 12 ou 18 mois, parlent à 18 ou 24 mois, font du tricycle à trois ans et dessinent un carré à quatre ans. Je vous conseille de résister à la tentation de vous enorgueillir si votre enfant franchit une de ces étapes à un âge plus tendre ou de vous faire du souci si son développement est tardif.

Que ces étapes interviennent plus tôt ou plus tard n'a aucune importance.

Vos enfants finiront bien par comprendre ce que vous attendez d'eux si votre attente est raisonnable. Nous l'oublions parfois, mais nous savons tous que tous les enfants n'apprennent pas au même rythme et avec la même facilité. Cela ne nous empêche pas de trop attendre de nos propres enfants, parfois même dès le berceau. Cela ne nous empêche pas non plus de faire des comparaisons avec les autres, comparaisons inutiles et dangereuses. L'enfant précoce d'aujourd'hui peut très bien être l'enfant retardé de demain et vice-versa.

Vos beaux espoirs, à l'égard de vos enfants, sont bénéfiques s'ils vous encouragent à leur apporter les soins et l'aide dont ils ont besoin pour exprimer pleinement leur potentiel. Ils peuvent à l'inverse être désastreux s'ils dépassent leurs possibilités et si vous n'avez pas la patience d'attendre que leurs capacités et leurs intérêts se développent normalement au fil des années.

Il est parfois difficile à des parents, dont les espoirs sont très grands et qui sont peut-être eux-mêmes des surdoués, de se rappeler que l'activité normale des enfants est de jouer et d'apprendre.

Nous devons nous habituer à accepter le fait que les enfants n'ont pas un comportement d'adulte. Rien de ce que j'ai à dire dans ce chapitre ne rendra leur comportement moins fatigant ou énervant, mais vous le tolérerez mieux si vous comprenez ce qui est normal chez l'enfant.

Comportement physique qui inquiète les parents

Distinguons bien le comportement physique et le comportement émotionnel. Voyons quels problèmes physiques

inquiètent le plus souvent les parents. Tous les bébés toussent, grognent, rotent, ont le hoquet, éternuent, ont des gaz, des régurgitations ou des vomissements. Au début, cela peut vous inquiéter et vous vous demanderez si le régime de votre bébé est en cause. Ne vous faites aucun souci: tant que le bébé a bon appétit et qu'il prend du poids normalement, tous ces problèmes n'ont guère d'importance.

Pendant que nous parlons de bruits, je vous conseille de ne pas trop vous fixer sur les rots. Une fois dans le passé, une mère a découvert que son bébé régurgitait moins son repas si elle le tapotait dans le dos jusqu'à ce que l'excès d'air remonte de son estomac. Ce geste est devenu tellement rituel que parfois, les jeunes mères semblent croire que leur enfant ne survivra pas s'il ne rote pas bruyamment après chaque repas. Il n'y a en fait aucune loi, ni aucune justification médicale, pour obliger les bébés à faire leur rot. Certains avalent beaucoup d'air et produisent des rots sonores, les autres non... Si vous voyez qu'un petit rot après le repas favorise la digestion de votre enfant, aidez-le un peu mais ne vous bloquez pas sur ce point.

Abordons maintenant le sujet des coliques, pour employer le nom que les mères et les médecins donnent à un phénomène habituel dans les trois premiers mois de la vie: un bébé, auparavant calme et satisfait, commence à se plier en deux en hurlant. Curieusement, bien qu'il y ait toujours eu des bébés sur terre, on n'a jamais compris d'où venaient ces coliques; c'est pourquoi le terme colique est utilisé par les médecins pour qualifier des cris qu'ils ne comprennent pas.

Certains livres médicaux parlent de « gaz » intestinaux produits par la fermentation des hydrates de carbone, mais ils notent également que le problème n'est pas résolu si l'on supprime ces hydrates de carbone de l'alimentation, ce qui ne semble pas en faveur de cette explication. Quand l'enfant pleure à cause de gaz », de nombreuses mères et la plupart des médecins parlent de « coliques ». Les scientifiques avouent en ignorer la cause.

Je me range dans leur camp. Je ne sais pas non plus !

Les cris inquiètent aussi souvent les parents. Le premier cri à la naissance les rassure, mais ils se passeraient volontiers des suivants. Au cours des années, les médecins ont donné aux parents une grande quantité de mauvais conseils à ce sujet et beaucoup d'enfants en ont souffert.

A ce propos, j'ai retrouvé récemment un livre publié en 1894 par le Dr Luther Emmett Holt, que l'on considère généralement comme le père de la pédiatrie. Ce livre, *Care and Feeding of Children* (Soins et alimentation des enfants) a été réédité plus de 75 fois et publié en trois langues. Voici ce qu'il dit au sujet des cris :

Quand le cri est-il utile ?

Chez le nouveau-né, le cri forme les poumons et il est nécessaire que j'enfant crie pendant plusieurs minutes chaque jour pour que les poumons s'ouvrent bien.

Combien de temps un très jeune enfant doit-il crier ?

De 15 à 30 minutes par jour.

Quelle est la nature de ce cri ?

Il est fort et énergique. La face de l'enfant devient rouge, c'est en fait un hurlement qui est nécessaire à la santé. C'est l'exercice du bébé.

Comment définir le cri d'un enfant gâte ?

Même les très jeunes enfants crient pour qu'on les berce, qu'on les promène, qu'on mette une lumière dans leur chambre,

qu'on leur donne un biberon à téter ou toute autre mauvaise habitude qu'ils ont déjà acquise.

Comment être sûr qu'il s'agit de ce cri ?

S'il s'arrête immédiatement quand il reçoit ce qu'il désire et crie à nouveau quand on le lui enlève.

Que faire d'un nouveau-né qui crie de rage ou pour obtenir quelque chose ?

Laissez-le crier tant qu'il le désire, il est rare qu'il ne se calme pas ensuite.

A quel âge commencer à jouer avec les bébés ?

Jamais avant quatre mois et, si possible, pas avant six mois. Moins vous jouez avec les bébés, mieux cela vaudra.

Quel mal cela fait-il aux enfants de jouer avec eux ?

Cela les rend nerveux et irritables, leur donne un mauvais sommeil et encore bien d'autres troubles.

Le Dr Holt recommandait aussi les repas à heure régulière, la mise au lit chaque soir exactement à la même heure, l'arrêt des repas nocturnes à cinq mois et il déconseillait de bercer les bébés, car c'était « inutile et parfois dangereux ». Il affirmait également qu'en aucune circonstance un enfant ne devait être autorisé à dormir dans le lit de sa mère.

Les enfants pleurent parce qu'ils ont des problèmes

La plupart des conseils du Dr Holt sont encore suivis par beaucoup de pédiatres.

Étudiez-les bien, puis faites exactement le contraire! Les enfants pleurent parce qu'ils ont faim ou qu'ils se sentent seuls, fatigués ou qu'ils sont mouillés ou qu'ils ont mal. Les gens compatissants ne refusent pas de consoler les adultes qui pleurent, quelle qu'en soit la raison.

Pourquoi, au nom du ciel, un parent aimant devrait-il refuser de consoler son enfant? Si votre enfant pleure, ne le laissez pas, prenez-le dans vos bras et cherchez la cause de son chagrin.

S'il pleure la nuit parce qu'il se sent seul ou qu'il a peur, prenez-le dans votre lit.

Les psychologues et les psychiatres m'en veulent beaucoup de ce dernier conseil. Je me souviens d'une émission de télévision avec Tine Thevenin, auteur de *The Family Bed* (Le lit familial) et un psychiatre qui l'attaquait en invoquant le complexe d'Œdipe et d'autres théories.

On me demanda mon avis et je répondis que j'étais d'accord avec le psychiatre. J'expliquai que les psychiatres ne devaient pas prendre leurs enfants dans leur lit... mais que je n'y voyais aucune objection pour le commun des mortels!

La diarrhée, la constipation et la propreté de l'enfant pour ses selles sont également causes de soucis pour les parents dès la naissance et durant toute l'enfance. Beaucoup de mères d'un premier enfant s'inquiètent de l'apparence des selles de leur bébé, surtout s'il est nourri au sein. La couleur et la consistance des selles d'un bébé varient considérablement suivant ce qu'il mange. Les bébés nourris au sein produisent des selles qui ressemblent à des œufs brouillés; ce n'est pas de la diarrhée, c'est parfaitement normal. Le seul danger est que votre

pédiatre s'en fasse un prétexte pour vous conseiller un allaitement artificiel.

Ignorez ce genre de conseil. La seule règle à suivre est celle-ci: si votre enfant va bien et prend du poids, ne vous occupez pas de la consistance de ses selles, même si elles sont très claires ou dures comme des billes. En revanche, si l'enfant semble dépérir, s'il perd du poids ou si ses selles contiennent du sang, consultez un médecin. Mais, dans ce cas, méfiez-vous des médicaments s'il n'a pas diagnostiqué une affection précise. Les pédiatres sont obsédés par les selles et traitent trop souvent la diarrhée avec des opiacés. S'il n'existe pas de maladie précise, la manière d'agir la plus intelligente (pour laquelle vous n'avez pas besoin de médecin) est de rechercher les allergies alimentaires, puis d'éliminer les aliments en cause. Il s'agira, le plus souvent, du lait de vache.

On peut tenir le même discours sur la constipation. Il n'y a aucune raison de vous faire du souci si un jour, votre enfant ne va pas à la selle. S'il est constipé, cherchez-en la cause dans son alimentation et ne voyez un médecin que si la constipation est accompagnée de douleurs ou de saignements.

Quant à la propreté, n'écoutez pas les avis médicaux, car votre pédiatre n'en sait pas plus que vous à ce sujet. C'est une affaire de famille. Que votre enfant soit propre tôt ou tard ne fait de différence que pour vous. Certains enfants sont propres tôt, d'autres pas, et je n'ai pas de formule magique à vous donner. Mes filles en ont une, cependant: elles ont demandé à leur mère des conseils à ce sujet!

La liste des comportements émotionnels des enfants susceptibles de provoquer mécontentement et colère chez les parents est presque sans fin, depuis l'« âge terrible des deux ans » jusqu'à l'« adolescence turbulente ». Vous devez vous souvenir d'une chose quand vous êtes à bout de nerfs: ces comportements viennent du processus de développement sans

lequel votre enfant ne pourrait jamais devenir adulte. De plus, les gifles et les coups sont rarement, sinon jamais, la solution.

Lorsque votre enfant qui apprend à marcher tire la nappe de la table et brise votre vase préféré, votre réaction immédiate est certainement la colère. Apprenez à vous contrôler car, à cet âge, les gifles ne résolvent aucun problème; elles ne font que troubler votre enfant.

Rappelez-vous plutôt qu'il n'a pas voulu mal faire. Il exerce simplement la curiosité normale qui lui permettra d'apprendre et d'utiliser ses aptitudes. Commencez, fermement, mais sans colère, à lui enseigner ce que non veut dire et mettez le reste de vos objets précieux hors de sa portée.

Les punitions ne sont pas la solution

Tous les comportements inquiétants de vos enfants ont une cause émotionnelle. Ne punissez pas l'enfant, mais recherchez la cause de son trouble. Il arrive parfois qu'un enfant, enfin propre, recommence à mouiller ses culottes. L'enfant ne le fait pas exprès, car aucun enfant n'est heureux dans des culottes mouillées et il n'aime pas non plus les réactions négatives qu'il provoque chez sa mère. Il est certain que l'enfant réagit à quelque chose qui le gêne dans son environnement. Ne le giflez pas, essayez d'identifier et d'éliminer ce qui le gêne.

Si votre enfant devient violent avec ses camarades ou s'il a des problèmes de discipline à l'école, il s'agit probablement d'une réaction à une situation ou à un problème qui le dépasse: une maladie, la fatigue, la faim, un problème de la vue ou de l'ouïe ou simplement une réaction à des tensions à la maison. Il peut être troublé parce que l'image qu'il a de lui-même ne correspond pas à votre attente. L'enfant n'a que faire de vos punitions, il a besoin d'un soutien émotionnel, de votre amour et de votre affection constante.

Bien sûr, les enfants doivent être guidés vers un comportement adulte et responsable, mais ne soyez pas trop pressés! A tout âge, le châtiment corporel trouble et traumatise l'enfant, qui ne peut comprendre pourquoi ses parents qu'il aime, et qui sont censés l'aimer, le frappent soudain. Il se sent alors perdu, blessé et, même, dévalorisé.

Les conséquences des châtiments corporels sur le développement de l'enfant ont été abondamment étudiés et tous les chercheurs s'accordent à dire que la violence est mauvaise aussi bien pour les parents que pour les enfants. Les coups n'enseignent pas aux enfants ce qu'il faut faire et ne leur apprennent que d'une façon temporaire ce qu'il ne faut pas faire.

J'avoue qu'il m'est arrivé, rarement, de lever la main sur mes enfants, mais j'ai le plus souvent essayé d'obtenir ce que je voulais par l'exemple ou par des encouragements pleins de tendresse. Je suis très satisfait du résultat. J'espère, et je crois, que mes petits-enfants subiront eux aussi rarement des châtiments corporels.

Quelques maximes sur le comportement des enfants

Si votre enfant vous énerve au point que vous ayez envie de le battre, retenez-vous et cherchez d'autres moyens plus efficaces. Il y a beaucoup d'autres solutions que la violence, mais le sujet est très vaste. De nombreux livres en traitent. Ici, je me bornerai à vous donner quelques maximes que j'ai élaborées au fil des années.

- Les enfants ne sont pas des adultes, ne leur demandez pas de se comporter comme eux.
- Les enfants apprennent en faisant, vous ne pouvez donc pas

être toujours d'accord avec ce qu'ils font.

- Il est rare qu'un enfant réponde à l'attente de ses parents.
- Les enfants suivront plus volontiers votre exemple que vos conseils.
- L'adolescence est une période où les enfants apprennent à être des adultes en essayant leurs ailes. Ils ont parfois besoin d'être retenus, mais jamais enfermés.
- Il est souvent plus important pour les parents de se contrôler eux-mêmes, que de contrôler la conduite de leurs enfants.
- Les enfants réagissent à la colère; ils répondent à l'amour et à l'affection.
- Vos enfants reporteront probablement sur leurs propres enfants les souffrances que vous leur faites subir.

Un environnement familial calme et aimant, ainsi que la stabilité émotionnelle, sont les éléments majeurs permettant d'assumer les comportements qui inquiètent ou mécontentent couramment les parents. Sucrer son pouce, ronger ses ongles, se curer le nez, faire des mouvements de balancement de la tête, faire pipi au lit ou être somnambule font partie de ces problèmes. Il existe énormément de remèdes de grand-mère - parfois efficaces - pour y faire face, mais pas de « traitement médical ».

La meilleure attitude est de ne pas donner trop d'attention à ces problèmes, mais d'être plutôt attentif aux besoins émotionnels de votre enfant. Veillez à ce qu'il soit sûr de votre amour, quoi qu'il fasse, et qu'il se sente en sécurité. Si vous développez avec lui cette qualité de relation, vous ferez plus que d'éliminer des problèmes. Votre récompense sera un enfant heureux, confiant et émotionnellement stable.

La fièvre : défense du corps contre la maladie

La fièvre de votre enfant vous inquiète-t-elle, au point de vous précipiter sur le téléphone pour appeler le médecin ? Beaucoup de parents agissent ainsi, car les professionnels de la médecine - médecins et infirmières - leur ont fait croire que toutes les fièvres sont dangereuses. Les médecins ont aussi appuyé l'idée erronée selon laquelle l'importance de la fièvre de l'enfant serait un signe de la gravité de sa maladie. C'est pourquoi la fièvre est le symptôme qui amène au pédiatre environ 30% de ses patients.

La première question de votre pédiatre, au téléphone, est presque toujours : "Avez-vous pris sa température ?" Que vous lui répondiez 38 ou 40°, il va probablement vous dire de donner une aspirine à l'enfant et de le lui amener. Tel est le rituel chez presque tous les pédiatres.

Certains d'entre eux vous diraient sans doute la même chose, machinalement, si vous annonciez une température de 45° ! Pour moi, le pédiatre pose une mauvaise question et donne un mauvais conseil. Il se préoccupe de la fièvre comme si elle était dangereuse en elle-même. En prescrivant de l'aspirine, il nous amène à la conclusion logique qu'il est nécessaire et souhaitable de traiter votre enfant avec des médicaments pour faire baisser sa fièvre.

La comédie continue quand vous amenez votre enfant à son cabinet. Dans la plupart des cas, l'infirmière commence par

prendre sa température et par l'inscrire dans son dossier.

Rien de mal à cela. Une température élevée est un élément de diagnostic qui peut être important. Mais, trop souvent, on donne une importance excessive à la fièvre. Quand le médecin arrive et consulte le dossier, il prend un air soucieux et dit gravement : "39° de fièvre ... il faut faire quelque chose !"

C'est ridicule - faux et ridicule - car la fièvre par elle-même ne justifie pas son intervention. En l'absence d'autres symptômes qui pourraient faire soupçonner une grave maladie, comme une diphtérie ou une méningite (agitation, comportement anormal, difficultés respiratoires ou autres), votre médecin devrait vous dire de ne pas vous inquiéter et vous renvoyer chez vous.

Si vous vous souvenez de certains principes de base sur la fièvre, vous vous éviterez beaucoup d'angoisse et votre enfant évitera des examens, des radiographies et des médicaments inutiles et potentiellement dangereux. Ce sont des vérités que chaque médecin devrait connaître, mais que beaucoup d'entre eux paraissent ignorer.

Principe numéro 1 : *37° n'est pas une température "normale" pour tout le monde.*

On nous l'a répété toute notre vie, mais ce n'est simplement pas vrai. Cette température standard n'est qu'une moyenne statistique dont chacun peut s'écarter, particulièrement les enfants. Des études sérieuses sur des enfants en bonne santé montrent des températures "normales" de 35,5 à 39°.

La température de votre enfant change aussi selon le moment de la journée. Elle sera probablement plus élevée d'un degré en fin d'après-midi qu'au petit matin.

Principe numéro 2 : *La température de votre enfant peut s'élever pour des raisons qui n'ont rien à voir avec la maladie.*

La température peut monter pendant la digestion d'un repas lourd, ou alors de l'ovulation chez les adolescentes pubères. Elle est parfois un effet secondaire de médicaments (antihistaminiques ou autres).

Principe numéro 3 : *Les fièvres dont vous devez vous préoccuper proviennent en général d'une cause facile à déterminer.*

La plupart des fièvres graves sont le résultat d'un empoisonnement, d'une exposition à une substance toxique dans l'environnement ou à des facteurs susceptibles de provoquer "un coup de chaleur". Vous avez probablement vu vous-même, où à la télévision, le soldat qui s'écroule sur le champ de parade ou le coureur de marathon qui tombe, parce qu'ils se sont épuisés sous un soleil torride. Des températures de 42° ou d'avantage, peuvent dans ces cas causer des dommages durables dans l'organisme ; le risque est le même d'ailleurs si l'on reste trop longtemps dans un sauna.

Si vous pensez que votre enfant a avalé un poison, appelez immédiatement le centre antipoison. Si vous ne pouvez pas l'atteindre, n'attendez pas et conduisez d'urgence votre enfant à l'hôpital en prenant si possible l'emballage du produit avec vous, ce qui aidera à déterminer l'antidote approprié. La plupart du temps, la substance avalée sera peu toxique mais, dans le cas contraire, vous vous félicitez d'avoir cherché de l'aide rapidement.

Un traitement immédiat est également indispensable si votre enfant perd conscience - même un bref instant - après une exposition au soleil torride ou après un sauna. N'appellez pas le médecin, mais conduisez d'urgence l'enfant à l'hôpital. Une

chaleur extérieure très élevée peut perturber les mécanismes de régulation de la température de l'organisme et causer des fièvres dangereuses, heureusement très rares.

Principe numéro 4 : *La température dépend de la manière dont elle est prise.*

Les températures rectales des grands enfants sont d'habitude d'un demi-degré plus hautes que les températures prises dans la bouche et les températures prises sous l'aisselle d'un demi-degré plus bas. Chez les bébés il y a moins de variations. Par conséquent une prise sous l'aisselle est tout à fait suffisante pour déterminer la température d'un nouveau-né. Le thermomètre rectal est inutile. Évitez-le donc et vous éviterez le danger d'une perforation rectale, accident rare dû parfois au thermomètre. Je mentionne ce risque parce que les perforations rectales sont fatales dans un cas sur deux, s'il est inutile de prendre la température de cette manière, pourquoi exposer votre enfant à un danger ?

Enfin, ne pensez pas pouvoir apprécier la température de votre enfant en plaçant votre main sur sa poitrine ou sur son front. On a démontré que ni les professionnels qualifié, ni les parents ne peuvent le faire sans se tromper.

Principe numéro 5 : *quand je conseille de ne pas traiter la fièvre en soi, je fais une exception pour les nouveau-nés.*

Les nouveau-nés peuvent souffrir d'infections dues aux interventions obstétricales, à des conditions prénatales ou héréditaires, ou à des événements suivant de près la naissance. Ils peuvent souffrir d'abcès du cuir chevelu après un monitoring foetal interne ou d'une pneumonie par aspiration du liquide amniotique, due souvent aux médicaments que la mère a reçu pendant le travail. Ils peuvent également souffrir

d'infections à la suite d'une circoncision ou s'infecter à partir des millions de germes qui grouillent à l'hôpital (c'est une des raisons pour lesquelles tous mes petits-enfants sont nés à la maison !). La prudence exige que vous ameniez chez le médecin votre nouveau-né s'il présente de la fièvre dans les premiers mois de sa vie.

Principe numéro 6 : si votre bébé a de la fièvre, assurez-vous qu'il ne soit pas trop habillé.

Les parents ont souvent peur que leur enfant - surtout le premier - n'ait pas assez chaud.

Ils l'emballent dans plusieurs couches de vêtements et de couvertures, oubliant que les bébés sont incapables de se déshabiller et de rejeter les couvertures s'ils ont trop chaud. On peut ainsi provoquer une fièvre. Si votre bébé a déjà de la température et que vous réagissiez en l'enveloppant dans des duvets, vous allez simplement forcer sa température à monter encore.

Une règle toute simple que je suggère à mes patients est d'habiller leur bébé d'autant de vêtements qu'ils en porteraient eux-mêmes pour se sentir à l'aise.

Principe numéro 7 : *la plupart des fièvres sont causées par des infections virales et bactériennes contre lesquelles l'organisme est capable de se défendre lui-même sans aucune aide médicale.*

Le rhume et la grippe sont les plus fréquentes causes de fièvre chez les enfants de tous âges, fièvre qui peut dépasser 40° sans que ce soit nécessairement alarmant. Le seul risque est la déshydratation excessive, d'une respiration rapide, de la toux, du rhume, des vomissements ou des diarrhées. On évite la

déshydratation en donnant au malade une grande quantité de liquides, par exemple vingt centilitres par heure, de préférence des liquides de bonne valeur nutritive, peu importe lesquels. Donnez donc à votre enfant ce qu'il préfère : jus de fruits, tisanes ou autres boissons.

Dans la plupart des cas, vous comprendrez - par les symptômes d'accompagnement typique : toux, rhume, conjonctivite - que la fièvre est causée par une infection virale ou bactérienne. Il n'est absolument pas utile d'appeler le médecin, ni de donner quelques médicaments que ce soit s'il n'y a aucun autre symptôme. Aucun médicament n'agira mieux sur une infection de ce type que les défenses naturelles de l'organisme. Les médicaments symptomatiques (destinés à améliorer les symptômes) peuvent empêcher l'organisme de se guérir lui-même. Les antibiotiques peuvent raccourcir la durée d'une infection bactérienne, mais les risques sont plus grands que le bénéfice escompté.

Principe numéro 8 : *il n'y a aucune relation entre l'élévation de la température de l'enfant et la gravité de la maladie.*

Selon certaines études, plus de la moitié des parents considèrent qu'une fièvre est "élevée" entre 38 et 39° et presque tous pensent qu'elle est "très élevée" autour de 39,5°. Ces parents sont également convaincus que la gravité de la maladie est proportionnelle à l'élévation de la température, ce qui est totalement faux. La température ne donne aucune indication sur la gravité de la maladie si la fièvre est due à une infection virale ou bactérienne. Si la fièvre de votre enfant est due à une infection, il est absolument inutile de tourner autour de lui en prenant sa température toutes les heures.

Des maladies fréquentes et bénignes, telle la rougeole, produisent chez certains enfants des températures très élevées,

tandis que des maladies bien plus graves peuvent ne produire aucune fièvre. Si la fièvre – même 40° – n'est accompagnée d'aucun symptôme inquiétant, comme des vomissements ou des difficultés respiratoires, ne vous faites pas de soucis.

L'aspect général et le comportement de votre enfant vous diront si la fièvre est due à une infection banale, comme un rhume, ou à une maladie grave, comme une méningite. En ce domaine, votre jugement est meilleur que celui de votre médecin, car vous connaissez mieux votre enfant. S'il est agité, confus ou présente n'importe quel comportement anormal pendant plus d'une journée, appelez votre médecin. Si, au contraire, il est actif, joue et se comporte normalement, vous n'avez rien à craindre.

De temps en temps, je vois dans un journal de pédiatrie un article sur "la phobie de la fièvre", terme utilisé par les médecins pour décrire la peur "irraisonnée" que certains parents ont de la fièvre. Cette manière de "culpabiliser la victime" est typique de ma profession. Les médecins ne commettent aucune erreur ; c'est toujours la faute des patients. Pour moi, la "phobie de la fièvre" est d'abord une maladie des pédiatres ; les parents en sont victimes et les médecins responsables.

Principe numéro 9 : sans traitement, les températures dues à des infections virales et bactériennes cessent spontanément de s'élever et ne dépassent pas 41°.

Les médecins vous rendent un très mauvais service – à vous et à votre enfant – en prescrivant des médicaments pour faire baisser la fièvre. Ils vous confirment dans la peur d'une augmentation de température et oublient de vous dire que la lutte contre cette température n'a aucune influence sur la guérison de la maladie et qu'une température due à une infection ne dépasse jamais 41°.

Ce n'est que dans les cas de coup de chaleur, d'empoisonnement ou d'autres causes externes que le mécanisme de régulation de la température de l'organisme est perturbé et c'est dans ces cas seulement que la température peut dépasser 41°. Les médecins le savent, mais la plupart d'entre eux se conduisent comme s'ils l'ignoraient. Je pense qu'ils essayent de vous faire croire qu'ils ont fait quelque chose pour aider votre enfant. Ils trahissent en plus leur tendance à intervenir en toute occasion sans reconnaître qu'il existe des maladies pour lesquelles ils n'ont pas de traitement efficace. Sauf lorsqu'il s'agit de maladies en phase terminale, est-il fréquent d'entendre les médecins dire aux patients : "Je ne peux rien faire" ?

Principe numéro 10 : *il n'est pas seulement inutile de faire baisser la température avec des médicaments ou des bains : c'est également entraver la guérison.*

Lorsque votre enfant a une maladie infectieuse, la fièvre qui l'accompagne n'est pas un problème, mais au contraire, une bénédiction. Le corps produit spontanément des pyrogènes qui augmentent sa température : c'est un mécanisme naturel de défense contre la maladie. La présence de la fièvre vous assure que les mécanismes de défenses du corps fonctionnent bien.

Voici le processus : lorsqu'une infection se développe, l'organisme y répond en fabriquant des globules blancs (leucocytes) qui détruisent les bactéries et les virus et font disparaître du corps les tissus et les matériaux indésirables. L'activité de ces globules augmente aussi et ils se précipitent vers le siège de l'infection. Ce phénomène est stimulé par les pyrogènes, d'où la fièvre, qui participe donc au processus de guérison, dont il faut se réjouir au lieu de s'inquiéter.

D'autres phénomènes se produisent également : le fer (que beaucoup de bactéries utilisent pour leur croissance) diminue

dans le sang pour se stocker dans le foie, ce qui réduit la rapidité de multiplication des bactéries ; l'interféron, substance produite naturellement par le corps en réponse aux maladies, devient également plus efficace.

On a produit chez l'animal de laboratoire des fièvres artificielles pour étudier ces mécanismes ; les animaux infectés meurent dans de moins grandes proportions si leur température est élevée que si on la baisse artificiellement. On a même utilisé depuis de nombreuses années chez l'être humain des températures produites artificiellement pour traiter des maladies qui, d'elles-mêmes, ne sont pas accompagnées de fièvre.

Si, à la suite d'une maladie infectieuse, votre enfant a la fièvre, résistez à la tentation de la faire baisser. Si votre cœur de parent vous pousse à agir pour le confort de votre enfant, épongez-le avec de l'eau tiède ou donnez-lui de l'acétaminophène (paracétamol) au dosage conseillé pour son âge. Ne faites rien de plus, sauf si la fièvre persiste plus de trois jours, si d'autres symptômes apparaissent ou si votre enfant a réellement l'air malade. Dans ces cas, voyez un médecin.

J'insiste sur le fait qu'en abaissant la température pour le confort de votre enfant, vous empêchez le processus naturel de guérison. Je sais, cependant, que certains parents ne pourront s'abstenir de le faire. Il est alors préférable d'utiliser des bains ou des enveloppements au lieu de médicaments, à cause des risques de ces derniers. Bien qu'ils soient très fréquemment utilisés, les fébrifuges ne sont pas sans danger. L'aspirine cause probablement plus d'empoisonnements d'enfants chaque année que toute autre substance toxique. La mort-aux-rats est fabriquée à base d'une forme d'acide salicylique ... provoquant une hémorragie interne chez les rats ...

L'aspirine peut provoquer une grande variété d'effets secondaires chez les enfants et les adultes, dont l'hémorragie

intestinale est un des plus graves. Son usage a été associé au syndrome de Reye, lorsqu'elle est administrée à des enfants souffrant de grippe ou de varicelle. Le syndrome de Reye est une maladie souvent fatale qui touche le cerveau et le foie des enfants, et c'est l'une des raisons pour lesquelles beaucoup de médecins préfèrent maintenant prescrire de l'acétaminophène. Le problème n'est pas réellement résolu de cette manière, car un surdosage de ce produit entraîne des effets toxiques sur le foie et les reins.

Il faut noter ici également que des bébés nés de femmes ayant pris de l'aspirine pendant l'accouchement présentent parfois un céphalématome (bosse pleine de sang sur la tête).

Si vous ne pouvez pas vous abstenir d'éponger votre enfant pour faire baisser sa température, utilisez de l'eau tiède et non de l'eau froide, ni de l'alcool. La baisse de la fièvre est causée par l'évaporation, pas la température de l'eau. Il n'y a donc aucun avantage à utiliser de l'eau froide, désagréable pour votre enfant. N'utilisez pas d'alcool, qui n'est pas plus efficace que l'eau tiède et dont les émanations peuvent être toxiques pour un petit enfant.

Principe numéro 11 : *Les fièvres dues aux infections virales et bactériennes ne peuvent pas causer de dommages permanents au cerveau ni à l'organisme de votre enfant.*

Oubliez tout ce qu'on vous a raconté sur la fièvre. Je vous assure que le rhume, la grippe ou toute autre infection ne peuvent pas produire chez votre enfant de fièvre supérieure à 41° et qu'en dessous de ce chiffre, aucune fièvre ne cause de dommage durables.

N'ayez crainte, les défenses naturelles de votre enfant veilleront à limiter sa température. Je doute que beaucoup de pédiatres aient vu, dans toute leur carrière, plus d'un ou deux

cas de fièvre à plus de 41°. Ces fièvres n'étaient pas dues à des infections, mais bien à des empoisonnements ou à des coups de chaleur. J'ai traité des dizaines de milliers d'enfants et je n'ai observé qu'un cas de fièvre dépassant 41°. Rien d'étonnant à cela, car on estime que 95 des fièvres des enfants n'atteignent même pas 40,5°.

Principe numéro 12 : *ce n'est pas la température élevée qui cause les convulsions, mais l'élévation rapide de la température.*

Beaucoup de parents ont peur des fièvres parce qu'ils ont été témoins de convulsions et craignent pour leur enfant si sa température monte "trop haut". Je sympathise entièrement, car je sais que le spectacle d'un enfant pris de convulsions est très effrayant. Vous me croirez peut-être difficilement si je dis que c'est rarement grave. C'est aussi assez peu fréquent : on estime que 4% des enfants très fébriles présentent des convulsions et il n'existe aucune preuve que ceux qui convulsent aient ensuite des séquelles importantes. Une étude portant sur 1706 enfants ayant présenté des convulsions fébriles n'a recensé aucune mort, ni aucun problème de motricité, il n'existe pas non plus de preuves que les convulsions fébriles de l'enfance augmentent les risques d'épilepsie.

On peut ajouter que, par la suite, tout traitement administré en vue de prévenir des convulsions fébriles est presque toujours donné trop tard. Médicaments et bains sont inutiles, car au moment où vous vous apercevez que votre enfant a de la fièvre, il est fort probable que le danger de convulsion soit passé. Il n'est pas proportionnel à l'élévation de la température, mais à la rapidité avec laquelle elle monte.

Le risque des convulsions fébriles disparaît après l'âge de cinq ans. Les enfants qui en présentent avant cet âge récidivent

rarement plus tard.

Beaucoup de médecins leur prescrivent un traitement à long terme de phénobarbital ou d'un autre anticonvulsivant. Si votre médecin suggère ce type de traitement pour votre enfant, je vous conseille de lui poser des questions sur les risques à long terme des anticonvulsivants. Demandez-lui aussi quel changement de comportement votre enfant peut présenter sous ce traitement. Les médecins ne sont pas d'accord sur le traitement à long terme des convulsions fébriles. Les médicaments utilisés peuvent être toxiques pour le foie et des études chez l'animal indiquent qu'ils peuvent avoir un effet néfaste sur le développement du cerveau. Une autorité dans ce domaine affirme : "Il est probablement préférable pour certains patients de vivre une vie normale entrecoupée de quelques convulsions que de vivre sans convulsions dans un état perpétuel de somnolence et de confusion dû aux médicaments."

On m'a appris à prescrire du phénobarbital aux enfants ayant présenté des convulsions fébriles, dans le but d'éviter les récurrences, et c'est encore ce qu'on enseigne actuellement. J'ai commencé à douter de cette pratique en voyant certains patients présenter des convulsions même sous traitement. Dans ces conditions, il m'était impossible de savoir si les enfants sous phénobarbital, et qui ne faisaient plus de convulsions, étaient vraiment protégés par le médicament. Mes doutes ont grandi lorsque des mères m'affirmèrent que le phénobarbital agitait leurs enfants au lieu de les tranquilliser ou, au contraire, les assommait tellement qu'ils ne pouvaient plus vivre normalement. Les convulsions sont tellement rares et bénignes que je n'ai plus jamais utilisé ce traitement.

Si votre pédiatre prescrit un traitement à long terme avec des anticonvulsivants, allez-vous l'accepter ou le refuser ? Il est peut-être difficile de mettre en question les traitements prescrits par votre pédiatre et lorsque vous le faites, vous êtes

souvent très mal reçu. Dans ce cas, il est inutile d'essayer de discuter. Prenez l'ordonnance et cherchez un autre avis médical avant de prendre votre décision.

Si votre fils ou votre fille a des convulsions fébriles, essayez de ne pas paniquer. Ce conseil est beaucoup plus facile à donner qu'à suivre, car la vue de votre enfant en train de faire des convulsions est extrêmement pénible. Calmez-vous en vous rappelant que ces convulsions ne menacent jamais sa vie et ne laissent pas de séquelles, et prenez des mesures simples pour le protéger.

Placez-le sur le côté afin qu'il ne s'étouffe pas avec sa salive ; empêchez-le de se taper la tête contre des objets durs ou pointus ; veillez à ce qu'il ne soit pas gêné pour respirer et placez un objet souple, mais solide, entre ses dents pour l'empêcher de se mordre la langue (un gant de cuir plié en deux ou un portefeuille ... pas votre doigt) ; enfin, pour vous rassurer, appelez votre médecin et dites-lui ce qui s'est passé.

La plupart des convulsions ne durent pas plus de quelques minutes. Si elles se prolongent, demandez un avis médical. L'enfant dormira probablement après, mais, s'il ne dort pas, ne lui donnez rien à boire, ni à manger pendant une heure environ, car, dans sa somnolence, il peut aspirer la nourriture dans les voies respiratoires et s'étouffer.

Maux de tête : souvent d'origine émotionnelle, mais la douleur est réelle

Presque tous les problèmes du corps (d'origine organique, psychologique ou émotionnelle) peuvent provoquer des maux de tête. La cause la plus fréquente chez les enfants est l'infection virale ou bactérienne, mais les allergies, les troubles métaboliques ou les traumatismes peuvent également en être responsables, ainsi que les tensions psychologiques ou émotionnelles.

Les maux de tête nécessitent rarement un traitement médical. Lorsque c'est le cas, on traite la maladie ou l'accident à l'origine du mal de tête et non la douleur elle-même. La seule chose importante est d'identifier la cause. Dans la plupart des cas, vous en êtes au moins aussi capable que votre médecin.

Les médecins utilisent des techniques de statistiques lorsqu'ils recherchent la cause d'un mal de tête. En questionnant l'enfant et ses parents, ils recherchent si d'autres symptômes sont présents et des événements d'ordre émotionnel peuvent être en cause. Au cas où ni l'interrogatoire, ni l'examen clinique ne permettent aux médecins de poser un diagnostic, ils pratiquent toute une batterie d'examens dans le but de déterminer ou d'exclure un certain nombre de causes. Ils procèdent par élimination en se fondant sur la fréquence statistique des causes de maux de tête. Si aucun diagnostic ne ressort de ces examens, le médecin considère probablement ce mal comme le résultat d'une quelconque tension émotionnelle ou psychologique et prescrira un antidouleur comme

l'acétaminophène ou l'aspirine. Il recommandera également aux parents de bien observer l'enfant afin de détecter tout nouveau symptôme éventuel.

Selon mon expérience, 85 à 90 % des maux de tête de l'enfance trouvent leur explication dans l'histoire de l'enfant. Vous n'avez pas besoin de consulter un médecin pour savoir si votre enfant a un rhume ou une grippe, ou s'il a été contrarié juste avant d'avoir mal à la tête ! La plupart du temps, vous êtes mieux placé que lui pour comprendre ce qui s'est passé, vous pouvez observer votre enfant pendant 24 heures sur 24, attentif aux circonstances susceptibles d'être à l'origine d'un traumatisme psychologique ou émotionnel. Vous connaissez le comportement normal de votre enfant et vous pouvez vous rendre compte de ce qui le perturbe. Le médecin, en revanche, n'a que des informations fragmentaires rassemblées pendant une courte consultation.

Si votre enfant a mal à la tête, ne vous précipitez pas chez le médecin. Observez-le attentivement et interroger-le pour trouver vous-même la cause du mal. Si votre enfant est très jeune, assurez-vous également que sa plainte concerne bien un mal de tête ; vous seriez surpris du grand nombre d'enfants qui m'ont été amenés pour une migraine alors qu'ils avaient simplement mal à cause d'un coup reçu d'un camarade de jeu !

Comment découvrir la cause d'un mal de tête ?

Pour commencer votre recherche, passez d'abord en revue les causes les plus fréquentes des maux de tête de l'enfance en répondant à ces questions :

1. Votre enfant présente-t-il les symptômes du rhume ou de la grippe tels qu'ils sont décrits au chapitre 10 ? Si c'est le cas, rassurez-vous : le mal de tête n'est qu'un symptôme supplémentaire de ces maladies et ne nécessite aucun

traitement médical.

2. L'enfant est-il tombé ou a-t-il reçu un coup sur la tête avant de se plaindre de mal de tête ? A-t-il perdu conscience ? Si c'est le cas ou si votre enfant présente d'autres symptômes alarmants comme des troubles de l'orientation ou des vertiges, appelez votre médecin ou, mieux encore, amenez votre enfant au service d'urgence d'un hôpital. Si l'accident n'a pas eu lieu devant vous et que vous ne savez pas s'il y a eu perte de conscience, il est prudent de consulter un médecin.
3. Votre enfant a-t-il absorbé récemment des aliments inhabituels auxquels il pourrait être allergique ? Venez-vous de déménager dans un lieu où poussent des végétaux auxquels votre enfant n'avait pas été exposé auparavant ?
4. Quand avez-vous remarqué les maux de tête pour la première fois ? La première crise a-t-elle suivi un événement désagréable, effrayant ou susceptible de déséquilibrer votre enfant sur le plan émotionnel ?
5. Les maux de tête reviennent-ils chaque jour à la même heure ? Cette observation peut-elle être liée à la crainte de certaines activités spécifiques (école, leçon de piano, ...) ?
6. Dans l'entourage de votre enfant, se trouve-t-il une personne qui utilise habituellement les maux de tête pour recevoir de l'attention ou pour échapper à des responsabilités ?
7. Quelle tâche désagréable ou ennuyeuse, quels événements ou activités pénibles l'enfant a-t-il évité grâce à de précédents maux de tête ?
8. Quelles récompenses a-t-il obtenu de précédents maux de tête ? N'oubliez pas qu'il peut s'agir pour lui d'attirer davantage d'attention ou de sympathie.

Dans le même ordre d'idée, des causes spécifiques de maux de

tête peuvent être découvertes en répondant aux questions suivantes :

– L'enfant a-t-il récemment vécu des événements perturbant dans sa famille ou son entourage (par exemple le décès d'une personne aimée, une dispute entre ses parents, avec évocation d'un divorce ou d'une séparation) ?

– Une situation désagréable ou effrayante peut-elle expliquer le mal de tête (par exemple la crainte de l'affrontement physique avec un camarade d »'école ; la crainte d'être grondé à l'école pour n'avoir pas fait ses devoirs ; une angoisse avant un examen) ?

– Le mal de tête peut-il être la conséquence de changements récents des habitudes de vie (par exemple la séparation d'avec des amis ou des membres de la famille ; un déménagement avec la nécessité de se faire de nouveaux amis ; une maladie contractée pendant des vacances ; la mise en route du chauffage pour l'hiver) ?

– La cause du mal de tête peut-elle être le désir d'échapper à des responsabilités ? L'enfant a-t-il « emprunté » ce symptôme à quelqu'un de son entourage qui utilise habituellement les maux de tête pour éviter des responsabilités (par exemple, si votre enfant doit faire la vaisselle tout seul parce que tante Isabelle se plaint de mal de tête toujours à ce moment crucial ; l'enfant comprend très vite) ?

– Quels sont les événements immédiatement associés au début et à la fin des maux de tête (on peut, par exemple, suspecter des problèmes à l'école avec des camarades ou des maîtres), si l'enfant se plaint de mal de tête au petit déjeuner et que l'enfant se plaint de mal de tête au petit déjeuner et que ce mal disparaît rapidement si vous acceptez qu'il manque l'école ce jour-là ?

Même les maux de tête d'origine émotionnelle sont réels

Ne l'oubliez jamais, le mal de tête de votre enfant est réel, qu'il soit d'origine émotionnelle ou organique. Quand un adulte dit à un importun : « Tu me donnes mal à la tête », c'est souvent bien réel. Le comportement des autres, les soucis, les peurs, les colères – en un mot, toutes les émotions – peuvent parfois vous donner un honnête mal de tête qui fait vraiment mal. Ce qui est vrai pour vous peut l'être pour votre enfant.

Si vous identifiez une cause de ce genre, aucun traitement médical n'est utile. C'est votre rôle de parent de donner à votre enfant aide, amour, affection, compréhension et soutien moral et de lui montrer que vous avez son bien-être vraiment à cœur. Un médicament ne remplace pas le soutien émotionnel dont votre enfant a besoin.

Dans la plupart des cas, l'observation de l'enfant et l'étude des événements récents permettent de trouver la cause du mal. Autrement, continuez à observer l'enfant de près pour voir s'il développe d'autres symptômes comme de la fièvre, des vomissements, une toux, une éruption cutanée, des troubles de la vue, une perte de poids, une fatigue chronique ou tout autre signe anormal.

La localisation du mal de tête peut aussi aider à en déterminer la cause. Si la douleur est frontale, pensez à une sinusite (accompagnée d'un gros rhume avec des sécrétions jaunes ou verdâtres). Cette affection guérit habituellement d'elle-même ; utilisez de faibles doses d'acétaminophène si la douleur est insupportable. Humidifiez l'air au maximum afin de permettre le drainage des sinus et donnez beaucoup à boire pour éviter la déshydratation. Si ces mesures sont inefficaces et que le mal de tête est insupportable, vous serez peut-être obligé d'amener votre enfant chez un médecin pour obtenir une ordonnance comportant un anti-douleur plus efficace, comme la codéine. Je n'aime pas prescrire ce médicament, ni aucun autre

narcotique, parce qu'il peut mener à l'accoutumance et provoquer beaucoup d'effets secondaires dont certains sont très graves. L'utilisation limitée de codéine en cas de douleur aiguë est cependant acceptable.

Si les sinusites deviennent chroniques, cherchez à les prévenir plutôt qu'à les traiter à chaque fois. La cause peut en être un facteur allergique dans l'alimentation ou l'environnement. Vous pouvez tenter d'identifier vous-même la ou les substances en cause ou vous adresser à un spécialiste compétent.

Les sinus frontaux ne se développent pas avant six ans et ce diagnostic n'est donc pas envisager avant cet âge. Les problèmes de sinus peuvent également être aggravés par des changements de pression atmosphérique, ne voyagez donc pas en avion avec votre enfant s'il présente ce problème.

Maux de tête causés par des tensions

La douleur située derrière la tête a plus de chances de venir d'une tension que d'un problème émotionnel. Si la douleur se situe d'un côté de la tête, on peut penser à une migraine, bien que cette dernière soit rare chez les enfants, surtout avant l'âge de dix ans. Les migraines sont d'habitude familiales ou héréditaires, mais il faut aussi rechercher des causes allergiques. Elles sont souvent associées avec des vomissements et disparaissent après un moment de sommeil. Il n'existe aucun traitement spécifique autre que les médicaments contre la douleur.

Si vos investigations, aussi soigneuses soient-elles, ne révèlent pas la cause des maux de tête et que ceux-ci persistent, il est bon de consulter un médecin, mais vous n'aurez cependant pas perdu votre temps car vous serez à même de lui fournir des informations détaillées qui l'aideront à établir un diagnostic. Bien sûr, il est conseillé également de voir un médecin si

d'autres symptômes se développent, qui ne sont pas ceux du rhume, de la grippe ou d'autres maladies fréquentes.

Lorsque vous êtes chez le médecin, expliquez-lui en détail la conclusion de votre recherche d'une cause possible du mal de tête, car toutes ces informations font partie de l'interrogatoire qu'il devrait mener. S'il ne vous écoute pas et s'impatiente, vous vous êtes peut-être adressé au mauvais médecin ! Il devrait aussi pratiquer un examen physique détaillé, effectué en général de la tête aux pieds, et qui devrait comprendre les éléments suivants :

– *Examen du fond d'œil avec un ophtalmoscope pour voir l'état de la rétine.* En examinant les nerfs et les vaisseaux sanguins du fond de l'œil, le médecin peut découvrir des anomalies susceptibles de le mettre sur la piste de problèmes vasculaires ou d'une pression exagérée à l'intérieur du crâne, peut-être causée par une tumeur cérébrale. Ces tumeurs sont très rares chez les enfants et s'accompagnent habituellement de vomissement et de nausées, surtout le matin. Elles provoquent également des évanouissements, des vertiges, des problèmes visuels et d'autres troubles neurologiques. Les tumeurs cérébrales chez les enfants sont si rares qu'elles sont tout en bas de la liste des causes des maux de tête.

– *Examen des tympans et du conduit auditif externe avec un otoscope qui permet au médecin d'observer des perforations du tympan, une infection ou la présence de corps étrangers.* Les petits enfants peuvent enfiler des crayons, des haricots, des perles et d'autres objets dans leurs oreilles, causes possibles d'une infection et de maux de tête.

– *Prise de la tension [artérielle] à l'aide d'une manchette adaptée à la taille de l'enfant.* Une hypertension peut être causée par des problèmes rénaux, certaines tumeurs ou des ennuis vasculaires.

– *Un examen neurologique approfondi par lequel médecin*

teste les réflexes de votre enfant avec un marteau, ainsi que la sensibilité avec des aiguilles, des pinceaux et un diapason. Le médecin recherche les réflexes tendineux et d'autres réflexes qui, normalement, sont symétriques. Si ce n'est pas le cas, il faut songer à des problèmes neurologiques centraux ou périphériques, des maladies de la moelle épinière, une tumeur cérébrale ou d'autres troubles neurologiques.

– L'auscultation du cœur et du thorax et (tout aussi important) la recherche des pouls sur plusieurs points du corps afin d'identifier des problèmes cardiaques, pulmonaires ou vasculaires.

– Le médecin devrait examiner votre enfant entièrement nu, méthodiquement partie du corps par partie du corps ; cela peut se faire en plusieurs étapes. Il devrait rechercher des anomalies du foie, de la thyroïde et des ganglions lymphatiques.

Cet examen complet n'est pas toujours pratiqué, bien qu'il soit nécessaire. Les pédiatres ont tant de patients sur leur agenda qu'ils ont tendance à tout faire en vitesse, que ce soit l'interrogatoire ou l'examen. En fait, beaucoup de médecins pratiquent les examens physiques de leurs patients sans beaucoup de soin. Je l'ai observé pour la première fois lorsque j'étais interne dans un hôpital de Chicago. Il s'agissait d'examens pour obtenir un titre de spécialiste.

Il n'était pas rare que le candidat ne s'aperçoive même pas que le patient avait une jambe de bois sous ses couvertures ! Lorsque je travaillais aux urgences du même hôpital, j'ai reçu un patient avec un diagnostic d'infarctus du myocarde. En enlevant sa veste, j'ai découvert une plaie due à un coup de poignard !

N'ayez pas peur de poser des questions à votre médecin

Assurez-vous que votre médecin pratique bien un examen physique détaillé et, s'il ne le fait pas, demandez-lui pourquoi. Si votre question l'irrite ou s'il vous répond de manière évasive, envisagez la possibilité de changer de médecin. Si vous avez envie de lui expliquer pourquoi vous lui posez ces questions, dites-lui ce que vous avez lu dans ce livre. Cela le mettra certainement en colère ! Si le médecin ne trouve pas de cause au mal de tête dans l'interrogatoire et l'examen – et peut-être même s'il en trouve une – il vous dira probablement qu'il va faire quelques tests. Ceux-ci devraient comprendre une prise de sang, une analyse d'urine pour rechercher des infections et des désordres métaboliques comme le diabète.

J'approuve ces deux examens si on n'a pas trouvé de cause au mal de tête, car leurs résultats sont habituellement peu fiables (au contraire de beaucoup d'autres examens que les médecins utilisent d'une manière routinière). En revanche, je fais des réserves pour tout examen supplémentaire.

Une radiographie du crâne, un scanner ou un électroencéphalogramme (EEG) apporte rarement des indications utiles, mais beaucoup de médecins aiment les faire ; ils ont l'air de croire qu'ils *doivent* faire tout ce qu'ils *peuvent* faire. Selon moi, les radiographies du crâne et les examens de scanners sont rarement indiqués et devraient en général être évités. Même un traumatisme crânien n'implique pas forcément une radiographie du crâne, sauf si l'accident est accompagné d'une période d'inconscience, de vomissements persistants ou d'autres symptômes comme l'impossibilité de fixer un point avec les yeux ou des pertes de mémoire.

Évitez aussi l'EEG, examen valable en cas de tumeur du cerveau, d'accident vasculaire ou d'épilepsie, mais inutile dans la plupart des autres cas. C'est un mauvais instrument diagnostique, car ses réponses ont presque autant de chances

d'être fausses que justes. Des études ont montré que 20% des patients souffrant de problèmes neurologiques graves présentent des EEG normaux et que 20% des patients sans aucun problèmes neurologiques ont des résultats «anormaux». Dans un de mes précédents livres, j'ai raconté l'histoire d'un chercheur qui avait branché un appareil à EEG sur la tête d'un mannequin rempli de gélatine.

Les résultats : examen tout à fait normal !

A la fin de la consultation, votre médecin risque bien de vous prescrire des médicaments. Il est justifié d'utiliser avec mesure un analgésique *si la cause du mal de tête a été diagnostiquée*. Sinon, il est préférable de l'éviter à cause des risques associés à l'aspirine comme à l'acétaminophène. N'utilisez pas d'antihistaminiques, ni de drogue psychotrope, à moins qu'un diagnostic certain n'ait été posé et que le médecin puisse légitimer leur utilisation. Même s'il n'apprécie pas, vous avez tous les droits de le questionner sur les bénéfices qu'il espère retirer de telle ou telle drogue et de l'interroger sur les risques d'effets secondaires du médicament.

Je pense qu'il ne faut pas utiliser de médicaments pour soulager un mal de tête dont la cause n'a pas été découverte : la douleur est un message de la nature qui signale un dysfonctionnement. L'utilisation d'un analgésique peut calmer la douleur, mais elle ne résout pas le problème sous-jacent. Votre enfant est toujours malade, mais si la douleur a disparu, vous êtes moins incité à continuer la recherche de sa cause. Il est important que vous et votre médecin soyez attentifs à l'apparition d'autres symptômes, tant que le mal de tête n'a pas disparu spontanément ou qu'un diagnostic n'a pas été posé.

« Maman, j'ai mal au ventre ! »

Les douleurs abdominales, la fièvre et le rhume sont les principales causes de visites inutiles aux pédiatres. Le « mal au ventre » est fréquent chez les enfants, mais il n'est généralement pas grave, une cause organique étant rare. Moins de 10% des enfants qu'on m'amène pour des maux de ventre ont besoin d'un examen médical.

Ne vous faites pas de souci pour une douleur abdominale si elle n'est pas accompagnée d'autres symptômes : vomissements, diarrhée, perte d'appétit ou de poids. Un petit travail de détective vous aidera probablement à cerner une cause non médicale expliquant l'inconfort de votre enfant. Ce sera le plus souvent une indigestion pour avoir mangé trop vite ou trop copieusement, le symptôme d'une autre maladie, le résultat de problèmes psychologiques ou émotionnels, une allergie à des aliments, des médicaments ou des additifs alimentaires chimiques.

Les causes psychologiques et émotionnelles ont déjà été décrites à propos des maux de tête. Votre enfant peut, par exemple, se plaindre du ventre le matin quand c'est l'heure d'aller à l'école. Vous hésitez, mais il a l'air de tant souffrir que vous le gardez quand même à la maison. Il est probable qu'il sera soulagé dès que le bus qui devait l'amener à l'école aura passé le coin de la rue !

Si cette scène se répète, vous aurez tendance à vouloir gronder ou punir votre enfant pour un mensonge. N'en faites rien, car sa douleur existait bien, mais elle a simplement et

normalement disparu quand sa cause elle-même a disparu.

Cette réaction est même si fréquente qu'on lui a donné un nom – *la phobie scolaire* – et ce n'est pas en allant chez un médecin que vous pourrez résoudre le problème. Par sa douleur, l'enfant vous envoie un message, engagez avec lui un dialogue amical afin de comprendre le rapport entre l'école et sa douleur. Est-il rudoyé à l'arrêt du bus ou quand il arrive à l'école ?

A-t-il des problèmes de discipline avec ses professeurs ? Est-il honteux ou angoissé parce qu'il ne réussit pas aussi bien que ses camarades ou s'ennuie-t-il parce qu'il comprend tout plus vite qu'eux ? Est-ce qu'on le gronde à l'école parce qu'il n'a pas fait ses devoirs ? A-t-il un maître incompetent qu'il ne supporte pas ou, s'il est très jeune, est-il simplement angoissé d'être séparé de vous et envoyé dans un lieu étranger, peut-être effrayant ? Si vous pouvez identifier et éliminer la cause de ses soucis, vous verrez probablement disparaître également ses maux de ventre.

Comme les maux de tête, les maux de ventre peuvent venir d'une réaction subconsciente de l'enfant qui désire éviter des tâches désagréables ou recevoir de l'attention de parents qui ne satisfont pas entièrement ses besoins d'être aimé. Bien des maux de ventre à répétition disparaîtraient si davantage de parents pensaient à embrasser chaque jour leur enfant.

Les maux de ventre ont souvent pour cause des allergies

Une autre cause fréquente de maux de ventre est l'allergie à des aliments ou des produits chimiques. L'intolérance au lactose (allergie au lait de vache) est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit. Beaucoup d'autres aliments peuvent être en cause.

Pour savoir si votre enfant est allergique à un aliment, établissez un programme d'alimentation précis pour déterminer la relation entre la nourriture qu'il mange et ses maux de ventre. Il vous faudra du temps et de la bonne volonté, votre enfant protestera peut-être, mais pour mettre en évidence une allergie alimentaire, le jeu en vaut la chandelle. Éliminez, l'un après l'autre, les aliments qu'il mange habituellement et observez si les douleurs disparaissent au bout de quelques jours. Lorsque vous avez identifié un aliment suspect, redonnez-le à l'enfant pour voir si la douleur réapparaît. Si c'est le cas, vous avez trouvé.

Si votre enfant est allergique à plusieurs aliments, votre tâche sera plus difficile, car l'élimination d'un des coupables ne fera pas disparaître la douleur tant que les autres seront présents. Dans ce cas, utilisez la technique dans l'autre sens en éliminant tous les allergènes probables et en les introduisant un par un. Si les douleurs réapparaissent lorsqu'un aliment est réintroduit, vous avez identifié l'un des coupables. Éliminez ce dernier complètement et continuez à réintroduire d'autres aliments un par un jusqu'à ce que vous les ayez identifiés tous.

Si vous utilisez la première technique, vous aurez plus vite des résultats en éliminant d'abord les candidats les plus probables, je veux dire les additifs chimiques. Cela signifie que vous devrez éliminer pratiquement toute alimentation raffinée et tout produit manufacturé et donner à votre enfant des aliments naturels. N'oubliez pas le pain, les pâtisseries et même les pâtes. Achetez des aliments dits « 100% naturels » en lisant soigneusement les étiquettes.

Parmi les aliments naturels, tomates, concombres, oranges, abricots, pruneaux, pêches, prunes, framboises et raisins peuvent être responsables d'allergie et d'autres affectent peut-être votre enfant en particulier.

Si vous faites cette expérience, vous serez surpris de

l'abondance des produits chimiques dans votre régime habituel. Les notices en tout petits caractères sur les emballages de nombreux aliments couperaient l'appétit de beaucoup de consommateurs si leur vue était assez perçante pour les déchiffrer ! Que diriez-vous d'un bol de soupe contenant du carbonate de sodium, du carbonate de potassium, du tripolyphosphate de sodium, de l'alginate de sodium, du phosphate disodique, de l'inosinate disodique et du guanylate disodique ? Si on vous l'offrait sous cette forme, vous seriez certainement peu enthousiaste pour le consommer... et vous auriez raison. Et pourtant, c'est ce que contient une marque populaire de soupe aux nouilles chinoises !

Tous les colorants chimiques, les agents conservateurs, les stabilisants et les renforçateurs de goût [on peut ajouter, aujourd'hui, les arômes, dont les compositions ne sont pas publiées] sont des sources potentielles de réactions allergiques (et je ne parle pas d'autres effets secondaires plus dangereux). Ils sont la cause principale de l'hyperactivité des enfants dont je parlerai. Ils ne sont pas faciles à éliminer mais, si vous pouvez le faire, vous n'aurez pas seulement évité à votre enfant des maux de ventre, vous améliorerez également la santé de toute votre famille en basant son alimentation sur des produits naturels.

Je vous conseille vivement d'user de cette tactique de détective dans le domaine de la nourriture et ce, pour deux raisons. La première : votre médecin ne peut pas et ne désire pas le faire. La seconde : si vous êtes capable d'identifier et d'éliminer le problème de votre enfant, vous lui éviterez des problèmes plus graves et les risques potentiels d'une visite chez le médecin. Si votre enfant a des douleurs abdominales à répétition, mais qu'il grandit normalement, qu'il paraît en bonne santé, qu'il prend du poids et qu'il ne présente pas d'autres symptômes, il n'existe aucun traitement médical pour lui et vous n'avez aucun besoin de voir un médecin. Entourez-le d'affection et

recherchez les causes allergiques ou émotionnelles de ses maux.

N'utilisez pas de médicaments pour « soigner » les maux d'estomac

Je ne recommande aucun médicament pour les « maux d'estomac » des enfants.

Certains parents utilisent le bicarbonate de soude ou une préparation antiacide en vente libre en pharmacie. Je le leur déconseille pour deux raisons. D'abord, lorsque votre enfant se plaint de « maux d'estomac », sa douleur peut venir de n'importe où (intestin, rein ou autre organe).

Le médicament anti-acide n'agit que si les douleurs sont d'origine gastrique. Ensuite, si les douleurs sont réellement produites par un excès d'acide dans l'estomac, chose rare chez l'enfant, le bicarbonate de soude peut les soulager de façon temporaire. Cette substance neutralise tout l'acide de l'estomac, mais son absorption va conduire par réaction, après quelques heures, à une augmentation de la sécrétion d'acide. Les seuls traitements que vous puissiez offrir est une dose généreuse d'amour, de consolation et de sympathie, ou une activité distrayante. Si le symptôme est d'origine émotionnelle, la douleur disparaîtra.

Je ne prétends pas que les douleurs abdominales ne sont jamais graves, elles sont l'un des symptômes de plus de 50 maladies, dont certaines sont sérieuses et même mortelles. Mais lorsque les maux de ventre font partie d'un problème important, ils sont accompagnés d'autres symptômes. Si vous montrez votre enfant à un médecin, celui-ci va probablement ignorer les causes alimentaires et émotionnelles et mettre en route un processus d'investigations basé sur ces seuls maux de ventre. Compte tenu du nombre de maladies envisageables, le

médecin dispose d'une batterie d'examens presque infinie qu'il risque d'infliger à votre enfant. Parmi ces examens, beaucoup ne sont pas toujours fiables et peuvent conduire à un faux diagnostic. Beaucoup sont douloureux et inutilement traumatisants pour votre enfant (pour vous aussi, en conséquence). Ils sont pratiquement tous dangereux, certains présentant même un danger mortel, alors qu'aucun d'entre eux n'est réellement nécessaire si le seul symptôme est le mal au ventre.

Le médecin voudra peut-être aussi hospitaliser votre enfant pour pratiquer ces examens, qui exigent souvent une préparation (lavements intestinaux, par exemple), plus facile à l'hôpital. C'est un lourd tribut à payer (pas seulement du point de vue financier) pour une recherche qui a peu de chances d'être fructueuse. Aux risques des examens et des radiographies s'ajoute le traumatisme émotionnel que vivent la plupart des enfants hospitalisés. De plus, votre enfant en bonne santé court un réel danger de contracter une maladie pendant son séjour à l'hôpital [maladie nosocomiale].

Si votre enfant présente d'autres symptômes que les maux de ventre (vomissements, diarrhée, sang dans les selles), alors montrez-le à un médecin, car il peut s'agir d'un problème grave, dont le plus fréquent est l'appendicite.

Diagnostiquer une appendicite

L'appendicite se présente le plus fréquemment entre 15 et 30 ans chez les individus du sexe masculin, mais elle peut survenir à tout âge, même chez des nouveaux-nés de quelques semaines. L'appendicite peut être dangereuse chez les très jeunes enfants, car elle est alors difficile à diagnostiquer et l'appendice se perforé dans la majorité des cas avant que le diagnostic ne soit établi.

L'appendicite est presque toujours accompagnée de vomissements et de fièvre, mais le vomissement n'est pas toujours persistant et la fièvre peut être discrète. Au début, c'est tout l'abdomen qui fait mal puis, dans les heures suivantes, la douleur se localise dans le cadran inférieur droit où la pression est extrêmement douloureuse. Si l'appendice se perfore, la douleur se généralise à nouveau dans tout l'abdomen. La crise est presque toujours précédée d'une perte d'appétit. Le médecin à qui vous montrez votre enfant devrait toujours faire un interrogatoire soigné en portant particulièrement son attention sur les événements qui ont précédé le début des douleurs. Il devrait pratiquer un examen physique complet comprenant certains exercices qui l'aident à localiser la douleur : il devrait notamment demander à votre enfant de lever les jambes lorsqu'il est en position couchée sur le dos, ce qui mobilise les muscles abdominaux, et l'observer quand il marche pour voir si la douleur se situe à droite ou à gauche. Il devrait pratiquer une formule sanguine pour voir le nombre de globules blancs (signe d'infection), ainsi qu'une analyse d'urine pour dépister une infection urinaire.

Si le pédiatre soupçonne une appendicite, il adressera probablement votre enfant à un chirurgien. Si celui-ci conseille l'opération, insistez pour que votre pédiatre donne également son avis et partage la responsabilité de la décision. Le métier des chirurgiens est d'opérer et, s'ils suspectent une appendicite, ils saisissent d'habitude l'occasion d'exercer leur talent.

C'est ainsi que des milliers d'appendices parfaitement normaux sont enlevés chaque année, ce qui cause bien des douleurs et bien des dépenses. De plus, il existe des preuves de l'utilité de l'appendice. Il n'est donc pas sage de permettre l'opération si elle n'est pas absolument indispensable. Assurez-vous que votre pédiatre et le chirurgien posent le même diagnostic et qu'un risque réel de perforation existe, avant de

laisser votre enfant courir le risque de la chirurgie.

Si l'opération est indispensable, insistez pour que votre pédiatre soit présent en salle d'opération. Cela vous donne l'assurance que tout se passera bien et vous fournit un témoin dans le cas contraire. Bien que ce fait soit mal connu, on sait que de nombreuses recherches ont lieu dans les salles d'opération des hôpitaux universitaires ; parfois les patients et la famille ne sont pas au courant et n'ont pas donné leur accord. Il est prudent d'insister sur la présence de votre pédiatre pendant l'opération, afin de vous assurer que votre enfant ne fera pas partie d'un lot de sujets d'expérience.

Les douleurs abdominales à répétition peuvent être terriblement éprouvantes, comme toute affection chronique qui affaiblit votre enfant, car le malaise de votre enfant finit par devenir le vôtre. Heureusement, ni vous ni lui n'êtes obligés de vous en accommoder. Avec les indications données ici, vous devriez réussir à découvrir la cause des douleurs.

Toux, éternuements et nez qui coulent

Chaque année, les Américains dépensent en médicaments contre la toux et les rhumes, achetés sans ordonnance, une somme supérieure aux budgets du Guatemala, du Honduras et du Salvador réunis. Si vous y ajoutez les dépenses en antibiotiques, antihistaminiques et autres médicaments prescrits par les médecins, la somme atteindrait probablement de quoi couvrir le budget du Costa Rica et de l'Équateur.

Les toux, les rhumes et la grippe nous touchent tous, mais les enfants semblent plus vulnérables que les adultes et sont plus volontiers traités pour ces problèmes. Si ces traitements peuvent soulager, ils ne peuvent pas prétendre vraiment guérir. En fait, les remèdes inutiles sont à l'origine d'une plaisanterie que les médecins gardent en général pour eux: « Sans traitement, un rhume dure sept jours, traité, il dure une semaine. »

Le rhume est un phénomène si répandu, touchant presque tout le monde au moins une fois par an, qu'il existe de nombreuses théories sur ses causes et ses traitements. Ces théories se divisent en deux grands groupes: la théorie morale et la théorie virale. La théorie morale, basée sur la plus grande fréquence des rhumes en hiver, prétend qu'ils sont en relation avec le mauvais temps. C'est la théorie favorite des mères et des grands-mères qui prétendent que les enfants attrapent un rhume s'ils ne mettent pas leurs gants, leur écharpe ou leurs gros souliers.

La théorie virale, prisée par les médecins, veut que les rhumes

soient causés par l'un ou l'autre d'une centaine de virus et qu'ils sont plus fréquents en hiver parce que les enfants sont exposés aux autres enfants à l'école dans le confinement des classes. Les tenants de la théorie virale maintiennent que l'enfant aurait attrapé le même rhume s'il avait porté deux écharpes et trois paires de chaussettes de laine dans ses bottes.

Je crois à ces deux théories ou plutôt à leur combinaison. Les rhumes sont bien des infections virales et le virus se transmet bien par voie aérienne par ceux qui toussent ou par contact. Cependant, bien que l'on ne puisse pas prouver que le mauvais temps soit cause de rhume, je m'associe volontiers avec les mères et les grands-mères qui insistent pour que les enfants s'habillent chaudement pour sortir en hiver. Je pense que les mères et les grands-mères en connaissent plus long sur la santé que les scientifiques et les médecins et je n'exclus pas, en mon fort intérieur, que le froid puisse diminuer la résistance aux virus qui sont la cause directe des rhumes. De toute façon, vous n'aviez à perdre à ce que votre enfant soit bien habillé quand il fait froid. Le risque apparaît lorsque votre médecin - qui croit l'origine virale des rhumes - les traite à l'aide d'antibiotiques qui sont inefficaces.

Symptômes du rhume et de la grippe

Les symptômes du rhume, dont l'intensité est variable d'un enfant à l'autre, sont les suivants: malaise, fatigue, nez qui coule, toux et éternuement, yeux battus et, souvent, un peu de fièvre. Dans la grippe, d'origine virale, on retrouve la plupart de ces symptômes avec, en plus, des vomissements, de diarrhée, douleurs dans tout le corps et, souvent, une fièvre élevée.

Si les sécrétions nasales sont claires, grises ou blanches, votre enfant est probablement la victime d'une infection virale,

rhume ou grippe. Si elles sont jaunes ou vertes, il s'agit de pus qui indique une sinusite bactérienne. Les rhumes peuvent se compliquer également d'autres infections bactériennes, comme la bronchite ou une otite moyenne.

Rhumes et gripes n'exigent aucun traitement médical et les médicaments généralement utilisés pour les traiter, comme je l'ai dit, ne font que soulager les symptômes. Traiter ainsi son enfant n'est pas souhaitable car cela contrarie les efforts spontanés de l'organisme pour se guérir de lui-même.

On peut dire la même chose de la pneumonie virale dont ni vous ni votre médecin ne pouvez faire le diagnostic sans une radiographie. Les symptômes sont d'habitude peu importants et il n'y a aucun danger pour votre enfant avec ce type de pneumonie, sauf celui de la radiographie que votre médecin pratiquera si vous lui en donnez l'occasion. La pneumonie bactérienne, par contre, est plus grave. Elle est souvent accompagnée de fièvre dépassant 39° et de problèmes respiratoires avec parfois, cyanose de la peau (couleur bleue). Si votre enfant présente ces symptômes, vous sentirez bien vous-même qu'il s'agit d'une urgence et vous l'amènerez rapidement à un médecin ou au service d'urgence d'un hôpital.

Le faux croup est aussi un problème respiratoire assez fréquent chez les enfants. Son origine est également virale et on le reconnaît au bruit métallique et ronflant qui accompagne la respiration. On observe également une toux rauque et une contraction inhabituelle du thorax lorsque l'enfant respire. Dans ce cas, pour soulager votre enfant, emmenez-le dans la salle de bain pendant 20 minutes en faisant couler l'eau bouillante de la douche afin d'humidifier l'air. S'il n'y a pas d'amélioration, il faut suspecter une pneumonie bactérienne et voir un médecin.

Si l'enfant ne présente pas de difficultés respiratoires importantes, les parents devraient éviter de consulter un

médecin et de donner des médicaments. Les médicaments utilisés communément dans le traitement du rhume et de la grippe, qu'ils soient prescrits ou non par un médecin, font partie d'une demi-douzaine de groupes (décongestionnants, expectorants, antihistaminiques, antitussifs, antidouleurs et antibiotiques). Leurs points communs sont d'être inutiles, d'avoir parfois des effets secondaires indésirables ou dangereux, de contrecarrer souvent les mécanismes naturels de défense de l'organisme et de représenter un gaspillage d'argent. On en donne souvent plusieurs en association, même si l'un ou l'autre concerne des symptômes que votre enfant ne présente pas.

Les décongestionnants, appelés aussi vasoconstricteurs, sont prescrits pour éviter les problèmes respiratoires provoqués par un gonflement des muqueuses du nez. Ces médicaments dégagent les voies respiratoires, ce qui apporte un soulagement temporaire.

Mais c'est bien là le problème, ce soulagement n'est que temporaire. Lorsque le nez se bouche à nouveau, vous voudrez donner à votre enfant une nouvelle dose de médicament. De plus, après une action provisoire du médicament, la congestion s'aggrave. Il est plus approprié, et moins risqué, de traiter la congestion nasale par l'humidification de l'air.

Les antihistaminiques, soit seuls, soit en association, sont utilisés dans le traitement des allergies. L'organisme combat les allergies en produisant de l'histamine naturelle qui donne des yeux larmoyants et un nez qui coule. Les antihistaminiques empêchent la production d'histamine, assèchent les membranes nasales et contrarient les efforts de l'organisme pour se guérir du rhume. En fait, l'enfant enrhumé a besoin de plus d'hydratation et non de moins.

Les expectorants servent à liquéfier le mucus dans les poumons de façon à faciliter l'expectoration. La plupart des

préparations qui existent sur le marché n'ont pas encore fait la preuve de leur efficacité. Il n'est pas très indiqué d'acheter un médicament dont l'efficacité n'a pas encore été prouvée.

Plusieurs préparations contre le rhume contiennent des antitussifs. Mais je pose la question: pourquoi supprimer la toux? Pourquoi voudriez-vous contrarier le mécanisme par lequel l'organisme se débarrasse du mucus qui encombre les bronches?

Les médicaments antidouleur utilisés en cas de rhume ou de grippe sont l'aspirine et l'acétaminophène. On les donne pour diminuer la fièvre (j'en ai parlé plus haut) et contre les douleurs qui accompagnent en général le rhume.

Les dangers de traiter la grippe avec de l'aspirine

Votre pédiatre ne vous l'a probablement pas dit, mais l'aspirine dans le traitement de la grippe est vraiment dangereuse, de même que les drogues antivomitives dont plusieurs sont médicaments utilisés à l'origine pour le traitement des psychoses. On a prouvé qu'ils pouvaient causer le syndrome de Reye, maladie d'enfance souvent fatale dont manifestations sont l'encéphalite et l'hépatite. C'est pourquoi il est déconseillé de donner ces médicaments aux enfants pendant la saison des gripes, encore moins s'ils ont réellement la grippe.

Je m'oppose à l'utilisation de tout médicament dans le cas de grippe et de rhume. Si les symptômes de votre enfant vous semblent intolérables, utilisez des médicaments appropriés pendant un jour ou deux au maximum, et limitez-vous à ceux qui s'attaquent aux symptômes les plus pénibles pour votre enfant. N'utilisez pas les médicaments associés traitent quatre ou cinq symptômes en même temps.

Notez également que de nombreux médicaments contre le

rhume, sous forme liquide et vendus sans ordonnance, un fort pourcentage d'alcool qui, dans certains cas, est le seul ingrédient utile. L'alcool peut aider l'enrhumé à s'endormir... mais, pour cela, il vaut mieux encore donner à l'enfant un fond de verre de whisky qui ne sera pas empoisonné par toutes sortes de substances dont il n'a nul besoin! Si vous amenez chez votre pédiatre un enfant souffrant de grippe ou de rhume, vous risquez bien de avec une ordonnance pour soulager l'un ou l'autre des symptômes et, le plus souvent, un médicament qui s'attaque à plusieurs d'entre eux. La plupart des remèdes les plus utilisés font partie de cette catégorie et nombre d'entre eux doivent encore prouver leur efficacité, sinon la FDA menace de les retirer du marché. Les médecins continuent à les prescrire malgré leur peu de valeur et alors que les patients se porteraient bien mieux sans eux.

Mais il y a pire, malheureusement. Il existe un réel danger que l'enfant reçoive un antibiotique, inutile dans le traitement des infections virales. Depuis l'introduction des antibiotiques, il y a quelques décennies, on a tendance, dans le monde entier, à les considérer comme un remède miracle. Au début, lorsqu'ils étaient utilisés de façon appropriée, ils méritaient vraiment ce titre. Ils ont traité efficacement beaucoup d'infections redoutables comme la syphilis ou la gonorrhée, si bien que d'optimistes futurologues ont évoqué le jour où toutes les maladies infectieuses disparaîtraient de la surface de terre.

Hélas, il s'agissait d'une utopie. Comme d'habitude quand les médecins ont à disposition un nouveau traitement, ils l'utilisent à tort et à travers. On a prescrit les antibiotiques pour de plus en plus de maladies, même si leur utilisation n'était pas appropriée. Plusieurs d'entre eux, mis sur le marché pour le traitement de maladies bactériennes très graves, sont maintenant utilisés pour des rhumes et des gripes.

Si l'on n'exposait les malades qu'à des effets secondaires dangereux et à des dépenses injustifiées, on pourrait déjà

condamner les médecins qui prescrivent systématiquement des antibiotiques et parler d'aberration médicale. Mais il y a plus grave encore: d'une part, de nombreux germes résistent de plus en plus aux antibiotiques et, d'autre part, si votre enfant reçoit à plusieurs reprises des antibiotiques sans raison valable, il peut présenter des infections dues à des germes résistants à toutes les formes connues de traitement.

Pourquoi vous devriez éviter l'utilisation excessive d'antibiotiques

Il n'est pas du tout rare que les antibiotiques soient utilisés sans discernement par les médecins et particulièrement les pédiatres. En fait, c'est plus souvent la règle que l'exception.

Une étude a montré que, dans un hôpital, des antibiotiques étaient administrés à un tiers des patients et dans 64% des cas, ils n'étaient pas indiqués ou bien leur choix ou leur dosage étaient incorrects. Les auteurs de l'étude notent que «l'utilisation de grandes quantités de médicaments capables d'inhiber la croissance de micro-organismes peut avoir pour conséquence une sélection de flores microbiennes résistantes à ces médicaments. L'utilisation correcte des antibiotiques a une importance immédiate pour le patient qui les reçoit et également une importance potentielle pour d'autres patients susceptibles d'être infectés par des organismes résistants aux antibiotiques connus. C'est une caractéristique spécifique des agents antimicrobiens que leur usage puisse affecter leur efficacité dans le futur. »

On pourrait dire plus simplement que les antibiotiques tuent les bons microbes aussi bien que les mauvais, permettant à d'autres germes indésirables, et qui leur résistent, de prendre le dessus. En traitant par antibiotiques une maladie qui pourrait être traitée autrement, le médecin crée une nouvelle

maladie que les antibiotiques connus ne peuvent contrôler. C'est un lourd tribut à payer à la légèreté et à l'incompétence médicales. La résistance croissante des microbes aux antibiotiques menace de placer la médecine dans la position où elle se trouvait avant l'introduction de la pénicilline, il y a plus de 40 ans. En fait, la mortalité due à certaines infections comme la septicémie (infection du sang) a déjà atteint le taux de l'ère pré-antibiotique. Si les médecins ne changent pas de comportement, s'ils ne deviennent pas plus rationnels et plus prudents dans l'utilisation des antibiotiques, nous connaissons probablement ce jour dont parle un Prix Nobel, le professeur Walter Gilbert, chimiste à Harvard, « où 80% des infections seront résistantes à tous les antibiotiques connus. »

Pourquoi tant de médecins prescrivent-ils des antibiotiques pour des rhumes, des gripes et d'autres affections virales pour lesquelles ils sont inutiles? Ils se disent entre eux qu'ils le font parce que leurs patients le désirent et, pourtant, les parents amènent leurs enfants aux médecins pour recevoir un avis médical et non pour en donner. Il est plus probable que les médecins recourent à ces antibiotiques parce qu'il n'existe pas de traitement pour ces maladies et qu'on leur a appris à toujours prescrire quelque chose à leurs patients, de crainte de ternir leur image de marque. Je le comprends, ayant subi moi aussi ce lavage de cerveau durant mes études. Mais s'il faut à tout prix donner quelque chose, pourquoi les médecins n'administrent-ils pas à leurs patients un placebo qui remplirait le même office et ne ferait aucun mal ?

Si vous ne pouvez résister à la tentation d'emmener votre enfant enrhumé chez un médecin, ne manquez pas de le défendre contre les prescriptions d'antibiotiques et autres médicaments inutiles. Des études ont montré que 95% des médecins donnent aux patients un médicament, ou plus, pour le traitement du rhume et que 60% de ces médicaments sont des antibiotiques. Une étude sérieuse montre que 29% des

enfants recevant de l'Ampicilline présentent des vomissements, des diarrhées et des éruptions cutanées. La plupart des effets secondaires ne sont pas très graves, mais des réactions sévères sont notées chez 2% des enfants traités. Ce pourcentage n'impressionne pas les médecins habitués à prescrire systématiquement des médicaments produisant des effets secondaires. Les parents, cependant, ne veulent pas prendre le risque de voir leur enfant figurer parmi les 2% qui souffrent de réactions sévères à des médicaments qui ne font aucun bien et qui n'auraient pas dû être prescrits.

Soyez particulièrement prudent si votre pédiatre prescrit à votre enfant des tétracyclines.

Si votre enfant a moins de huit ans et que votre médecin lui prescrit des tétracyclines pour autre chose qu'une maladie potentiellement mortelle, quittez immédiatement son cabinet.

Cherchez un autre pédiatre, car celui-ci ne sait pas ce qu'il fait ou n'attache pas d'importance à ses actes.

En 1975, l'Académie américaine de pédiatrie a déconseillé l'usage des tétracyclines chez les enfants en dessous de huit ans car ce médicament peut empêcher la croissance des os, attaquer le foie et causer des nausées, des vomissements, des diarrhées et des éruptions cutanées. Son emploi prolongé peut également jaunir les dents d'une façon permanente.

Lorsque vous hésitez à amener votre enfant chez le médecin ou à utiliser les médicaments qu'il prescrit, ayez toujours présent à l'esprit que beaucoup de médecins s'inspirent de l'adage: « Tout ce qui peut se faire sera fait. »

La plupart des études sur l'utilisation des antibiotiques le prouvent. Dans un grand hôpital, une règle obligeait les internes à demander l'avis du consultant spécialiste en maladies infectieuses avant de pouvoir obtenir des antibiotiques de la pharmacie. Lorsque cette règle fut

supprimée, l'utilisation de l'Ampicilline fut multipliée par huit. De même, lorsque le chloramphénicol fut placé sur une liste surveillée, son utilisation devint dix fois moins fréquente.

J'ai beaucoup insisté sur l'abus des antibiotiques, car c'est très important pour la santé future de votre enfant. Mais j'espère que vous serez également attentif à l'abus d'autres traitements et que vous n'allez pas donner à votre pédiatre l'occasion d'utiliser tous les tours inutiles et opportunistes qu'il a dans son sac. Dans le domaine des toux et des rhumes, votre bon sens remplace avantageusement la formation du pédiatre.

Le mythe de l'angine à streptocoques

Dans la zone tempérée de l'hémisphère Nord, rares sont les enfants qui traversent l'hiver sans faire au moins une angine. Les gorges irritées sont douloureuses et gênantes. Les angines gênent l'enfant pour manger, parler et avaler et troublent même son sommeil, elles produisent donc inévitablement chez lui toutes sortes de plaintes.

Lorsque votre enfant a une angine, votre première réaction sera peut-être d'appeler votre médecin. Si vous suivez cette impulsion, vous entrez dans un processus d'intervention médicale. Il est fort probable que votre médecin fasse un prélèvement au niveau de la gorge et prescrive un antibiotique si l'examen bactériologique révèle la présence de streptocoques. Ce traitement peut raccourcir le cours de la maladie, mais il augmente également les risques pour votre enfant de souffrir d'angine tout le reste de l'hiver, pour des raisons que je vais développer plus loin.

Les médecins ne sont pas forcément responsables des angines, mais ils sont responsables des inquiétudes des parents, car ils entretiennent la crainte d'une infection à streptocoques et des graves conséquences qu'elle peut avoir si on ne la traite pas : néphrite aiguë ou atteinte cardiaque. Il n'est donc pas surprenant que les parents se précipitent sur le téléphone pour appeler leur médecin quand l'angine de leur enfant leur paraît grave.

Comme parent, vous avez besoin de savoir gérer vos craintes sans recours à une aide professionnelle coûteuse et

potentiellement dangereuse.

Vous devez d'abord être conscient que les angines sont le plus souvent causées par des virus pour lesquels la médecine moderne n'a aucun traitement. Les seuls traitements indiqués ne guérissent pas l'angine, mais soulagent uniquement les symptômes et ils sont si simples que les parents peuvent les mettre en œuvre par eux-mêmes, sans formation médicale.

Ensuite, vous devez savoir que le prélèvement - pour chercher la présence de streptocoques - est une perte de temps et d'argent. Il ne peut rien prouver. L'examen clinique, que les parents peuvent faire eux-mêmes, répond à la question d'une manière tout aussi satisfaisante.

Enfin, les risques de rhumatisme articulaire aigu sont extrêmement faibles, même avec une infection à streptocoques. Pendant un quart de siècle, dans ma pratique de pédiatrie où j'ai vu plus de 10.000 patients par an, je n'ai observé qu'un seul cas de rhumatisme articulaire aigu. Le danger de cette maladie n'existe virtuellement pas dans la plupart des populations.

Quelques rares cas sont décrits chez des enfants mal nourris, vivant dans des conditions de promiscuité et de grande pauvreté.

La plupart des angines étant causées par des virus, aucun traitement médical ne se justifie, malgré tout ce que peut vous dire votre médecin. Les défenses naturelles du corps feront leur travail et les symptômes disparaîtront normalement en trois ou quatre jours.

Plus rarement, les angines sont dues à une infection bactérienne, presque toujours le streptocoque. Cette affection répond, en 24 à 48 heures, à un traitement de pénicilline. Sans traitement, les streptocoques sont détruits par les anticorps circulant dans le sang et ils disparaissent d'habitude en moins

d'une semaine; les antibiotiques ne font que raccourcir le processus.

Il existe trois maladies causes d'angines qui justifient les craintes des parents. La première, la plus fréquente, est la mononucléose infectieuse; la deuxième, la diphtérie, était autrefois une maladie très grave, mais elle a pratiquement disparu; la troisième, la leucémie, est relativement rare et c'est la plus effrayante. Ces trois maladies exigent un traitement médical et vous devez consulter rapidement si les indications de diagnostic que je donne plus bas vous font suspecter l'une d'elles. (Je traite également de la mononucléose et de la diphtérie en détail au chapitre 19.)

Causes d'angines que vous pouvez contrôler

Enfin, un nombre étonnamment important d'angines provient de conditions extérieures sur lesquelles vous avez, vous, parent, un contrôle. Elles provoquent une irritation douloureuse des membranes de la gorge. Ce sont principalement la sécheresse de l'air en hiver, les antihistaminiques que vous avez donnés à votre enfant pour un rhume (avec ou sans l'avis de Votre médecin), le fait de fumer ou d'être exposé à la fumée de cigarettes, les pollutions chimiques de l'air dans votre environnement et même le fait de trop crier, qui peut irriter les cordes vocales.

On procède d'habitude par élimination pour diagnostiquer les angines virales. Si les symptômes associés à d'autres causes sont absents et que votre médecin ne peut pas trouver une autre explication, il considère que la maladie est virale et, dans la plupart des cas, son diagnostic est juste.

Aucun traitement n'existe pour les angines virales et votre médecin devrait vous le dire.

Certains pourtant au lieu d'admettre leur impuissance, feront un prélèvement et commenceront immédiatement un traitement de pénicilline «au cas où il s'agirait de streptocoques».

La façon la plus simple d'éviter cette situation est de ne pas recourir au médecin si vous n'êtes pas sûr que l'état de votre enfant l'exige. Le début d'une infection virale a pour caractéristique d'être insidieux. Pendant un ou deux jours, les premiers symptômes sont des sentiments vagues de démangeaisons du palais mou, surtout en avalant. Après un jour ou deux, la douleur de l'angine se développe, accompagnée souvent de sécrétions nasales (d'habitude claires), d'une fièvre discrète, de toux, et de ganglions enflés dans la région du cou. Si les événements se présentent de cette manière, vous pouvez être pratiquement sûr que votre enfant a une angine virale. C'est seulement si les symptômes persistent pendant plus d'une semaine ou si votre enfant présente des difficultés respiratoires qu'il est utile de le montrer à un médecin.

Les infections bactériennes, au contraire, commencent brusquement en quelques heures – plutôt qu'en quelques jours – donnent une fièvre élevée, des ganglions lymphatiques enflés sous la mâchoire et une douleur intense de la gorge. Elles peuvent ne pas être accompagnées de rhume ou de toux, ni par les autres symptômes du simple rhume.

L'angine à streptocoques n'est pas grave

La plupart des cas d'angine à streptocoques chez les enfants de plus de quatre ans peuvent être diagnostiqués en cherchant ce que les médecins appellent la «triade classique», c'est-à-dire les trois symptômes suivants: présence de pus sur les amygdales et au fond de la gorge, ganglions enflés dans la

région du cou et température supérieure à 39,5°. Le pus se présente sous forme de taches blanches ou jaunâtres ressemblant à du lait caillé, se détachant sur une muqueuse rouge feu. Si votre enfant a moins de quatre ans, il n'est pas possible de faire un diagnostic de streptocoques par l'examen clinique uniquement. Ce diagnostic peut être fait par un prélèvement au niveau de la gorge, mais il n'y a aucune raison de le faire, car les enfants de moins de quatre ans ne sont de toute manière pas sujets au rhumatisme articulaire aigu (pour des raisons immunologiques).

Si l'angine de votre enfant persiste au-delà d'une semaine, dépassant le cours normal d'une infection virale ou bactérienne commune, montrez-le à votre médecin. Il s'agit d'une simple précaution pour vous assurer qu'il n'est pas victime d'une mononucléose infectieuse ou d'une leucémie, dont le diagnostic se fait par une prise de sang. En ne montrant pas votre enfant au médecin la première semaine, vous n'augmentez aucunement les risques car, en début d'angine, il ne pratiquerait pas ces tests et il aurait raison. Le traitement de la mononucléose est d'ailleurs simplement le repos, dont votre enfant devrait de toute façon bénéficier; un diagnostic précoce n'est donc pas déterminant. La leucémie est si rare qu'il n'est pas conseillé de la rechercher méthodiquement et les risques de diphtérie sont encore plus faibles. S'il s'agit d'une diphtérie, vous vous en apercevrez quand l'angine se compliquera de difficultés respiratoires sérieuses. En l'absence de ces symptômes, votre médecin ne pensera pas non plus à la diphtérie, dont il n'a probablement jamais vu un seul cas.

Les angines produites par l'environnement seront résolues par votre propre bon sens. Si l'angine de votre enfant n'est pas accompagnée de fièvre, de ganglions, de pus ou d'autres symptômes, pensez en premier lieu à la sécheresse de l'air. Pendant l'hiver dans les climats froids, l'humidité moyenne dans les maisons est d'environ 15%. Vous pouvez mieux

comprendre la signification de ce chiffre quand vous savez que l'humidité normale au Sahara est supérieure: 18%! Si la sécheresse de l'air pose un problème à votre enfant, dépensez votre argent pour un bon humidificateur et non pas pour des soins médicaux. Le même raisonnement s'applique aux autres causes d'angines dues à l'environnement.

Prélèvements, pénicilline et angine à streptocoques

Les parents, les enseignants et le public en général ont été habitués, par les médecins, à croire que l'enfant souffrant d'une infection à streptocoques non traitée court un risque grave de contracter un rhumatisme articulaire aigu. Cette maladie est jugée préoccupante principalement à cause de la possibilité d'une atteinte cardiaque. Lorsqu'un pédiatre reçoit un enfant souffrant d'une angine, il annonce aux parents qu'il va faire un prélèvement. Il peut le justifier en invoquant le risque de rhumatisme articulaire aigu, mais il ne vous dira pas pourquoi cet examen est généralement inutile.

Il ne vous dira pas, par exemple, que l'angine est très probablement causée par un virus et que faire un prélèvement est inutile si la « triade classique » n'est pas présente et s'il n'existe aucune indication clinique de la présence du streptocoque.

Même si l'examen est positif, cela ne veut pas dire à tous les coups que votre enfant a une infection à streptocoques. 20% des enfants scolarisés, en parfaite santé, sont porteurs de streptocoques dans la gorge tout au long de l'hiver, mais ne développent pas la maladie en raison de leur immunité naturelle.

Votre médecin ne vous dira pas non plus que, dans les meilleures conditions, 85% seulement des infections à streptocoques sont identifiées par les prélèvements et que,

quand l'analyse n'est pas faite dans un laboratoire qualifié, mais au cabinet du médecin, le pourcentage tombe en moyenne à 50%. Le personnel exécutant le travail d'analyse dans les cabinets des médecins n'a souvent pas de formation, ni d'expérience suffisante, et n'a pas non plus assez d'occasions de pratiquer les tests.

Votre médecin ne vous dira certainement pas non plus que, bien que l'utilisation de la pénicilline puisse raccourcir la maladie de trois ou quatre jours, elle risque également de favoriser les récurrences d'infection tout au long de l'hiver. Les antibiotiques font disparaître les streptocoques, mais empêchent les anticorps naturels de se développer. Si l'infection n'est pas traitée, mais qu'on lui laisse suivre son cours, l'organisme va produire des anticorps qui continueront à protéger l'enfant contre des réinfections pendant le reste de l'hiver. C'est en fait l'action de la pénicilline contre les anticorps qui la rend efficace dans la prévention du rhumatisme articulaire aigu. La conséquence du traitement antibiotique est la suivante: si un enfant subit un prélèvement et un traitement de pénicilline au début de l'hiver ses amygdales seront ensuite la cible du bâtonnet à prélèvement tout au long des mois à venir. Si l'un de vos enfants a fait ainsi angine sur angine et a été traité tout au long d'un hiver, souffrant d'angines à répétition toutes traitées, le réel coupable est le traitement plutôt que le microbe.

Votre médecin vous demandera probablement si votre enfant est allergique à la pénicilline, la question lui étant inspirée par la crainte d'un procès. En revanche, il passera sous silence les conséquences possibles d'une allergie au médicament. La pénicilline peut donner des diarrhées, des éruptions cutanées et, très rarement, des chocs anaphylactiques (réaction allergique généralisée), parfois mortels. Si votre enfant reçoit de la pénicilline pour la première fois, assurez-vous que votre médecin en est conscient et qu'il le surveille attentivement,

guettant toute réaction pouvant présager d'un choc fatal. Rappelez-vous également que l'efficacité de la pénicilline est assurée dans le traitement des streptocoques, mais que son utilisation irréfléchie et inutile peut avoir une influence sur son efficacité dans le cas d'agressions ultérieures par d'autres bactéries, plus dangereuses. Comme je l'ai expliqué plus tôt, le patient peut développer des souches de bactéries résistantes à la pénicilline et le médicament ne sera plus efficace quand on en aura vraiment besoin pour sauver une vie.

Si votre médecin prescrit de la pénicilline orale, il saura peut-être vous mettre en garde et vous dire que ce traitement ne sera pas efficace, en prévention du rhumatisme articulaire aigu, si l'enfant ne le prend pas très régulièrement toutes les quatre heures pendant dix jours.

Les preuves sont là, cependant, que ce conseil n'est généralement pas suivi. Il est facile de comprendre pourquoi. L'antibiotique soulage le symptôme de l'angine en quelques jours, ce que Mère Nature aurait également probablement fait, et les parents pensent alors que le médicament a agi. Cela est vrai quand on ne pense qu'à l'angine, mais seul le traitement complet protégera l'enfant contre le rhumatisme articulaire aigu.

Les parents qui réussissent à faire prendre religieusement à leur enfant son médicament toutes les quatre heures, *pendant huit jours*, alors qu'il ne se sent plus du tout malade, possèdent une détermination remarquable. Des études confirmées ont montré que lors de prescriptions de pénicilline, moins de 50% des traitements sont suivis correctement. Cela signifie simplement que, dans plus de la moitié des cas, le patient ne prend pas la pénicilline assez longtemps pour prévenir la maladie pour laquelle elle est donnée, rhumatisme articulaire aigu et non l'angine à streptocoques.

Pour la plupart des enfants l'atteinte cardiaque rhumatismale n'est pas une menace

Si le danger du rhumatisme articulaire aigu était réel il serait grave de ne pas suivre les instructions du médecin. Mais ce danger ne guette que les enfants à très haut risque: enfants de milieux pauvres qui ont le moins de chances d'être vus par des médecins et, lorsque c'est le cas, le moins de chances également de prendre leurs médicaments aussi longtemps qu'ils le devraient.

Cependant, bien que le rhumatisme articulaire aigu ait à l'évidence disparu, sauf dans les classes les plus défavorisées, les médecins informent rarement leurs patients de l'insignifiance du risque. On laisse les parents penser que le rhumatisme articulaire aigu et ses problèmes cardiaques irréversibles sont un danger imminent, menaçant chaque enfant souffrant d'une angine, alors que la simple logique, comme les statistiques, montrent le contraire.

Pratiquement toutes les études sur les cas de rhumatisme articulaire aigu consécutifs à l'angine ont été faites dans des populations « fermées » (bases militaires et orphelinats). On sait que, dans ces circonstances, l'épidémiologie n'est pas la même que dans les autres populations et, pourtant, ces résultats ont été utilisés pour justifier le traitement de millions d'enfants afin de prévenir une maladie dont le risque n'existe pratiquement pas. Il est légitime de se demander si les risques de ce traitement ne dépassent pas ceux de la maladie en question. Les médecins n'hésitent pas à parler aux parents des dangers du rhumatisme articulaire aigu, mais je n'en connais pas beaucoup qui leur parlent du risque du traitement qu'ils prescrivent.

Si le rhumatisme articulaire aigu constituait un danger sérieux, il serait logique que de nombreux cas se présentent dans une ville aussi grande et aussi peuplée que New York, où tant

d'habitants vivent dans des conditions de pauvreté. Entre 1970 et 1977, seulement 57 cas de rhumatisme articulaire aigu ont été soignés au fameux hôpital Bellevue de New York et pas un seul cas n'a été signalé en 1978, année la plus récente pour laquelle je possède les chiffres.

Si on les questionne, les médecins reconnaîtront que le rhumatisme articulaire aigu est en train de disparaître, mais ils ont tendance à attribuer ce déclin à l'utilisation de la pénicilline. Cet argument ne vaut rien parce que la maladie a commencé à régresser bien avant l'introduction de la pénicilline. Il y a 25 ans, à Chicago, on a tenté d'enregistrer les cas de rhumatisme articulaire aigu; tous les médecins devaient déclarer ceux qu'ils traitaient. Cet effort fut abandonné, car aucun cas ne se présenta dans les quartiers aisés de Chicago; les seuls cas déclarés venaient du centre de la ville habité par les familles les plus pauvres.

Des études ont montré que l'incidence du rhumatisme articulaire aigu est proportionnelle à la densité des enfants par chambre, ce qui explique probablement les résultats des études faites dans des bases militaires ou des orphelinats. Le rhumatisme articulaire aigu est donc une maladie socio-économique et il est peu probable que l'utilisation de la pénicilline puisse être efficace, même dans les classes défavorisées. L'efficacité de la pénicilline varie en effet selon l'état nutritionnel du patient, or une bonne alimentation ne va pas de pair avec la pauvreté.

Il est clair que le nombre de cas diagnostiqués est en diminution, mais on ne sait pas, en fait, si la maladie a vraiment été, dans le passé, un réel danger. Une étude des cas diagnostiqués il y a 40 ans a révélé que 90% constituaient de faux diagnostics en raison du non-respect des critères classiques. 9 victimes présumées sur 10 n'avaient donc pas cette maladie. Il est faux, par conséquent, de dire que le rhumatisme articulaire aigu n'est plus dangereux car, en fait, il

n'a jamais été dangereux. Ceux chez qui on en a fait le diagnostic il y a plusieurs années et qui s'en inquiètent encore aujourd'hui seront contents de l'apprendre.

Voici une dernière question pour votre médecin: si on admet que 15 à 50% des angines à streptocoques ne sont pas diagnostiquées, donc pas traitées, et que la moitié des malades traités n'en tirent aucun bénéfice, car ils ne suivent pas le traitement jusqu'au bout, où sont donc passés tous ceux qui souffrent de rhumatisme articulaire aigu après une angine ?

Trois opinions sur les streptocoques

Les médecins se divisent principalement en deux camps pour traiter les angines à streptocoques. Il en existe également un troisième, mis à l'écart, auquel appartiennent quelques-uns d'entre nous.

Un groupe de médecins pense qu'il faut administrer de la pénicilline immédiatement dans tous les cas d'angine, sans attendre le résultat de l'examen. Ils font remarquer avec raison que, si la pénicilline n'est pas donnée dans les premières 48 à 72 heures après le début symptômes, elle sera probablement inutile pour le rhumatisme articulaire aigu. Comme les symptômes ont généralement été présents depuis quelque temps au moment où on fait le prélèvement, attendre 24 ou heures avant d'administrer la pénicilline risque de la rendre inefficace (ces 24 ou 48 heures sont nécessaires pour obtenir le résultat de la culture).

Le deuxième groupe pense qu'il ne faut pas donner de pénicilline avant de recevoir les résultats de la culture. Ils insistent sur les risques de la pénicilline, sur les dangers d'une utilisation inappropriée et sur le fait qu'on ne devrait pas faire dépenser peut-être inutilement l'argent aux gens.

Le troisième camp, dans lequel je me place, pense que le prélèvement aussi bien que les antibiotiques sont à éviter, car les dangers du traitement sont bien plus importants que les dangers virtuels d'une infection à streptocoques.

Ma position n'est que le résultat de mon expérience et de mes observations pendant un quart de siècle. A la fin de mes études, je me suis établi dans un quartier aisé de Chicago.

Mon partenaire, le docteur Ralf Kunstadter, était un médecin expérimenté et consciencieux. Je fus surpris de voir qu'il faisait rarement des prélèvements au niveau de la gorge et lorsque je lui demandai pourquoi, il me dit qu'il les considérait comme une perte de temps.

Le docteur Kunstadter avait été formé vingt ans avant, quand les écoles de médecine n'avaient pas encore totalement abandonné Mère Nature. Mais j'étais imbu de tout ce qu'on m'avait appris et je fis des prélèvements pendant un certain temps. Quand je découvris que mes résultats n'étaient pas meilleurs que ceux de mon collègue, je finis par les abandonner, en évitant ainsi à mes patients ennuis et dépenses. Comme je l'ai dit plus haut, sur les 150.000 patients que nous avons vus pendant quinze ans de pratique, nous n'avons eu affaire qu'à un cas de rhumatisme articulaire aigu. Les risques que nous aurions fait courir à tous les enfants présentant des angines en les traitant à la pénicilline, pour éviter ce seul cas, auraient constitué un mauvais calcul.

Pourquoi faut-il éviter l'ablation des amygdales ?

Je finirai en parlant des amygdales de votre enfant, destinées à intercepter les bactéries entrant dans sa gorge et qui peuvent s'infecter lorsque son corps réagit aux affections bactériennes. Méfiez-vous lorsque le médecin essaye de vous persuader que l'infection des amygdales justifie l'ablation: c'est rarement vrai.

Les ablations d'amygdales ont fait vivre des générations de chirurgiens et de pédiatres.

Dans les années 30, les médecins en pratiquaient près de 2 millions par an. Peu d'enfants atteignaient l'adolescence avec leurs amygdales indemnes, malgré l'absence de justifications médicales. Pour des millions d'enfants, les conséquences de cette chirurgie inutile ont été un traumatisme émotionnel, la perte de leurs défenses naturelles contre les maladies et, parfois même, la mort.

Les seules indications absolues de l'ablation des amygdales ou des végétations sont le cancer ou une obstruction asphyxiante des voies respiratoires. Cependant, depuis des décennies, les médecins les pratiquent couramment en justifiant ce comportement irrationnel par un risque - inexistant - de perte de l'ouïe ou d'angines à répétition.

La tendance des pédiatres et des chirurgiens à enlever les amygdales sans raison a été démontrée dans une étude expérimentale faite dans les années 40. 1000 enfants ont été examinés par un groupe de pédiatres et, dans 611 cas, ils recommandèrent d'enlever les amygdales. Les 389 patients restants furent montrés à un autre groupe de pédiatres, qui conseillèrent à 174 d'entre eux de subir l'opération. Il ne restait plus que 215 cas, qu'un troisième groupe de pédiatres fut invité à examiner. Bien qu'ils aient déjà été vus par deux autres médecins, l'amygdalectomie fut conseillée pour 89 cas. Si l'on avait continué cette farce, la chirurgie aurait probablement été recommandée aux 126 rescapés !

Les amygdales et les végétations contiennent du tissu lymphatique, siège de l'activité immunologique de l'organisme. Étant les agents de défense contre les bactéries qui entrent dans la gorge, il est inévitable qu'elles s'infectent, grossissent et s'enflamment. Si on les enlève, on prive votre enfant de sa première ligne de défense contre l'infection et la responsabilité

de cette défense repose alors sur les ganglions de son cou. La compétence immunologique de son corps est diminuée, ce qui peut augmenter le risque de maladie de Hodgkin.

Les médias ont critiqué l'ablation systématique des amygdales et, depuis, les parents se montrant plus réticents, le nombre des opérations a été divisé par trois, ce qui est encore trop.

Je pense que moins d'un enfant sur 10.000 peut tirer un bénéfice de cette chirurgie, alors que des centaines de milliers d'opérations sont encore pratiquées chaque année, avec 100 à 300 morts annuelles et des complications dans 16 cas sur 1000.

J'en ai conclu depuis longtemps que la seule faute de Dieu est d'avoir placé les amygdales dans un lieu d'accès si facile au bistouri du chirurgien. A moins que les amygdales de votre enfant ne soient si enflées qu'elles l'empêchent de respirer, ne permettez pas à votre médecin de les lui enlever sans motifs convaincants. Et, même dans ces cas-là, je vous recommanderais de demander un second avis.

Les otites : douloureuses, mais rarement dangereuses

Les otites figurent parmi les maladies les plus douloureuses de l'enfance. Votre enfant risque de souffrir énormément et vous souffrirez vous aussi de votre d'impuissance et de votre crainte d'une surdité ou d'autres conséquences de l'infection.

Selon des statistiques, l'otite moyenne est responsable de 8% des consultations pédiatriques et constitue 17% des infections diagnostiquées. Ne croyez pas pour autant que 17% des infections sont des otites. Il s'agit probablement de la maladie d'enfance la plus souvent diagnostiquée et traitée à tort.

La plupart des parents appellent immédiatement le médecin quand leur enfant a mal à l'oreille, même ceux qui, d'habitude, ne se précipitent pas pour consulter. La raison de cet appel au médecin est la douleur aiguë endurée par l'enfant ou la crainte qu'elle ne devienne rapidement insupportable. De plus, beaucoup de parents pensent - à tort - que les otites peuvent entraîner chez leurs enfants une surdité ou une mastoïdite, relique effrayante du passé médical.

Mon propos n'est pas de critiquer ces parents, car ce sont les médecins qui leur ont inculqué ces craintes. En outre, les pédiatres diagnostiquent très souvent des otites où il n'y en a pas. Il est vrai que votre enfant peut souffrir d'un défaut temporaire de l'ouïe à la suite d'otites à répétition pendant les mois d'hiver. Si c'est le cas, ne vous faites aucun souci, car son ouïe réapparaîtra au printemps, avec les tulipes. En plus de 25

ans de pédiatrie, je n'ai jamais vu de cas de surdité permanente consécutive à une otite. Que l'infection soit traitée ou non, je n'ai jamais vu non plus de mastoïdite, affection assez répandue chez les enfants de ma génération, mais qui a mystérieusement disparue.

Dans la plupart des cas, la douleur de l'oreille est causée par la pression qui se développe lorsque quelque chose gêne le drainage de l'oreille par les trompes d'Eustache.

C'est en général une infection. Des infections bactériennes et virales peuvent également se produire dans le canal auditif (otite externe), dans l'oreille moyenne et dans l'oreille interne.

Les infections de l'oreille interne sont rares chez l'enfant; l'adulte, elles causent des vertiges, des étourdissements et des bruits dans les oreilles (tinnitus).

Douleurs d'oreilles dues à des corps étrangers

La présence de corps étrangers dans l'oreille est une cause relativement fréquente de douleurs, soit directement, soit par l'infection qu'ils provoquent. Les jeunes enfants adorent enfiler de petits objets dans leurs oreilles et, parfois, leurs narines. Ils font preuve dans ce domaine d'une inventivité étonnante. Au fil des années, j'ai trouvé dans les oreilles, des bouts de papier, de la ouate, des pilules variées, des bonbons, des fragments de céréales et même des agrafes et des épingles de sûreté.

Si votre enfant a un corps étranger dans l'oreille, amenez-le rapidement chez le médecin.

Ces corps étrangers sortent rarement tout seuls et tenter de les enlever vous-même est dangereux. Si vous n'avez pas de raison de suspecter la présence d'un corps étranger, il n'est pas nécessaire de consulter un médecin pour un mal d'oreille, sauf s'il persiste plus de 48 heures.

Les allergies sont souvent en cause dans les infections d'oreille, notamment bactériennes. Le coupable le plus fréquent est le lait de vache sous forme naturelle ou en poudre. Le lait produit un gonflement des muqueuses qui empêche le drainage des sécrétions par les trompes d'Eustache; des infections peuvent donc se produire du fait de l'accumulation des sécrétions. L'allergie au lait est responsable de la fréquence des otites chez les bébés nourris au biberon, mais l'allergie à d'autres nourritures, à des poussières ou des pollens, etc., peut avoir les mêmes conséquences, de même que l'eau chlorée des piscines.

Les parents et les médecins peuvent causer des blessures du canal auditif externe et du tympan en essayant d'enlever le cérumen (sorte de cire produite par l'oreille). C'est rarement nécessaire et, s'il le faut, il existe des moyens sans danger de le faire. Si vous voulez éviter des problèmes, je vous suggère de suivre le conseil que je donne depuis des années aux parents: «Ne mettez jamais rien dans l'oreille de votre enfant qui soit plus petit que votre coude! »

Personne ne sait expliquer scientifiquement pourquoi certains enfants produisent davantage de cérumen que d'autres. Il existe également des différences de quantité, de consistance et de couleur du cérumen selon les races. Un bouchon de cérumen peut parfois avoir pour conséquence une diminution discrète et temporaire de l'audition, bien que cela soit rare chez les enfants.

La meilleure manière de nettoyer le cérumen est d'instiller quelques gouttes d'eau oxygénée dans l'oreille, deux fois par jour pendant deux ou trois jours. L'enfant se plaindra peut-être d'un bruit de bulles ou de ronflement, mais il n'aura pas mal. Laissez l'eau oxygénée dans l'oreille pendant quelques minutes, puis rincez l'oreille en faisant gicler doucement de l'eau à l'aide d'une seringue.

Pourquoi il est dangereux d'enlever le cérumen

Je vous déconseille et je déconseille à votre médecin, d'utiliser quelque instrument que ce soit pour nettoyer le cérumen, même un coton-tige. La plupart des parents ne résistent pas à la tentation, pourtant cet acte est dangereux et inutile pour plusieurs raisons :

1. Vous entrez dans un conduit au fond duquel se trouve une membrane délicate et vous ne savez pas à quelle profondeur vous pouvez aller.
2. La paroi de l'oreille externe est une structure délicate, pleine de glandes et de cils chargés de protéger l'oreille. Les glandes sécrètent du mucus et des huiles. Cette paroi est si délicate que la toucher, même avec un coton très souple, équivaut à traverser une pelouse avec un tank !
3. L'oreille a ses propres mécanismes pour faire sortir les corps étrangers. Vous gênez ces mécanismes quand vous tentez de nettoyer l'oreille avec un coton-tige, car vous risquez de repousser la cire et les impuretés dans le canal et d'induire la formation d'un bouchon. Vous pouvez également blesser le canal ou le tympan lui-même.

Votre pédiatre devrait également vous déconseiller des instruments pour nettoyer le cérumen. Il vous dira qu'il doit le faire lui-même afin de pouvoir voir le tympan et juger s'il existe une infection. Sa raison n'est pas valable, car si l'instrument glisse ou si l'enfant se débat et fait un geste brusque de la tête, le tympan est vite perforé ! Cette blessure se cicatrisera, entraînera une petite perte de l'audition.

Il arrive qu'un enfant blesse son tympan en enfilant dans son oreille un objet pointu, comme un crayon. Le tympan se guérit pratiquement toujours spontanément sans aucun traitement. Il est pourtant sage de voir un spécialiste si cela arrive. Il existe des cas – très rares - où un traitement chirurgical est indiqué.

Interrogez sérieusement votre médecin avant d'accepter un traitement chirurgical, ou même antibiotique, pour une blessure de ce type.

Maux d'oreilles causés par les changements de pression atmosphérique

Une autre cause occasionnelle de maux d'oreilles est constituée par les changements de pression atmosphérique, lorsque votre enfant prend un avion ou un ascenseur. Ces changements de pression peuvent provoquer des douleurs et des pertes temporaires de l'ouïe, ce que vous avez sans doute observé lors de vos voyages en avion. Les symptômes disparaissent quand les pressions internes et externes se rééquilibrent. Mais si ce n'est pas le cas, le blocage de la trompe d'Eustache peut faciliter une infection. Les adultes et les grands enfants peuvent équilibrer les pressions en avalant, en bâillant, en mâchant du chewing-gum ou en tentant d'expulser l'air par le nez, en pinçant les narines, bouche fermée. Quant aux bébés, il est recommandé de leur donner à téter au moment des décollages et des atterrissages. On peut donner aux petits enfants quelque chose à mâcher ou à avaler.

Comment la plupart des médecins traitent-ils les maux d'oreilles ?

Au cours de mes études, mes professeurs m'ont solennellement averti que les otites non traitées pouvaient être suivies de surdité. Pendant longtemps, j'ai transmis tout aussi solennellement cette information à mes patients et leur ai généreusement distribué antibiotiques, décongestionnants et antihistaminiques. Plus tard, lorsque ce fut la mode, j'ai très consciencieusement placé à travers les tympons de mes patients de petits tubes de plastique pour faciliter le drainage.

Au fil des années, je me suis rendu compte que bien des patients, peut-être la majorité, ne prenaient pas les antibiotiques pendant le nombre de jours recommandé et que beaucoup n'allaient même pas chercher le médicaments à la pharmacie. Ni les médecins, ni l'industrie pharmaceutique n'apprécient ces "insoumis". Le fait que les patients insoumis guérissaient de leurs infections aussi bien que les autres - et qu'aucun d'entre eux ne devenait sourd - me troubla encore plus !

Je me consolai d'abord avec la phrase classique que les médecins doivent dire dans les cas où leurs patients se guérissent sans suivre leurs conseils: « Vous avez tout simplement eu de la chance. » Mais, bientôt, trop de malades guérissant sans traitement, l'argument de la chance cessa de me satisfaire.

Ainsi ma confiance dans les antibiotiques s'envola et j'arrêtai de les prescrire, sans que mes patients s'en portent plus mal. Je perdis bientôt également ma foi dans les tubes de plastique. Beaucoup de mères les refusaient et de nombreux tubes que je plaçais se détachaient rapidement. Les patients ayant perdu leur petit tube de plastique se portaient tout aussi bien que ceux qui le conservaient pendant la période préconisée. Mes tubes de tympanostomie rejoignirent les antibiotiques dans l'armoire où je cache les remèdes et les instruments conçus pour le bénéfice des médecins et des industriels plutôt que pour celui des patients.

Je ne recommande plus aujourd'hui ni antibiotiques, ni décongestionnants, ni antihistaminiques aux patients souffrant d'otite. Je m'oppose aux tympanostomies de manière active et c'est ce que j'enseigne à mes étudiants. Leurs patients ne perdent pas l'ouïe à la suite d'une otite et les miens non plus.

Nous sommes malheureusement une minorité. Les autres pédiatres continuent sur la voie qui est toute tracée. Lorsque

votre enfant a mal à l'oreille et que vous l'amenez chez le médecin, voici le scénario habituel: l'infirmière prend sa température, puis le médecin, généralement pressé, demande de quoi il s'agit et l'examine rapidement; il regarde sa gorge, écoute le cœur et les poumons, puis utilise son otoscope pour observer le canal auditif externe, qui peut être enflammé, et le tympan lui-même. S'il existe une infection derrière le tympan, le médecin ne pourra pas la voir directement, mais posera son diagnostic sur l'aspect du tympan lui-même.

Le tympan est d'habitude blanc nacré. Lorsqu'une otite moyenne est présente, il se colore en rouge. Le médecin verra donc soit du blanc, soit du rouge, soit toutes les nuances de rose entre ces deux couleurs. Si le tympan est rouge foncé, le médecin vous dira probablement que l'infection est grave et vous donnera une prescription d'Ampicilline à prendre trois fois par jour pendant dix jours. Si la teinte est rose ou rouge pâle, il diagnostiquera probablement une otite moins grave et prescrira néanmoins le même traitement.

Ce médecin commet deux erreurs. Que le tympan soit rose, ou même rouge pâle, ne signifie pas que votre enfant a une otite moyenne. Un changement de couleur peut se produire quand l'enfant crie, pleure, a de la fièvre pour une cause étrangère à l'oreille, ou même par suite d'une allergie. La simple observation d'un tympan rose ou rouge ne conduit pas à un diagnostic certain d'otite et le même tympan peut avoir un aspect normal si on l'examine une heure plus tard.

La seconde erreur est d'utiliser les antibiotiques, que le tympan soit rose, rouge foncé ou même bleu roi! Le seul cas où l'utilisation d'antibiotiques peut se justifier à la rigueur est l'écoulement de pus dans l'oreille, ce qui se produit dans moins d'1 % des otites. Même alors, je ne suis pas convaincu que l'antibiothérapie soit justifiée.

Une série d'études a révélé que l'utilisation des antibiotiques

pour le traitement des infections n'a aucune incidence sur les conséquences graves comme la surdité, la diffusion de l'infection, ou la mastoïdite. Les antibiotiques peuvent atténuer légèrement la durée de la douleur et de l'infection, mais réduiront également la réponse naturelle du corps à l'infection.

Vous raccourcissez donc quelque peu l'infection de votre enfant, mais augmentez ses risques de se réinfecter après quatre ou six semaines.

L'étude plus récente à ma connaissance donne résultats d'une expérience en double aveugle, aux Pays-Bas, portant sur 171 enfants dont la moitié seulement, ont été traités avec des antibiotiques. Il n'y eut aucune significative dans le cours entre le groupe traité et le groupe non traité.

Certains de mes collègues condamnent ma position au sujet des antibiotiques m'accusent parfois mettre en danger des vies d'enfants. Mes raisons sont irréfutables ou, en tous cas, n'ont jamais été réfutées.

La majorité des otites infantiles ne sont traitées par les médecins. Parmi les cas traités, l'observance du traitement est incroyablement faible. L'hôpital pour enfants de Buffalo (New York) a fait une étude sur 300 enfants ayant reçu une ordonnance d'antibiotiques pour une otite. Moins de la moitié prit effectivement le dosage prescrit et 22 enfants seulement se soumièrent entièrement aux consignes. La majorité des enfants traités le sont d'une manière efficace. Si les antibiotiques étaient réellement nécessaires pour prévenir la surdité, la plupart des enfants de notre pays seraient sourds.

J'ai exposé ailleurs les dangers de l'utilisation intempestive des antibiotiques, ces dangers existent également dans le traitement des otites.

Depuis des années, les médecins ont prescrit sirops décongestionnants et des antihistaminiques dans le traitement

otites. Les substances les plus souvent employées sont l'hydrochlorure de pseudo-éphédrine et le maléate de chlorphéniramine. Elles ont été données à des millions d'enfants souffrant d'otites et de rhumes. Depuis des années, la FDA a mis en doute leur valeur et mis en demeure de prouver leurs fabricants de prouver leur efficacité ou bien de les retirer du marché. Pourtant les médecins continuent à les prescrire. En 1983, la conclusion d'une étude de trois ans menée à l'université de Pittsburgh a révélé qu'aucun de ces médicaments n'était efficace le traitement des otites. Plus de 500 enfants participèrent à une expérimentation dans laquelle la moitié d'entre eux reçurent ces médicaments et l'autre moitié un les résultats furent identiques dans les deux groupes.

La tympanostomie est rarement justifiée

Les pédiatres utilisent souvent la tympanostomie pour traiter des otites chroniques séreuses, c'est-à-dire dans lesquelles un liquide clair et non purulent se trouve dans l'oreille moyenne. Son but est de ménager un vide dans l'oreille moyenne afin de faciliter l'écoulement des fluides par les trompes d'Eustache. (C'est le même principe qui consiste à faire un second trou dans une boîte de bière afin de à faciliter l'écoulement du liquide par le premier orifice.) Le tympan est percé pour y insérer un tube de polyéthylène qui peut être laissé en place pendant semaines ou même des mois. Parfois le médecin l'enlève, parfois il tombe spontanément. La raison principale de cet acte est de prévenir la surdité; elle n'est pas valable.

On a montré que dans les cas où les oreilles étaient infectées et où un tube était placé dans l'une des deux, le résultat était identique pour les deux oreilles. La tympanostomie entraîne certains risques et des effets secondaires. Alors que son objectif est une prévention de la surdité, elle peut, en fait, conséquence

des cicatrisations du tympan qui causent une perte d'audition. Un des effets secondaires de cette opération, dont le but est de guérir est - incroyable, mais vrai - l'otite aiguë !

Que faire au milieu de la nuit ?

Que pouvez-vous faire si votre enfant a mal à l'oreille au milieu de la nuit? D'abord, n'appellez pas votre médecin, même si la douleur est intense. Il n'existe aucun traitement immédiat que vous ne puissiez appliquer vous-même: un coussin chauffant; deux gouttes d'huile d'olive tiède dans l'oreille toutes les deux heures (On peut citer le remède homéopathique « miracle» des maux d'oreille aigus avant minuit: Aconit.) Donnez du whisky à l'enfant pour l'endormir (10 gouttes à un petit enfant et jusqu'à une demi cuillère à thé à un plus grand; on peut répéter la dose après une heure et éventuellement après deux heures si nécessaire); si les douleurs persistent, utilisez une dose d'acétaminophène proportionnelle au poids de votre enfant. Le but du traitement est de soulager les symptômes en laissant l'organisme se défendre de lui-même.

Si la douleur persiste après 48 heures, voyez votre médecin pour chercher si un traumatisme ou un corps étranger dans l'oreille n'en est pas la cause. Si ce n'est pas le cas et s'il n'existe aucun écoulement de pus, rentrez à la maison sans traitement et laissez la nature suivre son cours.

La plupart de mes collègues jugeront cette attitude contraire aux principes médicaux généralement acceptés. Je maintiens cependant (et je vous en ai donné les raisons) que les principes médicaux généralement acceptés sont trop agressifs et que mon approche est raisonnable. Des études scientifiques confirmées ont prouvé que le traitement conventionnel des otites ne réussit pas et peut être dangereux pour le patient. Je ne peux pas vous donner de preuves scientifiques que l'huile

d'olive et le whisky guérissent les otites, mais mes patients vous diront qu'ils soulagent la douleur et je sais que ces substances ne peuvent pas faire de mal. Aucun de mes patients et aucun des patients de mes collègues ne devint sourd à la suite d'otite, mais certains des patients traités ont des problèmes d'audition résultant directement des traitements reçus.

Protégez la vue de votre enfant

Vous considérez sans doute, et nous sommes tous dans ce cas, la vue comme l'un de vos biens les plus précieux. Vous ne pouvez même pas imaginer que votre enfant perde la sienne. Ce souci vous honore et il est important de surveiller sa vue, comme d'éviter les traitements inappropriés.

A la naissance, la vue des bébés est développée, mais ils distinguent mal les détails, la coordination entre les yeux et le cerveau n'étant pas encore assurée. La capacité totale de la vision n'est atteinte que vers l'âge de cinq ans.

Les verres correcteurs sont inutiles avant cet âge, sauf dans le cas d'un défaut spécifique ou lorsqu'il y a une différence de vision entre les deux yeux.

Les trois problèmes de vue les plus fréquents – la myopie, l'hypermétropie et l'astigmatisme – sont dus à la forme de l'œil et ne sont ni une faiblesse, ni une maladie. La distance trop grande entre cornée et rétine cause la myopie. Si la distance est trop courte, il s'agit d'une hypermétropie. L'astigmatisme est dû à une irrégularité de la cornée. Tous ces petits défauts peuvent être corrigés par des lunettes ou des verres de contact et aucun ne constitue un danger pour l'avenir.

Près de 10% des enfants ont besoin de lunettes, mais le fait de ne pas porter de verres correcteurs n'aggrave pas le problème. L'hypermétropie diminue souvent lorsque l'enfant devient adulte, vers l'âge de 21 ans ; la myopie s'aggrave souvent, puis se stabilise à peu près au même âge.

Le strabisme se corrige en général tout seul

Durant les premiers mois de la vie, les yeux de l'enfant peuvent fonctionner de manière indépendante, ce qui inquiète les parents. Ces mouvements incoordonnés sont pourtant tout à fait normaux et c'est au troisième mois que les yeux devraient commencer à fonctionner à l'unisson. Certains enfants présentent cependant un *strabisme alternant* où l'un ou l'autre œil ne suit pas la direction du regard. Cela se corrige presque toujours spontanément vers l'âge de 5 ans. Un traitement – notamment chirurgical – est inutile, quoi qu'en dise le médecin.

Lorsque l'un des yeux reste dans un coin et n'est pas utilisé du tout, c'est plus ennuyeux, car il pourrait ne plus fonctionner du tout si l'on n'intervient pas. On appelle *amblyopie* cette absence de vision normale où la structure oculaire et le nerf optique sont normaux, mais où l'œil ne transmet pas au cerveau les stimuli visuels. On peut habituellement corriger cette amblyopie en recouvrant le « bon œil », ce qui oblige à utiliser l'œil « paresseux ». On peut atteindre le même résultat par des exercices oculaires (exercices orthoptiques) ou grâce à la chirurgie, quand toutes les autres mesures ont échoué. Il est important que le strabisme vrai, qui peut conduire à l'amblyopie, soit corrigé quand votre enfant entre à l'école. Dans ce cas, amenez-le à un ophtalmologiste compétent. Assurez-vous cependant que celui-ci n'utilise la chirurgie qu'en tout dernier ressort, quand tout le reste a été tenté.

Avant de soumettre votre enfant à un traitement, assurez-vous qu'il s'agit bien de vrai strabisme, avec un œil fixé dans un coin, et non d'un strabisme alternant. En effet, j'ai vu trop de cas de strabisme alternant, chez des enfants de deux ou trois ans, que des médecins ont voulu corriger à tout prix – même

chirurgicalement – alors que ce problème se résout spontanément avant l'âge de 5 ans.

Dans ce livre, je souhaite vous éviter les interventions médicales inutiles, mais lorsqu'un avis médical est nécessaire, je vous conseille vivement de le prendre. C'est le cas pour les traumatismes de l'œil. Lorsque votre enfant souffre d'un traumatisme sévère de l'œil, vous ne devez pas tenter de le traiter vous-même, et votre pédiatre non plus. Cherchez d'urgence un ophtalmologiste compétent, car un traitement d'amateur fait par la famille ou un médecin non spécialiste peut avoir pour résultat des conséquences irréversibles. En cas de blessure oculaire, la seule chose que vous puissiez faire est de placer une compresse chaude et humide sur l'œil ou de le laver avec de l'eau stérile dans le cas d'une brûlure chimique ; que quelqu'un téléphone pendant ce temps à un ophtalmologiste ou à un service d'urgence d'un hôpital en décrivant la blessure pour savoir si vous devez faire autre chose avant d'amener l'enfant.

Si le problème est un petit corps étranger dans l'œil et que les larmes de votre enfant ne suffisent pas à l'en débarrasser, essayez de le faire en retroussant les paupières et en faisant gicler de l'eau – préalablement bouillie et refroidie – à l'aide d'une pipette stérile. Soyez particulièrement attentif à la paupière supérieure, car c'est là que les corps étrangers se logent le plus souvent. Si vous n'y arrivez pas, essayer d'empêcher votre enfant de se frotter l'œil et amenez-le chez le médecin – il risque de se blesser si l'objet est piquant ou abrasif –.

La plupart des problèmes oculaires sont traités avec exagération

En dehors du domaine des blessures oculaires, les médecins

tendent à surtraiter les problèmes des yeux, comme tous les autres problèmes de santé. De nombreux enfants subissent le désagrément de porter des lunettes et la moquerie de leurs camarades à cause de médecins qui leur imposent des verres correcteurs dont ils n'ont pas besoin. Une étude tout à fait sérieuse, portant sur 2000 enfants et 300 pédiatres, a montré que 7 enfants porteurs de lunettes sur 10 n'en avaient retiré aucun bénéfice, probablement parce que leur trouble visuel n'était pas suffisant pour exiger une correction. 40% des enfants testés n'avaient pas une vision correcte avec leurs lunettes ! Les pédiatres demandent aux parents des efforts inutiles et coûteux en exigeant que les yeux de leurs enfants soient examinés chaque année. Le seul bénéficiaire de cette démarche ridicule est le médecin ! A moins que votre enfant n'ait un problème évident, il est absolument inutile de contrôler régulièrement sa vue et en tout cas pas chaque année.

Il est raisonnable de faire un contrôle de la vue à l'âge de 4 ans, lorsque les tests commencent à être possible et à l'âge de 9 ou 10 ans. Aucun autre examen n'est nécessaire à moins qu'un problème de vision ne soit suspecté, à l'école ou à la maison. Pour les adultes, il est raisonnable de faire un examen tous les 10 ans jusqu'à 40 ans, puis tous les 5 ans.

Les médecins ont également tendance à surtraiter des maladies des yeux qui sont causés par des allergies ou des irritations. Le problème le plus fréquent chez l'enfant est la conjonctivite, due en général à des allergies ou, parfois, à des infections virales ou bactériennes. Les enfants peuvent développer des conjonctivites chroniques s'ils sont exposés à des fumées de tabac ou à d'autres formes de pollution de l'air ou, encore, à une fatigue oculaire ou un sommeil insuffisant.

La conjonctivite allergique peut être due à des pollens, des poussières, des poils d'animaux, des médicaments, des cosmétiques, des aliments, des additifs chimiques, l'eau des

piscines ou d'autres allergènes. Elle est, en général, caractérisée par des démangeaisons et une rougeur au niveau des yeux, sans autre écoulement que des larmes.

La conjonctivite printanière est saisonnière, comme son nom l'indique. Elle apparaît au printemps, continue pendant l'été et disparaît en automne. Les symptômes en sont des démangeaisons, un larmolement, une sensibilité à la lumière et un écoulement muqueux, mais non purulent.

La conjonctivite catarrhale, qui est contagieuse, est la plus ennuyeuse. Les yeux de la victime sont rouges et sensibles à la lumière. Ils démangent et brûlent et il en coule un mucus épais ou du pus qui peut s'accumuler au bord des paupières. Il n'est pas rare que les enfants souffrant de cette forme de conjonctivite ne puissent pas ouvrir les yeux quand ils se réveillent le matin, car leurs paupières sont collées. Votre enfant sera sans doute effrayé et il faudra le rassurer. Il est évident que des mesures d'hygiène, comme ne pas se servir des mêmes linges de toilette que lui, doivent être appliquées afin d'éviter la contagion pour les autres membres de la famille.

Vous n'avez pas besoin de savoir distinguer les différents types de conjonctivites, mais si votre enfant en présente souvent, vous devriez suspecter et rechercher une cause allergique.

Aucune de ces conjonctivites n'exige un traitement médical immédiat, mais si l'écoulement purulent de la conjonctivite catarrhale persiste pendant plusieurs jours, il vous faudra peut-être voir votre médecin pour une prescription d'antibiotique local. Dans la plupart des cas, le nettoyage des yeux avec de l'eau stérilisée et un chiffon propre suffira.

Si vous suspectez une réaction allergique, examinez de près l'histoire de votre enfant pour essayer d'en comprendre la cause. Recherchez des changements d'activité, des changements de lieu, des changements alimentaires ou la présence de nouveaux médicaments ou de conditions nouvelles

ou d'événements nouveaux dans les jours qui ont précédé le problème. Vous pouvez le faire mieux que votre médecin.

L'orgelet, infection des glandes sébacées du bord des paupières, constitue une autre affection fréquente chez les enfants. Il débute par une sensation comparable à celle d'un corps étranger dans l'œil, puis l'enfant commence à pleurer, son œil est irrité et rouge. Enfin, une lésion semblable à un petit bouton se forme sur le bord de la paupière. Aucun médicament n'est indiqué, mais l'application de compresses chaudes pendant 10 à 15 minutes, 4 ou 5 fois par jour, sera normalement efficace pour limiter, drainer et faire disparaître l'infection. On emploie parfois des solutions d'acide borique ou de sel d'Epsom, mais de la simple eau stérile va tout aussi bien.

Idées fausses sur la vue

Les mythes concernant la vue font perdre beaucoup de temps et d'argent aux parents. Nombre de ces fausses croyances sont sources de tension entre les parents et les enfants.

Aucune, cependant, ne repose sur une base scientifique. Par exemple :

1. Lire dans une mauvaise lumière abîme les yeux.
2. Lire trop longtemps abîme les yeux.
3. S'asseoir trop près d'un écran de télévision abîme les yeux. (Évitez-le quand même, car aucune recherche objective n'a été faite sur les dangers potentiels à long terme des radiations de la télévision.)
4. Lire dans un véhicule en marche abîme les yeux.
5. L'exposition à des flashes ou à une lumière artificielle intense abîme les yeux.
6. Porter les lunettes de quelqu'un d'autre abîme les yeux.

7. Porter des lunettes de fantaisie abîme les yeux.
8. Ne pas porter ses lunettes abîme les yeux.
9. Porter des lunettes affaiblit progressivement les yeux.
10. Si un corps étranger n'est pas enlevé rapidement, il peut se perdre derrière l'œil.
(C'est impossible, car la conjonctive sépare la partie visible de l'œil du fond de l'orbite. La seule ouverture est le canal lacrymal, minuscule, par lequel coulent les larmes.)
11. Manger des carottes améliore la vue. (Si cela peut vous aider à persuader votre enfant de manger ses légumes, vous pouvez perpétuer ce mythe !)

Il y a déjà tellement de situations dans lesquelles les parents doivent dire non à leurs enfants qu'il est inutile de multiplier les tensions à cause de mythes de ce genre.

Problèmes de peau : le fléau de l'adolescence

Les problèmes de peau sont rarement graves, mais ils figurent parmi les préoccupations principales des parents à cause de leurs conséquences émotionnelles et psychologiques - en particulier chez les adolescents. L'acné, par exemple, a gâché la vie de millions d'adolescents et d'adultes et cette affection reste l'une des plus difficiles à traiter en pédiatrie.

Le premier problème rencontré par les jeunes mères est un problème de peau, celui des «derrières rouges». Les cas chroniques qui rendent les enfants irritables peuvent être extrêmement désagréables et les mères désespérées réagissent souvent en achetant des pommades ou en consultant leur pédiatre. Ni pommade ni pédiatre ne sont nécessaires et les deux, en fait, peuvent être dangereux.

L'un des premiers traitements qu'un bébé a des chances de recevoir après sa sortie de la maternité est un exemple classique d'abus pharmaceutique, symbolique de la pratique pédiatrique. Presque tous les médecins utilisent des médicaments sans raison. L'abus est devenu la règle plutôt que l'exception dans la médecine américaine. Le «derrière rouge » est un problème fréquent extrêmement simple qui peut et devrait être traité avec des mesures simples, mais ce n'est pas du goût de l'industrie pharmaceutique, ni de la plupart des pédiatres.

A la vue de fesses rouges et irritées, le médecin déploie une

panoplie de pommades à base d'antibiotiques, de cortisone et d'hydrocortisone, dont les effets secondaires possibles sont réellement inquiétants! La prévention est la clé pour éviter les « derrières rouges ». N'utilisez pas de culottes en plastique ou en caoutchouc, ni de langes à jeter, mais des langes en tissu, en vous assurant qu'ils ont été bien rincés après lavage (les détergents pouvant être irritants).

Lavez soigneusement le bébé avec de l'eau et du savon doux chaque fois qu'il a produit des selles et exposez ses fesses à l'air autant qu'il est possible. Si une irritation commence à se développer malgré ces précautions, continuez de même et saupoudrez ses fesses d'amidon [L'argile en poudre est aussi très efficace (N.d.T.)] avant de le langer. Si le problème persiste, utilisez une pommade à l'oxyde de zinc. Il est évident qu'il vous faut également changer votre bébé fréquemment et le mettre au sec dès qu'il est mouillé.

Si l'irritation persiste encore, il existe peut-être une affection nécessitant un traitement médical, mais le cas est rare. Il peut s'agir, par exemple, d'une mycose (souvent consécutive à un traitement antibiotique) pour laquelle un traitement avec une pommade spécifique peut être nécessaire. L'alimentation est souvent responsable de l'irritation fessière, en particulier le lait de vache ou le lait de soja. C'est un argument de plus en faveur de l'allaitement maternel qui limite très nettement la fréquence des « derrières rouges » et autres problèmes dus aux allergies alimentaires.

L'acné est un autre problème de peau qui afflige les enfants et les adolescents. Cette affection défigurante est le pénible lot d'un nombre incalculable d'adolescents. Elle touche également des enfants plus jeunes et des adultes. Les médecins connaissent bien son aspect, mais ne comprennent pas grand-chose à ses causes. Peu de progrès ont été faits dans son traitement qui n'est, de toute manière, que palliatif, et les traitements connus comportent, à mon avis, des risques

inacceptables.

Causes de l'acné

L'acné est une maladie des glandes sébacées localisées à quelques millimètres en-dessous de la surface de la peau. Leur fonction est de sécréter le sébum, substance grasseuse qui lubrifie la peau et les cheveux et limite l'évaporation de l'eau sur la peau, contribuant ainsi à stabiliser la température du corps. Le sébum se compose pour moitié de triglycérides (graisse ordinaire). Le *Corynebacterium Acnes*, bactérie se trouvant normalement dans les follicules pileux, se nourrit de cette graisse. La bactérie se multiplie et produit des substances qui irritent les follicules. De plus, les pores se bloquent, le sébum s'accumule et des points blancs se forment qui se transforment en points noirs, en pustules et enfin, dans 2% des cas, en vrais kystes. Ce sont ces kystes qui forment des cicatrices sur le visage, surtout si on les pique ou si on tente d'en exprimer le contenu, ce qui aggrave l'infection.

On dit beaucoup de choses sans fondement sur l'acné. Bien des gens pensent que les points noirs sont une accumulation de poussière dans les pores: en fait, la couleur noire n'est pas due à la saleté, mais à une accumulation d'un pigment, la mélanine (substance qui donne à la peau une couleur noire ou un teint bronzé). Ignorant cela, des millions d'adolescents se frottent le visage, parfois jusqu'à s'écorcher. La propreté est une vertu, mais les nettoyages approfondis à l'eau et au savon ne changent rien à la maladie car ils ne touchent que la surface de la peau et non les régions plus profondes où le sébum s'accumule. En frottant trop, on risque en réalité d'aggraver le problème.

Les victimes de l'acné, et même les médecins, se font des idées erronées sur le rôle de l'alimentation. Certaines de ces idées

peuvent être utiles, car elles écartent quelques adolescents de nourritures particulièrement toxiques, mais il n'existe aucune évidence scientifique d'une relation quelconque entre une catégorie d'aliments et l'acné.

Au cours des années, on a accusé le chocolat, les nourritures grasses (comme les frites, les cacahuètes) et les aliments contenant de l'iode. On a l'impression que certains aliments aggravent l'acné chez certains patients, mais des études confirmées n'ont pu mettre en évidence aucune allergie alimentaire spécifique. Certains individus, cependant, semblent réagir à certains aliments et lorsqu'on peut identifier une cause, il faut certainement en tenir compte.

Certains nutritionnistes obtiennent de modestes succès en traitant l'acné par l'alimentation, malgré le manque de bases scientifiques. Les médecins n'y croient pas trop en raison de cette absence de preuves. Certains médecins taxent même ces nutritionnistes de charlatans et continuent à donner à leurs patients leurs propres médicaments, se conduisant ainsi tout autant en charlatans, car ces drogues n'ont pas prouvé leur efficacité non plus.

La plupart des traitements de l'acné sont peu efficaces

Il existe plus de 150 préparations ne nécessitant pas d'ordonnance pour le traitement de l'acné. La plupart d'entre elles contiennent du peroxyde de benzol, qui élimine une partie de l'huile et peut soulager certains patients. Votre adolescent a avantage à utiliser ces préparations, même si elles ne sont pas très utiles, et à éviter les traitements prescrits par les médecins qui sont plus dangereux, mais ne marchent pas mieux. Durant mes années de pratique, j'ai vu des médecins traiter les victimes de l'acné avec des antibiotiques (tétracyclines, érythromycine), de la vitamine A en dose

massive (et dangereuse), des tablettes de sulfate de zinc, de la cortisone, des injections d'acétonide de triamcinolone pour drainer les lésions, des hormones, des rayons ultraviolets, des lotions contenant du soufre, du thiosulfate de sodium, de l'acide salicylique, l'abrasion de la peau (mécanique ou chimique), les traitements au rayons X et même - c'est incroyable - la chirurgie gynécologique. .. Et après cela, certains médecins osent encore traiter les nutritionnistes de charlatans !

Il y a vingt ans, des dizaines de milliers de victimes de l'acné ont subi des traitements radiothérapiques dans l'espoir d'être guéris. J'ai même prescrit moi-même ce traitement. Les résultats de ce choix dangereux et irrationnel sont visibles aujourd'hui où l'on assiste à une réelle épidémie de tumeurs de la thyroïde (dont certaines sont cancéreuses), chez les individus exposés à l'irradiation pour le traitement d'une acné ou d'autres affections.

Les pédiatres et les dermatologues ont abandonné aujourd'hui la radiothérapie dans le traitement de l'acné, mais ils l'ont remplacée par des traitements tout aussi inefficaces et dangereux. Ils se servent de différentes sortes de tétracyclines, alors que l'utilisation prolongée de cet antibiotique peut rendre l'organisme de votre enfant plus vulnérable à des infections sérieuses. Les tétracyclines éliminent les bactéries de protection qui sont dans l'organisme et ouvrent la voie à des infections graves qu'on voyait très rarement il y a 30 ou 40 ans. Données à de jeunes enfants, elles peuvent colorer leurs dents en jaune de façon permanente et, même, atteindre la structure osseuse.

On conseille également aux adolescents l'abrasion de la peau à l'aide de papier de verre, de brosses ou d'autres matériels abrasifs qui éliminent la couche cutanée cicatricielle.

L'efficacité de ce traitement n'a jamais été établie; une étude

faite en 1977 par Un chercheur au collège de médecine de Houston's Baylor a montré que « le traitement des cicatrices de l'acné par l'abrasion cutanée classique est décevant. Il peut même être complètement inutile et souvent accompagné par des séquelles indésirables ».

Que penser de l'Accutane ?

Le dernier-né des traitements de l'acné est un dérivé de la vitamine A, l'acide cistréinoïque, qu'on peut obtenir aux Etats-Unis sur ordonnance depuis septembre 1982, sous le nom d'Accutane [En France et en Suisse, l'Accutane existe sous le nom de Roaccutane. (N.d.T.)]. On a estimé que les médecins ont prescrit 60.000 fois ce médicament durant les deux premiers mois où il a été sur le marché.

Contrairement aux autres médicaments utilisés dans le traitement de l'acné, l'Accutane est *efficace, mais personne ne sait comment ni pourquoi, pas même le fabricant, ni la FDA.*

Lors des essais cliniques, ce produit s'est révélé efficace dans 90% des cas et c'est là une bonne nouvelle. La mauvaise nouvelle est qu'il provoque tant d'effets secondaires effrayants que des dermatologues réputés sont extrêmement réservés sur son emploi. Mais d'autres le prescrivent avec la même légèreté que les traitements radiothérapiques qu'ils prescrivaient il y a 20 ans, sans informer leurs patients sur les conséquences possibles.

Les risques et les effets secondaires sont importants. Le Bulletin de la FDA a signalé que l'Accutane produit une inflammation des lèvres chez plus de 90% des patients qui l'utilisent. 80% des patients présentent une sécheresse de la peau ou des muqueuses, 40% une conjonctivite et près de 10% une éruption ou une perte de cheveux. 5% voient peler la paume de leurs mains et la plante de leurs pieds ou sont sujets

à des infections de la peau, avec une sensibilité augmentée à la lumière solaire.

Je compatis de tout mon cœur avec les adolescents qui sont affligés d'acné et avec les parents sensibles et aimants qui partagent avec leurs enfants les conséquences émotionnelles et psychologiques de cette affection. Je comprends également fort bien les adolescents qui courraient n'importe quel risque pour voir dans leur miroir un visage lisse et sans marque.

Mais il vous faut considérer les conséquences potentielles, à court et à long terme, de ces traitements, car on découvre un nouvel effet secondaire presque chaque jour. Si votre adolescent souffre d'acné, pesez bien les risques et les bénéfices de l'Accutane, et voyez si les bénéfices valent les risques. Pour pouvoir prendre votre décision, vous devez connaître tous les risques, pas seulement les plus apparents qui se sont révélés chez la plupart des consommateurs du médicament. Je doute que votre médecin vous donne cette information dans tous ses détails et je vais donc vous la donner moi-même.

A vous, ensuite de décider si vous et votre enfant êtes disposés à choisir un miracle à court terme au prix d'un désastre potentiel à long terme.

Les informations contenues sur l'emballage de l'Accutane révèlent qu'il n'agit pas seulement sur la peau, mais que des concentrations élevées du produit se retrouvent dans plusieurs tissus de l'organisme. Des études expérimentales montrent qu'après sept jours, la substance se retrouve dans le foie, l'uretère, les surrénales, les ovaires et les glandes lacrymales. Il y a également des effets sur le sang: 25% des patients accusent une élévation des triglycérides plasmatiques, 15% une diminution des lipoprotéines de haute densité et 71% une augmentation du taux de cholestérol. Ces trois facteurs sont d'une importance vitale dans le développement des maladies

cardio-vasculaires. Cette perspective est si inquiétante que le fabricant d'Accutane recommande « un examen du taux des lipides (sanguins) avant le début du traitement, puis chaque semaine ou chaque quinzaine, jusqu'à ce qu'on ait établi la réaction du sujet au médicament. »

L'Accutane ne touche pas seulement les éléments lipidiques du sang, mais 40% des patients ayant reçu ce médicament ont montré une autre anomalie difficile à expliquer. 13% avaient un taux de plaquettes augmenté, ce qui peut avoir des conséquences sur la coagulation. 10 à 20% avaient une diminution du nombre de globules rouges ou de globules blancs, des globules blancs dans les urines ou des taux anormaux d'enzymes dans le sang.

D'autres utilisateurs de l'Accutane (moins de 10%) avaient des protéines ou des globules rouges dans l'urine et des taux élevés de sucre dans le sang.

Dans des essais cliniques, cinq patients traités avec l'Accutane pendant plus de deux ans ont montré des anomalies du squelette: trois adultes souffraient de dégénérescences de la colonne vertébrale et deux enfants montraient des signes radiologiques de soudure prématurée des épiphyses. Ce dernier point est particulièrement préoccupant pour les adolescents, car l'épiphyse est la partie de l'os qui reste habituellement non soudée jusqu'à ce que la croissance du corps soit terminée. Une soudure prématurée empêchera l'enfant d'atteindre sa taille normale. Un autre indicateur de la croissance osseuse, le taux sanguin de la phosphatase alcaline est anormal chez 14% des patients traités à l'Accutane. Dans une autre étude, portant sur 72 patients ayant eu un examen ophtalmologique normal avant le traitement 5 ont développé, sous traitement, des opacités de la cornée.

Des expériences sur les chiens, montrant une dégénérescence des testicules et une diminution de la production de sperme

lors de la prise d'Accutane, font particulièrement craindre pour les adolescents de sexe masculin.

Risques potentiels pour les adolescents

En laboratoire, l'Accutane donné à des femelles attendant des petits cause des malformations fœtales et cette observation est particulièrement préoccupante pour les adolescentes et pour les femmes. Chez les lapins, l'Accutane a un effet toxique sur l'embryon, entraînant un avortement spontané. Aucune étude sur l'Accutane n'a été faite sur des femmes enceintes, mais le fabricant s'inquiète des risques tératogènes (malformations fœtales). Voici ce qu'on peut lire sur la notice d'information qu'il fournit : « Ne pas prescrire d'Accutane aux femmes enceintes, ni à celles qui désirent une grossesse. Les femmes en âge de procréer ne devraient pas prendre d'Accutane si elles n'utilisent pas une forme de contraception efficace et devraient être clairement informées sur les risques potentiels pour le fœtus en cas de grossesse sous ce traitement. En cas de grossesse sous traitement, médecin et patient devraient discuter de l'opportunité de continuer ou non la grossesse.» Le fabricant est tellement inquiet de la possibilité de malformations fœtales, qu'il ajoute:« Après l'arrêt du traitement, il faut continuer la contraception pendant un mois ou jusqu'au retour de règles normales. »

Il est indéniable que l'Accutane diminue ou élimine les symptômes de l'acné chez la plupart des patients qui l'utilisent, mais son mécanisme d'action et la raison de ses nombreux effets secondaires ne sont pas connus. Les conséquences à long terme sont ignorées également, car le médicament est sur le marché depuis trop peu de temps. Si vous pensez à la multitude de dangers qu'il présente, son utilisation chez l'être humain est pour le moins discutable. Si un produit chimique comportant autant d'effets secondaires dangereux que

l'Accutane était vendu comme produit de ménage. L'emballage porterait un crâne et deux fémurs en croix sur l'étiquette et, clairement imprimés, les mots: « Ne pas avaler ».

Cependant, il existe des médecins qui le prescrivent sans explications.

C'est pour les parents une responsabilité énorme que de conseiller ou non à leurs enfants d'utiliser ce médicament. Un enfant souffrant d'acné sévère est terriblement tenté de négliger les risques de l'Accutane. De plus, les adolescents, plus que les adultes, ont tendance à envisager les désastres comme n'arrivant qu'aux autres et, également, à être séduits par les avantages immédiats d'une démarche plutôt que d'écouter leur bon sens. Le taux d'accidents de la circulation chez les adolescents et leur attirance pour les drogues reflètent cette tendance.

Il est donc probable qu'un adolescent souffrant d'un visage pustuleux ne tiendra pas compte des conséquences potentiellement néfastes de l'Accutane en raison de son désir de se «débarrasser à tout prix» de son problème. Il faut absolument que les parents aident leur enfant à réfléchir sérieusement.

Ma prudence actuelle est peut-être motivée par les remords d'avoir prescrit la radiothérapie il y a 30 ans à de nombreux patients atteints d'acné, mais je ne prescris l'Accutane à personne. Les risques connus me suffisent et Dieu seul sait quels autres effets secondaires à long terme seront encore découverts !

Expériences avec des méthodes sans danger

Le traitement de l'acné a de multiples possibilités en théorie, mais aucun autre traitement que l'Accutane ne semble efficace.

Chaque médecin a sa liste de traitements qu'il pense efficaces, mais il n'existe de preuve scientifique d'efficacité pour aucun d'eux. C'est pourquoi, au cours des années, ma stratégie a été de n'employer que les traitements qui présentent le moins de risques pour les patients. Comme pour les traitements plus dangereux, certains d'entre eux sont efficaces, d'autres ne le sont pas, et personne ne sait pourquoi.

J'ai dit plus haut qu'il n'existe aucune preuve scientifique de la relation entre l'acné et l'alimentation. Et pourtant, dans bien des cas individuels, une approche nutritionnelle du problème semble efficace. Le docteur J. Wright, qui écrit d'excellents articles dans le journal *Prevention*, nous donne dans ce domaine un élément qui, s'il n'est pas scientifique, est en tout cas convaincant. Il remarque que l'acné n'existait pas chez les Esquimaux du nord du Canada avant qu'ils n'adoptent une alimentation «civilisée ». Actuellement les Esquimaux souffrent pratiquement tous de l'acné. Le docteur Wright n'est pas seul à penser que, dans l'état actuel des connaissances médicales, une approche nutritionnelle est la seule manière intelligente de considérer le traitement de l'acné. Voici ce qu'il dit: « Je n'ai vu que très peu de cas d'acné (même parmi les cas graves) qui résistèrent à un traitement consistant en une amélioration de la nourriture, une élimination des allergènes alimentaires et l'adjonction de certains éléments comme le zinc, les acides gras essentiels, les vitamines du complexe B et la vitamine A.

Même dans de nombreux cas rebelles, l'approche alimentaire semble efficace. En fait, ces quatre ou cinq dernières années, je n'ai vu aucun patient dont l'acné n'ait pas été améliorée ou même guérie par le traitement nutritionnel.»

Je conseille à mes patients victimes d'acné d'apporter une attention particulière à leur alimentation pour déterminer, par élimination, les types d'aliments qui peuvent aggraver ou, au contraire, améliorer l'état de la peau. Vous perdez votre temps

si vous parlez d'alimentation à votre médecin, car il n'y connaît rien et n'y croit absolument pas. Ce en quoi il croit, c'est à l'amélioration de la vie grâce à la chimie, et il prescrira probablement des tétracyclines, de l'hydrocortisone ou de l'Accutane. Au lieu d'aller voir un médecin, lisez de bons livres sur l'alimentation et essayez les régimes qu'ils recommandent.

Essayez des régimes sans sucre raffiné, sans farine blanche et sans aliments industriels bourrés d'additifs chimiques. Observez soigneusement votre enfant pour voir si ses crises d'acné coïncident avec l'ingestion d'un aliment particulier. La propreté est importante, mais il faut éviter de trop frotter la peau affectée, car cela peut faire plus de mal que de bien. Si vous vous sentez obligé d'utiliser une pommade quelconque, demandez conseil à votre pharmacien et non à votre médecin. Les préparations que l'on peut se procurer sans ordonnance ne sont probablement pas très efficaces, mais elles sont relativement sans danger en comparaison de celles que prescrivent les médecins ou les dermatologues.

Autres problèmes de peau

En dehors de l'acné, il existe un grand nombre d'autres petits problèmes de peau relativement fréquents qui peuvent un jour affecter votre enfant. Parmi les plus bénins, il y a les boutons de chaleur qui n'ont aucune conséquence médicale, mais qui ennuiant les parents pour des raisons esthétiques. La peau devient parfois si vilaine que les mères courent chez le pédiatre pour retrouver« leur mignon bébé ».

Les boutons de chaleur

Ils ne nécessitent aucune visite chez le médecin. Moins l'enfant reçoit de traitement médical, mieux il se porte. Les boutons de

chaleur surviennent souvent chez les bébés quand ils sont habillés trop chaudement. Les bébés n'ont pas besoin d'être plus habillés que les adultes et ils ne souffriront aucunement dans une pièce à température normale, même s'ils sont tout nus ou ne portent qu'un lange.

Si votre bébé a des boutons de chaleur, habillez-le légèrement ou laissez-le nu en exposant au maximum sa peau à l'air. Vous pouvez utiliser une lotion calmante pour soulager les démangeaisons. Évitez les préparations qui contiennent un antihistaminique. Votre enfant peut être allergique à l'antihistaminique et présenter des effets secondaires, par exemple une éruption cutanée aggravant celle qu'il présente déjà. Il est inutile de lui faire courir ce risque.

Car rien ne prouve que les antihistaminiques employés localement soulagent les démangeaisons.

L'eczéma

Est une autre maladie de peau assez fréquente chez les bébés et les très jeunes enfants.

C'est une éruption rouge rugueuse et en plaques; la peau est épaisse et écailleuse et forme des croûtes si l'on gratte. Les médecins pensent habituellement que l'eczéma est héréditaire, mais je ne connais aucune étude à ce sujet. L'allergie est héréditaire et non l'eczéma, selon moi.

Mon expérience personnelle dans le traitement de l'eczéma a démontré l'origine allergique de la maladie, puisqu'elle guérit d'habitude sans traitement, si l'allergène ou les allergènes sont identifiés. Dans la plupart des cas, il s'agit du lait de vache ou du lait de soja, mais d'autres aliments et d'autres types d'allergies peuvent également être responsables.

L'eczéma est rare chez les enfants nourris au sein.

Plutôt que d'utiliser des pommades ou d'autres médicaments, si votre enfant souffre d'eczéma, essayez les régimes d'élimination pour tenter d'identifier l'allergène alimentaire en cause. Commencez par éliminer le lait de vache ou le lait en poudre et, si l'eczéma disparaît, éliminez-les totalement de son régime. Si vous ne nourrissez pas votre enfant au sein, il existe des régimes sans lait, qui lui permettront une croissance normale. Vous les trouverez dans de nombreux livres probablement disponibles chez votre libraire.

Les traitements à base d'hormones stéroïdiennes sont dangereux

Il y a de fortes chances pour que votre médecin prescrive une pommade contenant des corticostéroïdes (cortisone). Quand tous les autres traitements ont échoué, je n'ai aucune objection à l'utilisation de pommades à base de stéroïdes sur une petite surface de peau pendant quelques jours. Mais l'utilisation de ces préparations sur de plus longues durées et sur de grandes surfaces de peau peut être dangereuse, car les hormones stéroïdiennes sont directement absorbées par l'organisme à travers la peau. Les indications des fabricants de prednisone précisent clairement que son usage devrait être réservé à des affections « graves ou menaçant le pronostic vital ». L'utilisation de ces médicaments dans le traitement de l'eczéma, de l'acné et, même, des coups de soleil est un autre exemple de la pernicieuse tendance de la médecine américaine à utiliser des moyens extrêmes et dangereux pour traiter des maladies relativement bénignes.

L'impétigo

Est une autre maladie de peau de l'enfance qui est inesthétique et ennuyeuse pour les enfants et leurs parents, surtout parce

qu'elle est causée par des bactéries et qu'elle est contagieuse. Il commence avec un bouton qui s'ouvre, se répand en formant ensuite des croûtes brunes ou jaunâtres. Les boutons apparaissent souvent sur le visage, ce qui les rend encore plus gênants. Il y a bien des années, les médecins traitaient l'impétigo avec de la teinture d'iode et du permanganate de potasse. Ces substances ne guérissaient pas l'impétigo, mais cachaient l'infection en la teintant, ce qui était aussi vilain que les croûtes. De nos jours, les médecins ont tendance à utiliser des antibiotiques, soit en application locale, soit par voie générale. Il n'existe aucune preuve de l'efficacité de ces traitements, mais on sait qu'ils sont dangereux. Il n'est pas utile de traiter médicalement l'impétigo. Observez de bonnes règles d'hygiène pour éviter l'infection des autres membres de la famille, éliminez le sucre de l'alimentation et attendez que l'impétigo se guérisse tout seul.

L'urticaire

Est un autre problème de peau provoqué, en général par des allergies et causant d'importantes démangeaisons. L'apparence de l'urticaire est celle de petites boursouflures, couvrant parfois tout le corps, qui peuvent être blanches au centre en raison d'une mauvaise circulation du sang. Il n'est aucunement nécessaire de consulter un médecin. Traitez les démangeaisons avec une lotion et donnez à votre enfant un bain d'amidon. C'est un remède populaire non accepté par les médecins, mais qui semble utile, je ne sais pas pourquoi.

Essayez ensuite d'identifier l'allergène en cause. Pensez aux médicaments, aux aliments, aux habits, aux parfums, aux cosmétiques, aux savons, aux additifs chimiques alimentaires et aux piqûres d'insectes. Si vous montrez votre enfant au médecin pour un urticaire, vous recevrez probablement une ordonnance de cortisone ou d'antihistaminique. Les deux

médicaments sont inutiles et potentiellement dangereux.

Des infections dues à des champignons

Comme la teigne, peuvent survenir chez des enfants aussi bien que chez des adultes. Ce sont des taches rondes de peau rugueuse, habituellement de la grandeur d'une pièce de monnaie. Lorsqu'elles s'étendent sur le cuir chevelu, les cheveux au niveau de la tache peuvent se casser. De nombreux médecins traitent ces problèmes avec des antibiotiques et des antifongiques, comme la griséofulvine. C'est mieux que le traitement aux rayons X, entraînant des cancers de la thyroïde, qui était employé autrefois, mais c'est encore un traitement exagéré. Voici mon avis: ne consultez pas le médecin, observez des règles d'hygiène strictes et laissez agir la nature. Ce conseil est également valable pour les mycoses des orteils, mais des cas chroniques peuvent aussi être traités par des médicaments vendus sans ordonnance.

Plantes toxiques et piqûres d'insectes

Comme ils jouent souvent dehors, les enfants ont, plus fréquemment que les adultes, des réactions à des plantes toxiques ou à des piqûres d'insectes. Chez la plupart d'entre eux, ce n'est pas grave, mais parfois, la réaction allergique peut être sévère et, même, potentiellement fatale.

Quelques végétaux (particulièrement dans certains pays) peuvent provoquer des vésicules sur les parties de peau qui ont été en contact avec le poison, causant des démangeaisons. Le traitement comprend lotion calmante, douche fréquente, bain d'amidon (une ou deux tasses d'amidon dans la baignoire). Si la surface touchée et la réaction de votre enfant sont importantes, consultez un médecin. Celui-ci prescrira probablement de la cortisone sur la peau ou par voie générale

et, si l'allergie est très sévère, il fera hospitaliser l'enfant, avec des injections intraveineuses. Ce traitement est acceptable si la situation l'exige, mais la cortisone ne devrait pas être utilisée dans les cas d'empoisonnement léger, en raison de ses effets secondaires potentiels et de ses conséquences à long terme.

Des piqûres d'abeilles, de guêpes, de moustiques et d'autres insectes produisent, dans la plupart des cas, une réaction peu importante, même si la douleur est intense. Cependant, si votre enfant présente une allergie exceptionnelle à l'un ou l'autre de ces insectes, les accidents mortels ne sont pas impossibles. Le traitement habituel est de laver la plaie avec de l'eau et du savon et de traiter avec une lotion ou des compresses froides pour réduire l'œdème. Si l'aiguillon est visible, il faut l'enlever avec des pincettes [Approcher d'une piqûre d'insecte une allumette enflammée fait tourner le venin et disparaître la douleur. Très efficace ! (N.d.T.)].

Si votre enfant présente une réaction sévère après des piqûres d'insectes, comme des problèmes respiratoires ou un état de choc, consultez un médecin. Essayez d'éviter les endroits où il risque de se faire piquer. J'ai vu des patients dont les réactions aux piqûres étaient si fortes qu'elles produisaient un état de choc généralisé. Je fournissais aux adolescents de l'adrénaline et une seringue qu'ils puissent emporter avec eux, en cas de piqûre dans une zone à risque. Votre médecin peut en faire autant. Pour les jeunes enfants, je donnais la seringue et l'adrénaline aux parents.

Les verrues

Sont le problème de peau le plus mystérieux peut-être. Beaucoup de gens croient encore qu'elles sont dues au contact avec des crapauds (ce qui est faux) et les remèdes de bonnes femmes pour s'en débarrasser sont légion, recourant souvent à des méthodes magiques. Ce qui est vraiment magique, c'est

que presque tous ces traitements semblent marcher si l'on y croit.

Il s'agit peut-être d'une pure coïncidence, car les verrues disparaissent d'elles-mêmes sans traitement avec le temps, mais ces coïncidences sont si fréquentes qu'on peut se demander si la puissance de la suggestion n'est pas un traitement en soi.

Les verrues peuvent être traitées chirurgicalement, chimiquement ou par électrolyse, mais aucun traitement n'est nécessaire, sauf pour des raisons esthétiques. Elles sont causées par des virus. Leur développement s'arrête et elles régressent enfin totalement, si on leur en laisse le temps. Si elles handicapent ou défigurent, voyez un dermatologue.

Le coup de soleil

Je parlerai, pour terminer, du coup de soleil, qui est probablement le problème de peau le plus fréquent dans notre peuple d'adorateurs du soleil: en été, des millions de gens se dorent au soleil sur la plage ou au bord des piscines et une grande proportion d'entre eux ne se baigne jamais. Ils sont là pour acquérir un bronzage « sain », espérant ainsi se rendre plus attirant.

Ce n'est pas sain du tout et, au bout du compte, leur esthétique n'en sera pas améliorée.

Trois conséquences négatives de la surexposition au soleil devraient vous faire réfléchir avant d'autoriser votre enfant à passer l'été à se bronzer. La première est à court terme (le douloureux coup de soleil) et les deux autres à long terme: d'abord, un dessèchement de la peau, qui se ride, se durcit et semble vieillie prématurément; ensuite, les radiations en excès, cumulées au cours des années, augmentant les risques de cancer de la peau.

La lumière du soleil est composée de deux sortes de rayons ultraviolets. L'une est connue sous le nom d'UVA, qui produit le bronzage, et l'autre sous le nom de UVB, qui détruit le collagène et les fibres élastiques du derme (couche profonde de la peau). L'effet à court terme des UVB est un coup de soleil douloureux, mais, plus tard, beaucoup de sujets souffrent de vieillissement prématuré et, de cancers de la peau.

Le coup de soleil aigu se produit souvent dans les deux premiers jours des vacances si l'on s'expose au soleil trop longtemps et trop rapidement. Permettre à votre enfant de jouer plusieurs heures au soleil, le premier jour des vacances, suffit pour les gâcher. Les heures les plus dangereuses sont entre dix heures du matin et deux heures de l'après-midi; les jours très chauds sont les plus dangereux, car les effets des ultraviolets sont augmentés par la chaleur.

Dans un bateau, les coups de soleil sont plus sévères à cause de la réverbération. Les huiles solaires ne contenant pas de filtre pour les ultraviolets n'empêchent pas les coups de soleil et peuvent même les provoquer, car l'huile concentre les rayons du soleil. Dernier conseil: ne pensez pas que votre enfant ne risque rien si le temps est nuageux, car les nuages ne filtrent pas tous les rayons ultraviolets.

Il existe deux manières de prévenir les effets nocifs du soleil. La première est, bien sûr, de rester à l'ombre et de limiter les expositions au soleil aux périodes de l'année et aux heures du jour où ses rayons sont les moins intenses. La deuxième est de protéger la peau de votre enfant avec un filtre efficace. Les étiquettes de ce type de produit portent un numéro proportionnel au degré de protection. Essayez de trouver celui qui correspond à la sensibilité de la peau de votre enfant.

Les effets de l'irradiation du soleil sont cumulatifs, comme pour les rayons X, et le risque de cancer augmente avec chaque exposition. Je pense cependant que le risque dû au soleil est

beaucoup plus faible que celui dû au rayon X, car la lumière du soleil pénètre beaucoup moins profondément dans le corps. Les médecins ont tendance à exagérer les risques de cancer dus au soleil (ils peuvent en rendre les patients responsables) et minimisent les risques dus aux rayons X (dont ils sont eux-mêmes responsables), mais le risque existe quand même. Plus de 90% des cancers de la peau sont localisés sur des surfaces du corps exposées à la lumière (visage, oreilles, dos des mains, nuque). Les gens qui passent de longues heures au volant de leur voiture ont plus de chances d'avoir un cancer sur le côté gauche du visage, qui est le plus exposé au soleil. Enfin, l'existence dans votre famille d'autres cas de cancer de la peau constitue un facteur de risque supplémentaire.

Ne vous tracassez tout de même pas trop, le risque pour votre enfant d'avoir plus tard un cancer de la peau, s'il s'expose trop au soleil n'est pas si grand. Les lésions du cancer de la peau sont visibles, le diagnostic est donc plus facile et la grande majorité de ces cancers sont faciles à guérir. Les cas de mélanome, dangereux à cause des métastases dans d'autres tissus du corps, sont relativement rares et ne constituent que 2% des cancers de la peau diagnostiqués aux Etats-Unis en 1982. Il ne faut donc pas exagérer les dangers des rayons solaires.

Le squelette : chasse gardée des orthopédistes

De même que vous prenez au sérieux le développement intellectuel de votre enfant, vous êtes sans doute sensible à tous les aspects de son apparence et de son développement physique. Vous observez attentivement à quel âge votre enfant se retourne, se redresse, marche à quatre pattes, puis debout. Si votre enfant présente une caractéristique physique qui vous paraît anormale ou un retard dans l'acquisition des étapes motrices, vous vous inquiétez.

Ne perdez pas votre temps à faire des comparaisons entre votre enfant et les autres. Si le bébé de votre voisin marche très tôt, et plus tôt que le vôtre, cela ne signifie pas qu'il soit plus intelligent ou physiquement supérieur. Il n'y a pas de relation entre le rythme variable du développement et les dons intellectuels ou les capacités physiques réelles de l'enfant.

Les jeunes mères, surtout s'il s'agit de leur premier enfant, portent une grande attention à l'apparence physique de leur bébé. Elles viennent souvent me voir pour me parler de leur souci au sujet des pieds plats, des jambes en arc ou des orteils en marteau, supposés «anormaux» et nécessitant une correction.

Ces anomalies imaginaires font le bonheur des pédiatres et des orthopédistes de choc.

Bien des médecins interviennent activement avec des plâtres, des attelles, des chaussures correctrices et recourent même à la

chirurgie pour « corriger » des situations qui, avec le temps, s'arrangeraient d'elles-mêmes. Protégez votre enfant du zèle des orthopédistes, car leurs interventions sont rarement nécessaires et souvent traumatisantes.

Le fait que votre enfant ait les jambes arquées à un an ne veut pas dire qu'il aura l'aspect d'un cow-boy à l'âge adulte !

Les parents sont parfois influencés par des idées fausses, transmises de génération en génération. On pense par exemple qu'un enfant aura les jambes arquées s'il marche trop tôt.

Cela n'est fondé sur aucune preuve scientifique. Au contraire, le fait d'encourager un enfant à marcher relativement tôt, l'aide probablement à développer son sens de l'équilibre. Il est également faux de croire qu'un gros paquet de langes peut déformer ses jambes.

A la naissance, pratiquement tous les bébés ont les jambes arquées et les pieds en dedans à cause de leur position fœtale dans l'utérus. Des coussinets graisseux sous la voûte plantaire ressemblent à des pieds plats. Si les parents ne connaissent pas le cours normal du développement des membres inférieurs, il n'est pas étonnant que ces anomalies les inquiètent.

Développement des jambes

Lorsque le bébé est né, ses jambes vont passer par quatre stades de développement.

Jusqu'à l'âge de 12 à 18 mois, les jambes arquées sont très fréquentes et c'est le développement des muscles, grâce à la marche, qui les fera se redresser. Entre 18 et 24 mois, les jambes arquées se transforment souvent en genoux rentrés, qui peuvent persister jusqu'à l'âge de 12 ans. Plus tard, les choses se rééquilibrent et les jambes tendent à se redresser.

Il est évident que ces étapes de développement donnent au

médecin l'occasion d'intervenir pour traiter des problèmes qui se corrigeraient d'eux-mêmes avec le temps. Les différences énormes de développement d'un enfant à l'autre profitent au médecin. Un spécialiste lucide parle, à ce sujet, des « limites de l'orthopédie ». Il n'existe pas de définition exacte de ce qui est normal ou anormal, pas plus qu'on ne peut définir un nez ou des oreilles « normales ».

A moins que votre médecin ne pose un diagnostic d'anomalie physiologique spécifique et ne réussisse à vous démontrer la nécessité d'un traitement, aucune mesure corrective pour des jambes arquées ou rentrées ne devrait être mise en œuvre avant l'adolescence. Dans presque tous les cas, les choses s'arrangent d'elles-mêmes avant cette période.

Si les jambes rentrées persistent pendant l'adolescence, il est probable que le poids est en cause. Cet enfant n'a pas besoin d'un orthopédiste, mais d'un diététicien, rôle que les mères peuvent fort bien assumer. Il y a quelques exceptions: pieds bots, maladies neurologiques, défauts de l'ossification, qui sont des maladies spécifiques sortant de la norme.

Les chaussures n'ont pas d'importance

Pour se convaincre de l'importance que les parents accordent aux pieds de leurs enfants, il suffit de voir un bébé de deux mois couché dans son berceau avec une paire de bottines à 20 dollars. L'enfant ne marche pas, mais il est équipé à grands frais comme pour une course de vitesse! Il y a là un élément de vanité, bien sûr: les souliers de bébé sont très mignons et tant pis s'il a les pieds enfermés.

La plupart des parents semblent penser que leurs enfants auront des problèmes plus tard s'ils n'ont pas, dès la naissance, de « bons souliers ». Il est inutile de dire que les fabricants ne font rien pour démentir ces affirmations. L'industrie de la

chaussure bénéficie du fait que des millions de paires de souliers vendus chaque année sont destinés à des enfants dont un million (aux États-unis) de souliers correctifs inutiles et coûteux.

Les souliers, qu'ils soient chers ou bon marché, ne sont pas essentiels au développement du pied. Les aborigènes, qui marchent pieds nus, ont de meilleurs pieds que les millionnaires, chaussés à la mode. Le seul but des souliers, à part l'élégance, est de protéger les pieds des accidents ou du froid. Il est donc inutile de dépenser de grosses sommes pour les chaussures de vos enfants. Des souliers en toile vont tout aussi bien. Des souliers hauts, très chers, n'aideront pas au développement des pieds de votre enfant et des tennis bon marché ne causeront pas de pieds plats, ni de mycoses des orteils, comme beaucoup de parents semblent le penser.

Une étude portant sur 104 bébés normaux observés en consultation a montré que 87% d'entre eux portaient des souliers hauts, 74% des souliers à semelles dures et 50% des supports plantaires. 73 enfants portaient des chaussures avant de marcher et 35 avant même de pouvoir se tenir debout. Aucun de ces enfants n'a retiré un avantage physique du port de chaussures. Il est même possible que les souliers hauts et les semelles dures aient retardé le développement des chevilles et, donc, l'apprentissage de la marche.

Dans la plupart des cas, le port de souliers correctifs est encore moins utile. Il n'existe aucune preuve que les semelles correctrices placées dans les chaussures, qui coûtent très cher, aient une influence sur les "anomalies" des pieds (si celles-ci peuvent être réellement définies), sauf dans les cas de pied bot ou d'autres malformations vraies. De plus l'enfant qui les porte peut en souffrir psychologiquement, de même que du port d'un plâtre ou d'attelles.

Les cas les plus souvent traités à tort chez les enfants sont les

jambes arquées ou rentrées, ainsi que les orteils en marteau. Mais il en existe d'autres qui sont souvent diagnostiqués à tort et traités à l'excès, par exemple la dysplasie congénitale de la hanche chez les nouveaux-nés dont le fémur ne se relie pas au bassin d'une manière absolument normale.

La vraie dysplasie de la hanche se rencontre le plus souvent après des accouchements difficiles par le siège, si l'articulation du bassin est déplacée. L'obstétricien devrait intervenir immédiatement en soulevant l'enfant par les chevilles pour que l'articulation déplacée se remette en place.

Dans plupart cas, le problème est résolu par cet acte. La dysplasie congénitale de la hanche - dans laquelle la dislocation de l'articulation persiste - est très rare, bien qu'elle soit fréquemment diagnostiquée. Des études montrent qu'il n'existe pas plus d'un cas sur 1000 ou 2000 enfants. On fait le diagnostic en plaçant l'enfant sur le dos, genoux fléchis et pieds à plat sur la table d'examen. On écarte alors les genoux et si l'un ou les deux résistent, on suspecte une dysplasie. Le problème peut se corriger si l'on place un coussin ou un lange roulé entre les jambes.

Mais il existe des pédiatres agressifs qui ne se contentent pas de ce simple traitement.

Ils recourent à plusieurs radiographies exposant ainsi imprudemment l'enfant aux rayons et utilisent des attelles et des plâtres correcteurs.

Méfiez-vous de ces traitements, en général inutiles, car les plâtres peuvent causer une atrophie musculaire, des problèmes circulatoires et des troubles émotionnels.

La scoliose est souvent diagnostiquée à tort

Une autre mode fréquente chez les pédiatres est de

diagnostiquer des scolioses. Cette affection, qui touche plus souvent les filles que les garçons, est une courbure latérale de la colonne vertébrale qui peut se voir en observant de dos la posture de l'enfant. On recherche si :

- une omoplate est plus haute que l'autre ou proéminente ;
- les plis de la taille sont asymétriques;
- les hanches sont asymétriques;
- on voit clairement la courbure latérale de la colonne vertébrale;
- un des côtés du dos ou des épaules est plus haut que l'autre quand l'enfant se penche en avant.

Pendant les premières années de ma pratique médicale, on diagnostiquait et traitait rarement des scolioses durant l'enfance. De nos jours, la maladie devient épidémique à cause de la propension des médecins à faire de nombreuses radiographies de routine et parce que des examens de masses ont été introduits dans certains États. Les médecins diagnostiquent des cas que l'on n'aurait jamais dépistés lors d'un examen physique ordinaire et, bien souvent, ils traitent des problèmes mineurs qui n'auraient pas besoin de traitement.

Je ne veux pas minimiser l'importance du traitement de la scoliose dans les cas sévères.

Si elle n'est pas traitée, cette affection peut mener plus tard à des déformations importantes. Je suis pourtant convaincu que les traitements inutiles de cas bénins représentent pour les enfants un plus grand danger que le fait de ne pas traiter les quelques cas sévères.

Si on diagnostique une scoliose chez votre enfant, ne le laissez pas subir un traitement avant d'être certain qu'il soit justifié. N'acceptez aucune forme de traitement sans vous renseigner

sur les alternatives. Dans certains cas, il sera nécessaire d'employer un appareil métallique inconfortable qui tient l'enfant du menton jusqu'aux hanches, étirant et stabilisant la colonne vertébrale. Je n'obligerais pas un enfant à porter cet appareil avant que d'autres mesures moins drastiques n'aient été essayées (biofeedback, exercices, thérapie musculaire profonde, thérapie par la danse, physiothérapie ou autres). Pour moi, la chirurgie ne doit être envisagée qu'après avoir essayé sans succès toutes les autres méthodes de traitement. Si votre médecin vous parle d'opération, sollicitez un second avis médical.

Sur le traitement des scolioses, mon conseil est celui que je donne dans tout domaine où les paramètres de la normalité sont relativement mal définis. Les médecins devraient se rappeler que « le mieux est l'ennemi du bien ». Demandez à votre médecin de justifier le traitement qu'il propose. Si vous n'êtes pas convaincu, n'hésitez pas à demander un second avis, même si cela demande un effort financier.

Traumatologie : le point fort de la médecine

J'ai toujours trouvé paradoxal que tant de parents se fassent du souci inutilement pour de petites maladies alors qu'en revanche, ils n'accordent pas une attention suffisante aux accidents, plus meurtriers que toutes les maladies d'enfance. Plus de 8000 enfants de moins de 15 ans vont mourir accidentellement aux États-unis cette année. Beaucoup de ces accidents pourraient être évités et beaucoup de morts pourraient également si des mesures adéquates étaient prises tout de suite après l'accident.

La plupart des petites blessures n'ont pas besoin d'être montrées au médecin, mais un traitement d'urgence peut être fait immédiatement si la blessure de votre enfant est importante. La règle la plus importante, en cas de blessure, est d'éviter de paniquer. Cela n'est pas toujours facile, parce que de petites coupures peuvent saigner abondamment et il n'est pas besoin d'une grande quantité de sang sur une chemise blanche pour effrayer un parent !

Essayez cependant de garder votre calme, car vous avez besoin de tout votre bon sens pour soigner votre enfant. Vous avez à prendre une décision : vous précipiter au service d'urgence d'un hôpital, appeler votre médecin ou une ambulance. Dans les cas où l'hospitalisation est indispensable, vous devrez décider quelles mesures d'urgence vous pouvez prendre en attendant l'ambulance ou avant d'emmener votre enfant en voiture. Quand vous êtes dans le doute, choisissez les solutions

prudentes. Je conseille de recourir à la médecine pour les blessures graves et je pense que c'est là où vous verrez la médecine sous son meilleur jour. Les médecins des services d'urgence ont, d'habitude, une meilleure formation et une plus grande expérience que les autres. Ils ont l'habitude de réagir rapidement aux situations d'urgence. Il n'existe donc pas de meilleur endroit pour amener votre enfant si vous le sentez en danger.

Plaies et bosses

Les enfants ont très souvent des coupures aux doigts ou des genoux écorchés, mais la plupart des parents ne savent pas comment réagir. On pense habituellement que, lorsque la peau est entamée, il faut utiliser des antiseptiques ou, même, des antibiotiques pour « prévenir l'infection ». Cette réaction n'est pas bonne, car ces médicaments ne sont pas nécessaires et peuvent aggraver la blessure.

La plupart des préparations désinfectantes, obtenues sans ordonnance (iode, mercurochrome, eau oxygénée et pommade variée) peuvent irriter les tissus de l'organisme, mais n'ont pas d'effet sur les bactéries. L'organisme possède ses propres systèmes de lutte contre l'infection qui marchent très bien si vous les laissez faire.

Que faire lorsque votre enfant souffre d'une petite coupure ou d'une égratignure ? Pas grand-chose : lavez soigneusement avec de l'eau du robinet pour enlever la saleté, s'il y en a.

Couvrez la blessure avec un bandage propre si elle saigne mais, autrement, laissez-la simplement à l'air. Aucun autre traitement ne devrait être nécessaire.

Il est évident que si la blessure saigne abondamment ou que la plaie est trop large, nécessitant une suture pour faciliter la

cicatrisation ou pour des raisons esthétiques, vous avez besoin d'un médecin. Le mieux que vous puissiez faire est de vous diriger en hâte vers le service d'urgence d'un hôpital.

Les hémorragies sont un type d'urgence pour lequel vous pouvez rapidement agir vous-même. Si c'est une veine qui saigne, oubliez tout ce qu'on vous a dit des garrots et tentez d'empêcher le sang de s'écouler par une pression directe sur la plaie : couvrez la blessure avec un bout de chiffon propre ou de gaze et exercez une pression jusqu'à ce que l'hémorragie cesse ou que vous puissiez avoir recours à une aide d'urgence. C'est seulement lorsque le sang jaillit d'une artère qu'il vous faut utiliser le garrot qui supprime totalement la circulation dans le membre. Ce sont des cas rares et le garrot ne devrait pas être laissé en place trop longtemps. Dans des cas extrêmes, on a même dû amputer le membre sur lequel un garrot avait été maintenu trop longtemps.

La plupart des parents se demandent si l'enfant qui se coupe ou se blesse doit chaque fois recevoir un vaccin antitétanique. La plupart des enfants sont vaccinés contre le tétanos dans leur plus tendre enfance, mais certains médecins donnent, cependant, des rappels antitétaniques à chaque blessure. On me parlait dans ma jeunesse, des risques de tétanos si une blessure se produisait à la campagne ou si elle était due à un clou rouillé et j'ai donné des rappels antitétaniques chaque fois qu'un enfant s'est présenté avec une blessure de cette nature. Je donnais aussi des injections de rappel tous les 10 ans à titre préventif.

Maintenant, je me demande si ces rappels sont utiles et même si le vaccin antitétanique lui-même est indiqué. Il n'existe aucune recherche scientifique qui indique à quelle fréquence il est raisonnable de faire des rappels antitétaniques ou même s'ils sont vraiment utiles. Des millions de soldats américains ont reçu le vaccin antitétanique au début de la Seconde Guerre mondiale. Il semble que, 40 ans plus tard, leur immunité soit

encore bonne malgré quelques exceptions. On pourrait utiliser cet argument pour déconseiller les rappels de routine à tout intervalle inférieur à 40 ans !

Brûlures

Lorsque j'étais enfant, le remède de grand-mère pour les petites brûlures était l'application de beurre ou de lard. La théorie voulait que ce traitement adoucisse la peau brûlée et la protège de l'air, la rendant moins douloureuse. On avait aussi à disposition plusieurs pommades qui devaient évidemment être plus efficaces, car vous pouviez sentir l'odeur des médicaments qu'elles contenaient. Aujourd'hui nous savons qu'il existe plusieurs sortes de brûlures, classées selon leur gravité, et que des méthodes différentes doivent être employées dans chacune de ces catégories.

Si votre enfant se brûle, votre traitement doit viser trois buts : calmer la douleur, prévenir l'infection et éviter ou traiter le choc. Il est important de savoir comment atteindre ces objectifs dans chacune des trois catégories de brûlures.

Les brûlures du premier degré [la salive féminine est un précieux remède dans les brûlures simples (N.d.T.)] touchent seulement la couche superficielle de la peau qui est rouge, douloureuse, mais ne présente pas d'ampoules. Le traitement d'urgence est de plonger la surface brûlée dans de l'eau froide, ce qui diminuera la température de la peau ainsi que la douleur. Il faut appliquer ensuite une pommade antiseptique soluble dans l'eau ou une pâte de bicarbonate de soude et recouvrir avec un pansement de gaze qui n'est pas indispensable médicalement, mais diminuera la douleur, car la peau brûlée sera moins en contact avec l'air.

Les brûlures du deuxième degré sont bien plus graves. Elles peuvent provoquer des cicatrices permanentes et il y a un plus

grand danger d'infection parce que la production de pus aboutit à la formation d'ampoules qui peuvent s'infecter lorsqu'elles crèvent. Une brûlure du deuxième degré de très petite surface, de cigarette par exemple, peut être traitée à la maison. Mais celles qui touchent de plus grandes surfaces devraient être rapidement montrées à un médecin.

Les brûlures du troisième degré sont celles dans lesquelles toutes les couches de la peau sont détruites et même le tissu sous-cutané. Les terminaisons nerveuses sont parfois détruites et la brûlure peut n'être pas douloureuse. Lorsque des blessures du deuxième et du troisième degré couvrent plus de 10% de la surface cutanée, il existe un danger mortel dû au choc ou à l'infection qu'elles amènent.

Il est difficile pour des parents de traiter les brûlures du deuxième et du troisième degré, car ils ont peur de faire encore plus mal à leur enfant. Et pourtant, il est essentiel que vous vous efforciez à effectuer les actes indispensables avant toute aide médicale.

Si vous ne pouvez pas obtenir un traitement médical d'urgence, le meilleur traitement est de plonger la partie brûlée dans de l'eau fraîche (mais pas glacée) aussi vite que possible.

Il y a deux raisons : la température de la région brûlée va diminuer, empêchant la destruction des tissus de se poursuivre, et la douleur sera atténuée car la brûlure ne sera plus exposée à l'air.

Si vous avez l'impression que l'enfant présente un état de choc, couchez-le à plat ventre, maintenez-le au chaud et placez ses pieds et ses jambes plus haut que le corps, sauf s'il y a en même temps des blessures de la tête et de la poitrine. N'administrez *aucun* stimulant ni liquide d'aucune sorte. Les symptômes du choc sont un pouls rapide, la pâleur du visage, une peau froide et humide, des tremblements, une soif anormale.

Si les vêtements de la victime adhèrent à la surface brûlée, n'essayez pas de les enlever.

Si des ampoules se sont formées, faites attention de ne pas les crever, à cause du risque d'infection. Ne touchez pas la brûlure avec vos mains, ni aucun autre objet. Enfin, ne mettez ni lard, ni beurre, ni pommade, ni désinfectant, ni aucun médicament sur la brûlure. Cela simplifiera le travail du médecin.

Les enfants souffrent souvent de brûlures chimiques lorsqu'ils touchent à des produits ménagers qu'on laisse imprudemment à leur portée. La plupart contiennent des acides forts, des détergents et des substances alcalines dangereuses. Si votre enfant renverse ce type de substance sur lui, sa peau devrait immédiatement être lavée à grande eau. N'oubliez pas d'enlever tous les vêtements qui pourraient être souillés par le produit chimique dangereux.

Par mesure de précaution, demandez un avis médical.

Une autre cause fréquente de brûlures sévères chez les enfants est l'eau du robinet trop chaude. Il n'y a pas de raisons pour qu'un thermostat domestique soit réglé à plus de 54°, mais l'expérience montre que la plupart des appareils à eau chaude sont réglés à plus de 55°, température qui peut produire des brûlures sévères de la peau en trente secondes ou moins.

Dans certains ménages, on a trouvé des thermostats réglés à 70°, température qui produit une brûlure du troisième degré presque instantanément.

Il n'est pas rare que les enfants laissés sans surveillance dans la baignoire tournent à dessein ou accidentellement le robinet d'eau chaude, puis paniquent en se retrouvant dans l'eau brûlante. Si le thermostat de l'appareil est réglé à plus de 54°, les résultats peuvent être et sont souvent fatals. On estime que plus de 2000 brûlures par an produites de cette manière font l'objet d'hospitalisation et que 15% d'entre elles sont mortelles.

Pourquoi n'iriez-vous pas immédiatement vérifier le thermostat de votre chauffe-eau ?

Blessure à la tête

Les blessures à la tête, qu'elles soient dues à des chutes ou des coups, sont rarement graves. Il n'est en général pas nécessaire de consulter un médecin, ni de faire une radiographie, mais il faut observer de près les réactions de la victime après l'accident pour être sûr qu'il n'y a pas de problèmes neurologiques. Beaucoup de parents – craignant un problème cérébral – se précipitent chez le médecin ou à l'hôpital, lorsque leur enfant se blesse à la tête. On m'amène souvent des enfants ne présentant aucun symptôme, simplement parce qu'ils sont tombés du lit. Ces consultations sont rarement nécessaires et pourraient être évitées si les parents connaissaient les symptômes qui justifient le recours au médecin.

Si votre enfant se blesse à la tête, il faut d'abord et avant tout se demander s'il y a eu perte de connaissance, même brève, après l'accident ? Si c'est le cas, ou si l'accident s'est produit en dehors de votre présence et que vous ne savez pas ce qui s'est passé, amenez immédiatement votre enfant chez un médecin ou à un service d'urgence d'un hôpital. Si la radiographie – qui sera probablement faite – montre une fracture simple, c'est rarement grave, mais si la région fracturée est déprimée et comprime le cerveau, un traitement est nécessaire, parfois même une intervention chirurgicale.

S'il n'y a pas eu de perte de conscience, il n'y a pas lieu d'appeler immédiatement votre médecin. Pour les traumatismes crâniens, on fait beaucoup trop de radiographies de routine, injustifiées s'il n'y a pas d'autres symptômes.

Certains médecins font également un électroencéphalogramme (EEG), bien que l'on sache que cet examen ne révèle rien dans

ces cas-là.

Après un traumatisme crânien sans perte de connaissance, il est dépendant important d'observer attentivement votre enfant pendant au moins 24 heures. Posez-vous les questions suivantes :

1. Quel est l'état de conscience de votre enfant ? Est-il bien réveillé ou léthargique et difficile à animer ?
2. Quelle est la taille de ses pupilles, l'une est-elle plus dilatée que l'autre et réagit-elle moins à la lumière ?
3. Votre enfant voit-il double ? (Ses deux yeux bougent-ils ensemble, comme d'habitude ?)
4. Votre enfant peut-il mouvoir normalement tout son corps ?
5. Présente-t-il des problèmes respiratoires, indiqués par une respiration anormale ?
6. Présente-t-il des problèmes de coordination ou d'équilibre, des vertiges ?
7. Du sang ou un liquide clair coule-t-il des oreilles ou du nez de votre enfant ?
8. A-t-il très mal à la tête de façon continue ?

Si l'un ou l'autre de ces symptômes est présent, soyez prudent et consultez votre médecin.

Je dirai encore un mot pour les mères anxieuses : si votre enfant de moins de 5 ans tombe d'une chaise ou de son lit, ce n'est pas une catastrophe. Il y a souvent plus de peur que de mal, malgré les cris. Seulement 3% des enfants qui tombent ainsi ont besoin d'une consultation médicale, généralement pour des fractures plutôt que pour des traumatismes du crâne.

Ne vous faites du souci, quand la tête est touchée, que si votre enfant perd connaissance.

Empoisonnement

L'ingestion de poison par les enfants et la mort due aux empoisonnements ont beaucoup régressé depuis un quart de siècle. On le doit en partie au développement d'un réseau de centres anti-poison, ainsi qu'à des lois exigeant l'utilisation de bouchons de sécurité sur de nombreux médicaments et produits ménagers. Malgré ces progrès, on compte encore plus de 2 millions de cas d'empoisonnement chaque année aux Etats-Unis, dont un grand pourcentage concerne les enfants. La plupart d'entre eux ne se seraient pas produits si les précautions d'usage avaient été prises.

Les trois quarts, au moins, des enfants qui avalent un poison n'ont besoin d'aucun traitement médical si les parents réagissent vite et d'une façon appropriée. La première chose à faire est d'essayer d'identifier la substance toxique en cause et d'administrer l'antidote si celui-ci est spécifié sur l'étiquette. Appelez ensuite le centre anti-poison de votre région pour savoir s'il faut faire quelques chose de plus.

Si vous identifiez la substance, mais qu'aucun antidote n'est suggéré sur l'emballage, téléphonez au centre anti-poison. Si vous avez l'emballage, gardez-le à proximité, car on vous demandera probablement de lire les informations qui y figurent. Si on vous dit d'amener votre enfant d'urgence à l'hôpital, prenez l'emballage avec vous.

Un traitement à la maison devrait suffire dans la plupart des cas, grâce aux conseils des experts du centre anti-poison. La plupart des médecins ne savent pas traiter les cas d'empoisonnement. Selon le docteur Richard Moriarity, directeur du réseau national anti-poison, « la plupart des

médecins ont dans ce domaine une formation très insuffisante et peu d'expérience ». Le docteur Moriarity pense que près de 85% de tous les cas d'empoisonnement ne sont pas dangereux pour la vie et peuvent être traités à la maison.

Le traitement est variable suivant le produit ingéré. C'est pourquoi il est important de demander conseil à un centre anti-poison. Si vous ne l'avez pas encore fait, cherchez le numéro de téléphone du centre de votre région et ajoutez-le à votre liste de numéros de téléphone d'urgence. En règle générale, l'objectif du traitement, dans les empoisonnements, est d'éliminer de l'organisme la plus grande quantité de toxique possible et de diluer ou de neutraliser ce qui reste. Dans la plupart des cas, on utilise du sirop d'ipéca pour provoquer des vomissements, il est donc sage d'en avoir à tout moment chez soi. N'en donnez pas, cependant, avant d'avoir téléphoné au centre anti-poison, parce qu'il y a des situations où faire vomir n'est pas recommandé (par exemple lorsque des liquides corrosifs ont été avalés).

Il ne faut pas faire vomir quand la substance toxique est un dérivé du pétrole, un caustique ou un acide fort. Les dérivés du pétrole font plus de mal aux poumons qu'au tube digestif, il est donc déconseillé de faire vomir. Les caustiques et les acides ont brûlés la gorge de votre enfant quand il les a avalés et vous ne voulez pas aggraver ces brûlures par des vomissements.

Les substances les plus fréquemment ingérées – et pour le traitement desquelles il ne faut *pas* faire vomir – sont ma benzine, le kérosène, le naphthe, les décapants à base de pétrole, la térébenthine, les vernis pour meubles et automobiles, les insecticides, les produits sanitaires ou nettoyants pour le four, l'ammoniaque, les décolorants et des produits à base d'acide sulfurique, nitrique, chlorhydrique, et autres acides forts. Cette liste n'est pas exhaustive, il est donc important de vous renseigner auprès du centre anti-poison avant de faire vomir votre enfant.

Que faire si vous découvrez votre enfant de deux ans avec un flacon de médicament vide dans la main ? Essayez d'abord de déterminer combien de comprimés ou de gélules le flacon contenait, puis téléphonez au centre anti-poison en précisant ce que vous savez. Ce n'est pas parce que votre enfant ne présente aucun trouble qu'il n'est pas en danger. Bien des problèmes causés par des médicaments peuvent n'apparaître qu'après plusieurs heures et, si vous ne faites rien avant l'apparition des symptômes, vous mettez éventuellement la vie de votre enfant en danger.

La meilleure manière de protéger votre enfant est, bien sûr, de l'empêcher de s'empoisonner, même si cela pose certains problèmes pratiques. La sécurité n'a pas de prix.

Voici quelques suggestions qui devraient être suivies dans chaque ménage, lorsqu'il y a des petits enfants :

1. Considérez que tout médicament et tout produit de ménage ; même s'ils paraissent innocents, sont potentiellement dangereux si votre enfant les avale. Même des comprimés de vitamines peuvent être dangereux, si votre enfant en absorbe tout un flacon.
2. Fermez à clé les armoires où vous rangez les produits ménagers, les médicaments et autres substances dangereuses. Il n'est pas suffisant de les placer « hors de portée ».
3. Ne laissez pas sans surveillance des substances dangereuses lorsque vous répondez au téléphone ou que vous ouvrez la porte. Les enfants ont un génie particulier pour attraper ce qu'ils ne devraient pas, même en quelques secondes.
4. Laissez les médicaments et les produits ménagers dans leurs emballages d'origine.

Cela évitera des erreurs et vous vous assurez ainsi d'avoir sous

les yeux les instructions nécessaires si la substance est ingérée de façon accidentelle.

5. Débarrassez-vous rapidement des emballages vides et de médicaments inutiles.

6. Quand vous donnez des médicaments à votre enfant, assurez-vous d'avoir lu clairement les instructions.

7. Quand vous avez des hôtes, veillez à ce que leurs affaires ne puissent pas être fouillées par votre enfant. Plus d'un enfant a été empoisonné par des médicaments trouvés dans un sac à main.

Parfois l'enfant empoisonné sera très malade, mais pas longtemps et sans conséquences sérieuses. Les symptômes sont des vomissements, souvent accompagnés de diarrhée, qu'on ne peut expliquer par une maladie comme la grippe. S'il n'y a pas d'autres symptômes, il n'est pas nécessaire de consulter le médecin, ni de traiter votre enfant autrement qu'avec votre attention affectueuse. Il peut étancher sa soif en suçant des blocs de glace, mais ne lui donnez rien à manger ni à boire pendant six heures après le dernier vomissement. Vous pouvez alors lui donner des tisanes, du bouillon ou de l'eau bouillie, mais ne lui donnez aucune nourriture solide avant le lendemain. Si les vomissements persistent et que l'enfant a perdu plus de 10% de son poids normal, consultez un médecin, qui verra peut-être la nécessité de traiter la déshydratation.

Entorses, foulures et fractures

La structure osseuse et musculaire des enfants diffère de celle des adultes. Les entorses (déchirure ou étirement d'un ligament) sont rares chez les jeunes enfants, parce que les ligaments ne sont pas encore fixés aux os de manière très solide. Pendant la croissance, les enfants ont plus de risques

d'avoir des problèmes au niveau des épiphyses, extrémités plus molles de l'os où se fait la croissance. Si votre enfant se tord le poignet, le genou ou la cheville et que l'enflure et la douleur durent plus de deux jours, voyez un médecin, car un plâtre sera nécessaire en cas de fracture d'une épiphyse.

Chez les enfants, le périoste (couche externe de l'os) est relativement épais en comparaison de celui des adultes et relativement plus solide. C'est pourquoi des traumatismes qui, chez l'adulte, auraient pour conséquence une fracture complète, avec un déplacement des fragments, ont pour résultat chez les enfants les fractures en « bois vert », c'est-à-dire ressemblant à une cassure d'une branche verte : l'os ne se casse pas franchement en deux mais se plie en produisant de petites fractures longitudinales à l'endroit de la rupture. Il faut, dans ce cas, recourir à un traitement médical.

Si votre enfant se tord la cheville ou le genou, il n'est pas nécessaire de voir un médecin immédiatement ; attendre quelques jours pour voir si la douleur et le gonflement disparaissent spontanément n'aura pas de conséquences sur le traitement, même si on s'aperçoit plus tard qu'il s'agit d'une fracture. Veillez à ce que votre enfant ne s'appuie pas sur le membre blessé et faites des applications froides sur la partie enflée (sac de glaçons). Après une heure ou deux, l'application froide n'a plus de raison d'être et beaucoup de médecins pensent qu'il est alors important de poser, au contraire, des compresses chaudes pour améliorer la circulation dans la région blessée.

Il faut reconnaître, en toute franchise, que c'est là un des nombreux exemples de cas où la « science » médicale manque singulièrement de précision. On ne peut pas dire qu'il y ait consensus sur l'utilisation du chaud ou du froid comme traitement idéal de l'entorse.

Dans les milieux médicaux, on raconte l'histoire classique du

médecin qui avait conseillé à son patient des compresses froides. Le patient suivit consciencieusement cet avis pendant deux jours, ce qui n'était pas très agréable, et sa cheville, ne s'arrangeait pas. Il se plaignit à sa concierge, qui lui proposa des compresses chaudes. Le patient essaya et la cheville s'améliora presque immédiatement. Il s'en plaignit à son médecin : « Docteur, la dernière fois que je vous ai vu, vous m'avez dit de mettre de la glace sur ma cheville. Cela ne m'a pas réussi. Puis ma concierge m'a conseillé la chaleur, ce qui me fit grand bien. » Le médecin répondit : « voilà qui est étrange, ma concierge me dit d'utiliser le froid. »

La vérité est que personne ne sait vraiment ce qui réussit le mieux. L'important est d'immobiliser l'articulation et de la maintenir avec un bandage élastique pour éviter que des mouvements n'aggravent le problème. Assurez-vous cependant que la circulation sanguine puisse se faire librement. N'écoutez pas ceux qui vous disent que le meilleur traitement d'une entorse est de faire marcher votre enfant immédiatement. Par la douleur, la nature vous met en garde et son message est : « Ne pas toucher ! »

Si une articulation blessée – cheville, genou, poignet, coude ou épaule – ne va pas mieux au bout de quelques jours, voyez un médecin. Cette attente de deux jours va réduire la probabilité, pour votre enfant, de subir une radiographie inutile. On estime qu'environ 98% des radiographies des membres après un traumatisme ne révèlent aucune fracture : il est donc clair que beaucoup sont faites à la légère.

Les parents dont les enfants reçoivent un traitement à base de corticoïdes, pour de l'asthme ou d'autres problèmes, doivent savoir que leur enfant peut subir une fracture de côte ou de vertèbre sans raison apparente. Les traitements longue durée avec des stéroïdes entraînent une diminution de la densité osseuse. Un enfant asthmatique qui a reçu des stéroïdes pendant une année ou plus, peut se fracturer une côte rien

qu'en toussant. Le Centre national de l'asthme a étudié 128 enfants sous stéroïdes depuis un an ou plus et a découvert que 14 d'entre eux avaient présenté 58 fractures de côtes ou de vertèbres. Aucune fracture de même nature ne fut constatée dans un groupe témoin de 54 enfants asthmatiques n'ayant pas reçu de traitement prolongé avec des stéroïdes.

Si votre enfant s'est sérieusement blessé en tombant d'un arbre ou dans un accident de la circulation et que vous soupçonnez une fracture de la nuque ou de la colonne vertébrale, ne le faites pas bouger et laissez-le à terre. Couvrez-le chaudement pour éviter le choc et arrêtez l'éventuelle hémorragie par une pression sur la blessure. Appelez une ambulance et attendez l'arrivée du personnel qualifié qui saura comment transporter votre enfant sans danger et lui apporter un traitement d'urgence.

Étouffement

Les petits enfants mettent tout à la bouche, même des petits objets qui peuvent être aspirés dans la gorge ou dans les poumons. C'est une situation d'urgence où une action rapide est indispensable.

Les parents prudents évitent de donner à leurs enfants des jouets comportant de trop petites pièces ou des cacahuètes ou des bonbons durs. Vous ne pouvez cependant pas surveiller vos enfants toute la journée et il est donc toujours possible qu'un enfant attrape un objet ou un autre et le mette en bouche malgré toutes vos précautions. Parfois, l'objet reste coincé dans la gorge.

Dans ce cas, il est vital d'agir très rapidement et de façon adéquate. Cherchez d'abord à déterminer si l'enfant peut parler et respirer, ce qui montre que les voies respiratoires ne sont que partiellement obstruées. Dans ce cas, présentez-vous au

service d'urgence d'un hôpital pour que l'objet soit retiré, car tout geste de votre part risque de le déplacer dans une position encore plus dangereuse.

Si l'enfant ne respire pas, ses voies respiratoires sont totalement obstruées et vous n'avez pas le temps de chercher une aide extérieure. C'est vous-même qui devez agir.

Inspectez d'abord la gorge pour voir si l'obstacle est visible. Si c'est le cas et que vous pensez pouvoir l'enlever grâce à vos doigts, essayez de le faire. Mais si vous pensez qu'il existe un risque de pousser l'objet plus loin, n'en faites rien.

Si vous ne pouvez attraper l'objet, prenez l'enfant sur vos genoux, en plaçant sa tête et ses épaules vers le bas et donnez des coups fermes à l'aide du tranchant de la main entre ses omoplates. Donnez trois ou quatre coups pour essayer de le faire tousser pour expulser l'objet.

(Ne frappez *jamais* dans le dos une personne debout dans le but de dégager sa gorge, car l'objet peut, au contraire, descendre plus bas dans les voies respiratoires.) Si ce geste ne suffit pas, essayez la manœuvre de Heimlich : debout derrière l'enfant, placez vos bras autour de lui et vos poings juste sous le centre de sa cage thoracique. Placez le pouce d'une main contre son abdomen et faites une poussée violente vers l'intérieur et vers le haut. L'augmentation de la pression d'air dans les poumons fera souvent sortir l'objet de la gorge.

Beaucoup d'hôpitaux, ainsi que des organisations comme la Croix-Rouge, donnent des cours de réanimation cardio-pulmonaire. Vu la fréquence de l'ingestion de corps étrangers chez les enfants, il serait prudent que vous suiviez un tel cours si vous en avez la possibilité.

Morsures d'animaux

Si votre enfant est mordu par un chien ou un autre animal, lavez la plaie immédiatement avec de l'eau et du savon, puis faites couler plusieurs minutes l'eau du robinet sur la blessure.

Demandez un avis médical par précaution ou pour recoudre la plaie si nécessaire.

Le plus inquiétant, après une morsure d'animal, est la question de la rage. Tentez immédiatement d'identifier l'animal et de déterminer s'il est vacciné. Si votre enfant a été mordu par un écureuil ou un autre animal sauvage, il est important de vous renseigner sur les possibilités de rage chez les animaux dans votre région.

La rage est due à un virus filtrant qui se fixe dans les tissus nerveux et atteint la moelle épinière et le cerveau. Chez les humains, la période d'incubation peut aller de 10 jours à deux ans ou plus. Les symptômes habituels sont une excitation incontrôlable, de la fièvre et des spasmes musculaires, ainsi qu'au niveau du larynx et du pharynx. Plus tard, la victime salive de façon abondante et présente une soif intense sans pouvoir pourtant avaler. Les convulsions, l'épuisement et les paralysies entraînent souvent la mort. Une fois la maladie diagnostiquée, le seul traitement est le repos avec sédatif pour éviter les convulsions.

Si votre enfant est mordu par un animal, il vous faudra choisir entre les conséquences de la rage et celles des injections antirabiques qu'on peut donner préventivement. En raison de l'horreur de la maladie, beaucoup de parents préfèrent les injections, même s'il n'y a pas de preuve que l'animal était atteint de rage.

Si vous êtes amené un jour, à devoir prendre une telle décision, considérez les conséquences possibles de ces injections : elles sont très douloureuses et peuvent entraîner un choc

anaphylactique ou des paralysies sévères susceptibles d'handicaper votre enfant pour le reste de ses jours.

Ces complications sont rares, mais la rage après une morsure d'animal est également rare (sauf si on prouve que l'animal était malade). Des dizaines de milliers d'américains sont mordus chaque année par des animaux et un petit nombre d'entre eux seulement contractent la rage.

Votre choix se complique encore du fait que le diagnostic de la rage chez l'animal n'est pas toujours posé à bon escient. Un exemple récent s'est produit dans l'Illinois où le Département de la santé publique a diagnostiqué de façon incorrecte une rage chez dix chats et chiens de la région de Chicago : plus de 100 personnes reçurent des injections douloureuses et dangereuses et on a abattu inutilement un grand nombre de chiens. Dans certains cas, le faux diagnostic fait par l'État avait été confirmé par le Centre fédéral de contrôle des maladies.

Lorsqu'un enfant est mordu par un chien inconnu ou par un animal sauvage, les parents et les médecins se trouvent devant un dilemme effrayant et il n'y a pas de solution parfaite.

Au fil des années, ma position face à ce danger a évolué. Aujourd'hui, je ne donne d'injection antirabique que lorsque la blessure est le fait d'un animal dont la rage est avérée ou d'une chauve-souris (espèce souvent atteinte de rage) ou d'un animal sauvage d'une espèce suspecte de rage dans la région en cause.

Que devez-vous donc faire si votre enfant est mordu par un animal ? La seule réponse honnête que je puisse vous donner est la suivante : vous devez résoudre vous-même ce problème. S'il s'agissait d'un de mes petits-enfants, que j'adore, je n'administrerais le sérum antirabique que si j'étais sûr – ou qu'il soit fort probable – que l'animal en cause est contaminé.

Les morsures de serpents sont également dangereuses dans certaines régions. Lorsque j'étais enfant, on apprenait aux

scouts à inciser la plaie en X, puis à exprimer le poison avec les doigts et à sucer la plaie. Je pensais qu'il s'agissait d'un geste bien cruel. Je sais aujourd'hui qu'il n'existe pas de preuve scientifique en faveur de ce traitement, ni en sa défaveur. Si vous êtes isolé, sans aide médicale possible, vous perdez rien à l'essayer. Sinon, téléphonez au centre anti-poison ou amenez d'urgence votre enfant chez un médecin ou à l'hôpital. Il est important d'essayer d'identifier le type de serpent qui a mordu votre enfant et de l'amener d'urgence là où il peut recevoir le sérum anti-venin spécifique [En Europe, pour les morsures de vipères, la plupart des médecins ont renoncé à l'injection de sérum.].

Gelures

Les enfants sont souvent moins sensibles au froid que les adultes et restent dehors plus longtemps qu'ils ne le devraient lorsqu'ils skient ou font de la luge. Quand ils rentrent à la maison, des régions de leur peau sont parfois complètement blanches, en particulier les oreilles, le nez, les doigts et les orteils. Ces parties gelées perdent la sensation du toucher.

Lorsque j'étais enfant, on pensait habituellement que le meilleur traitement des gelures était de frotter la région touchée avec de la neige. Ce remède de grand-mère n'a absolument aucun sens. En cas de gelure, il faut réchauffer la peau et non la refroidir. Le traitement consiste à réchauffer progressivement le membre atteint en le plongeant dans de l'eau ou en y appliquant des compresses humides à la température du corps. N'utilisez pas d'eau bouillante, car il faut procéder progressivement, ne l'oubliez pas. La peau gelée ayant perdu toute sensibilité, l'enfant ne se rendra pas compte que l'eau est trop chaude. Les gelures simples n'ont habituellement pas besoin d'être montrées à un médecin, mais les gelures importantes réclament un traitement et, souvent,

une hospitalisation, en particulier lorsque la victime est restée endormie ou a été inconsciente dans le froid.

Accidents de voiture

J'ai déjà parlé dans ce chapitre de plusieurs blessures susceptibles de se produire dans des accidents de la circulation, mais j'aimerais insister ici sur la sécurité en voiture. Après les premiers jours de la vie, les accidents de voiture sont la cause de mortalité la plus fréquente chez les enfants. Les bébés de moins d'un an sont les plus touchés, suivis par les enfants de 1 à 6 ans, puis de 6 à 12 ans.

Ces statistiques montrent pourquoi les enfants sont plus vulnérables que les adultes dans un accident de voiture. Étant plus légers, ils sont plus facilement propulsés par la force de l'impact. Il est donc d'une importance vitale d'utiliser des sièges spéciaux pour les enfants de moins de 20 kg et les ceintures de sécurité pour les enfants plus âgés. Ne pensez pas qu'un bébé soit en sécurité si vous le tenez sur vos genoux. Il devrait être placé dans un siège dès le jour où vous le sortez de la maternité.

Dans beaucoup d'État, les sièges pour enfants dans les voitures sont obligatoires. Ils devraient l'être partout. Je parle en connaissance de causes, car j'ai souvent traité des enfants accidentés. Nous pensons tous que les accidents n'arrivent qu'aux autres et, cependant, en 1981, les accidents de voiture ont causé aux États-unis 1.900.000 blessures invalidantes.

(1.750.000 incapacités temporaires, 150.000 incapacités permanentes et 50.800 morts.) Ces chiffres nous montrent que la probabilité d'un accident – pour nous ou nos enfants – n'est pas à négliger.

Asthme et allergies : essayez le régime plutôt que les médicaments

Vous ne trouverez pas le mot *allergie* dans la littérature du siècle passé [XIXe]. Ce concept médical est relativement nouveau. Il n'est cependant pas assez nouveau pour que soient excusés les trop nombreux médecins qui n'accordent pas à l'allergie la place qu'elle mérite dans les diagnostics. Je déplore que les allergies et l'alimentation – deux sujets majeurs pour la santé humaine – soient si peu abordées dans les études de médecine et qu'elles représentent un domaine largement ignoré de la pratique médicale actuelle.

Bien que nous n'en soyons pas conscients, nous sommes pour la plupart d'entre nous allergiques à des éléments de la nourriture que nous mangeons et de l'air que nous respirons.

En raison de l'ignorance des médecins, beaucoup de maladies qui pourraient être traitées en identifiant et évitant les allergènes responsables sont traitées avec des médicaments dangereux, voire la chirurgie. Souvent, ce traitement inutile est pire que la maladie qu'il est censé soigner.

Les allergies les plus fréquentes se manifestent par des rhumes, des éternuements et de la toux. Lorsque ces symptômes n'apparaissent qu'au printemps, on parle de *rhume des foins*.

Certaines personnes, cependant, présentent ces symptômes tout au long de l'année avec des obstructions nasales chroniques qui peuvent déboucher sur d'autres infections,

comme des sinusites : d'autres allergènes que le pollen sont évidemment en cause.

Les principaux allergènes de l'environnement sont : le pollen et les moisissures, la pollution de l'air (hydrocarbures domestiques ou automobiles, fumée de tabac), des petites particules animales (poils, plumes ou fragments de peau), des poussières de ménage, l'eau potable (chlorée), des fibres contenues dans les vêtements et les couvertures (particulièrement la laine), les cosmétiques et savons, les vaporisateurs chimiques, les piqûres d'insectes.

Les allergènes alimentaires sont nombreux : le lait de vache figure en tête de liste.

D'autres aliments peuvent causer des réactions allergiques chez certains enfants – produits à base de blé, gluten, œufs, poissons, tomates, ail, agrumes – ainsi que les additifs chimiques, conservateurs, stabilisants, colorants, aromatisants contenus dans la plupart des aliments industriels.

Les allergies se manifestent par de nombreux symptômes chez les enfants

Les enfants sont particulièrement susceptibles de réactions allergiques et peuvent présenter divers symptômes : maux de tête, migraines, douleurs oculaires, troubles de la vision, vertiges, pertes de l'audition, tachycardie (battement rapide du cœur), nausées, vomissements, brûlures gastriques, diarrhées, douleurs abdominales, cystite allergiques (sang dans l'urine), fatigues, faiblesses musculaires, énurésies, troubles de la mémoire. On sait que les enfants nourris au biberon sont au moins 20 fois plus sensibles aux allergies que les enfants nourris au sein.

Tous les médecins sont d'accord pour rendre les allergies

responsables se l'asthme et du rhume des foins. La plupart suspectent les allergies lors de problèmes de peau, mais ne pensent pas à l'allergie lorsque votre enfant présente un des autres symptômes que j'ai cités plus haut. Dans ces cas, ils ont volontiers tendance à prescrire des médicaments pour soigner les symptômes plutôt que d'entreprendre le travail de détective médical qui permettrait d'identifier une allergie alimentaire ou environnementale.

La méconnaissance d'une cause allergique peut amener à un faux diagnostic et à un traitement inapproprié, mais le diagnostic d'allergie peut également être dangereux. Le pédiatre enverra sans doute votre enfant chez un allergologue qui n'aura peut-être pas non plus la réaction souhaitable. La plupart des allergologues abusent des tests cutanés, en pratiquant au hasard des douzaines qui sont douloureux, chers et potentiellement dangereux.

Ils n'ont aucune utilité, surtout dans le domaine des allergies alimentaires et sont totalement inappropriés quand ils recherchent, ce qui est souvent le cas, des substances auxquelles votre enfant n'est même pas exposé. Ces tests sont utiles pour confirmer des allergies soupçonnées et identifiées par d'autres moyens, mais il ne faut pas les pratiquer de manière systématique.

Ils ne représentent de toute façon qu'une partie du problème. Les traitements qui en découlent peuvent être pires que les troubles qu'ils sont censés soulager. Si des tests cutanés révèlent une allergie à la poussière domestique, il est évident qu'il sera nécessaire de protéger au mieux votre enfant de cette poussière. Il est également logique d'éliminer les aliments suspects dans le cadre d'un régime d'élimination destiné à valider ou invalider des résultats de tests. En revanche, il est ridicule d'éliminer certains aliments de valeur de façon permanente sans vérifier la réaction de votre enfant, sur la seule foi d'un test. Utiliser d'emblée la technique de

l'élimination des aliments permettrait à votre enfant d'échapper au test cutané.

Le vrai danger est que l'allergologue prescrive à votre enfant des cures de désensibilisation par injection ou un traitement avec des antihistaminiques, des corticostéroïdes ou des dérivés de la xanthine comme la théophylline.

Les traitements de désensibilisation sont très controversés et leurs conséquences à long terme inconnues. Les rares études confirmées existantes sont, au mieux, contradictoires. Elles semblent cependant suggérer que ces injections sont parfois utiles en cas de rhume des foins, mais probablement pas en cas d'allergies alimentaires. La question importante – non résolue actuellement – est celle des conséquences futures possibles d'un tel traitement. Les spécialistes ne se sont, semble-t-il, pas penchés sérieusement sur la question, bien que ces traitements existent depuis des décennies.

Des antihistaminiques, corticoïdes ou dérivés de xanthine se trouvent dans un certain nombre de spécialités. Certaines sont administrées par voie orale et d'autres en inhalation.

Tous ces médicaments ont des effets secondaires qui peuvent être simplement gênants, mais qui sont parfois dangereux. Par exemple, le traitement des enfants asthmatiques avec des stéroïdes retarde la maturation des poumons et la croissance osseuse, et augmente le risque de cataracte.

Je recommande aux parents de ne pas accepter les traitements de désensibilisation et de ne donner aucun médicament à leurs enfants, sauf si la vie de ceux-ci est en danger ou que toutes les autres alternatives ont été essayées. Si vous suspectez une allergie, recherchez-en soigneusement l'origine. Vous n'avez pas besoin d'un médecin pour cela. Examinez d'abord les causes possibles dans l'environnement de l'enfant, éliminez-les une par une et voyez si les symptômes s'atténuent ou disparaissent. Commencez un régime d'élimination dans

lequel les aliments suspects sont éliminés un par un afin de voir si un ou plusieurs aliments sont responsables. En agissant ainsi, il est fort probable que vous puissiez résoudre le problème.

L'asthme sévère nécessite une aide médicale

Bien que je sois convaincu que la plupart des allergies ne requièrent aucun traitement médical, je ne veux pas minimiser la gravité de l'asthme sévère pour lequel une action médicale immédiate peut être indispensable. L'asthme sévère peut menacer la vie : c'est ainsi qu'il faut le considérer et le traiter.

Le rhume des foins s'attaque principalement au nez, mais l'asthme attaque les bronches.

L'agent allergisant produit un œdème des petites bronches qui sécrètent un mucus épais, si bien que l'air circule difficilement et que la respiration devient très difficile. Dans les crises asthmatiques sévères, le patient étouffe, tousse et cherche son souffle ; la vie de l'enfant peut être en danger s'il n'est pas traité immédiatement. Si cela arrive à votre enfant, précipitez-vous chez le médecin ou, mieux, au service d'urgence d'un hôpital avant que les voies respiratoires ne soient obstruées au point d'empêcher l'oxygénation . Une injection d'adrénaline dégage les voies respiratoires et on a l'impression d'un traitement miraculeux, bien qu'il ne soit que temporaire. L'adrénaline utilisée dans ce cas est un excellent médicament, pratiquement sans danger.

Bien que l'asthme soit, en général, d'origine allergique, il est plus difficile à traiter que les autres allergies parce qu'il débute insidieusement et, parfois, sans relation avec des allergènes spécifiques de l'alimentation ou de l'environnement. Des crises d'asthme peuvent être provoquées par des rhumes et par d'autres infections, par l'anxiété, les problèmes émotionnels et

d'autres facteurs psychologiques. Beaucoup de parents sont désemparés parce que leur enfant apprend à déclencher des crises lorsqu'il est contrarié ou émotionnellement déstabilisé. La fréquence des crises peut aussi être en relation avec l'exercice, le climat et même la saison.

En contact permanent avec votre enfant, vous connaissez parfaitement ce qu'il mange et les conditions de son environnement, et vous êtes sensibles à ses humeurs. En conséquence, avant de consulter un médecin pour une allergie, faites vous-même un effort afin d'en identifier la cause. C'est seulement si vos efforts sont vains et que la maladie persiste ou devient inquiétante, que vous avez besoin de consulter un médecin.

L'enfant agité

Lorsque votre enfant commence à marcher, il est possible que vous vous aperceviez qu'il manifeste plus d'énergie, plus d'activité et moins de discipline que la plupart des enfants de son âge. Vous serez content, au début, de voir qu'il s'exprime et qu'il est vif plutôt que renfermé et léthargique. Puis, à force de lui courir après jour après jour et de voir s'accumuler ses bêtises, vous trouverez peut-être que votre réservoir de patience et d'énergie a des limites.

C'est alors que vous commencerez à vous demander si, après tout, cette énergie inépuisable de votre enfant est bien un cadeau du ciel. Vous vous demanderez même peut-être si son comportement est vraiment normal. Des diagnostics d'« hyperactivité », de « manque d'attention », de « difficultés d'apprentissage » ou de « troubles cérébraux mineurs » sont souvent posés à tort. Une fois affublé d'une de ces étiquettes, votre enfant peut courir des risques inacceptables.

Aux États-unis, les consultations et les traitements médicamenteux pour des enfants ayant un comportement très actif, mais parfaitement normal, sont une réelle épidémie. Sous la pression des autorités scolaires, beaucoup de parents américains perdent confiance dans leur propre jugement. On leur fait croire que seuls les médecins et les professionnels de la santé mentale possèdent la réponse aux questions que des générations ont résolues toutes seules...

Si les enfants, comme les bonshommes en pain d'épice, étaient faits au moule, on pourrait établir des normes de

développement et de degré d'activité. Heureusement, ce n'est pas le cas et aucun enfant ne ressemble à un autre. C'est évidemment frustrant pour les instituteurs, les médecins et tous les autres professionnels qui pensent que leur norme s'applique systématiquement à tous les enfants. Il n'est pas rare, de nos jours, de voir un enfant actif et inattentif qualifié par son instituteur d'enfant « hyperactif » ou « légèrement anormal », traité par des antidépresseurs et placé dans une « classe spéciale ».

Il n'est pas du tout impossible que votre enfant, exceptionnellement actif et parfaitement normal, reçoive une de ces étiquettes - aucune d'entre elles n'a de définition scientifique valable. Le nombre d'enfants dans ce cas a augmenté de 500.000 ces cinq dernières années.

Cela peut arriver à votre enfant s'il présente l'un ou l'autre des comportements se trouvant sur la liste des psychologues : n'écoute pas toujours les ordres, se trémousse et ne reste pas assis tranquille, rêve en classe, intervient vigoureusement dans des situations qui ne le regardent pas, est lent à se préparer pour l'école, se donne en spectacle quand d'autres enfants le regardent, est actif physiquement que les autres enfants de sa classe.

A la lecture de cette liste, votre réaction est probablement comme la mienne: je m'inquiéteraï si un enfant ne présentait pas au moins quelques-uns de ces comportements et je chercherais désespérément pourquoi il végète comme un « légume »! Lorsqu'un enfant manifeste de l'énergie, les professionnels de la santé mentale ont tendance à lui donner des médicaments qui, souvent, le font ressembler à un légume!

Évitez les médicaments qui modifient le comportement

Si votre enfant est plus énergique et plus expansif que d'autres enfants que vous connaissez, ne le mettez pas en danger en l'exposant à des traitements ou des médicaments.

Recherchez plutôt les facteurs de l'environnement qui peuvent lui causer des problèmes sur le plan émotionnel - à la maison, à récole ou avec ses camarades. Quelles sont les circonstances qui produisent chez lui ces comportements particuliers, difficiles à supporter pour ses instituteurs et pour vous-même? Recherchez également des causes alimentaires. Essayez d'atténuer les conséquences émotionnelles de ce comportement, donnez-lui un soutien affectif important à la maison et faites-lui sentir que vous de son côté lorsqu'il a des problèmes en dehors de la maison.

D'après mon expérience cette manière de faire est suffisante dans la plupart des cas, si les parents sont objectifs et honnêtes. Elle est bien préférable à celle qui vous fait recourir à des professionnels vont « étiqueter » votre enfant et le séparer dits normaux.

Je ne pense pas qu'un ce traitement sous prétexte qu'il est plus « difficile » que ses camarades. Un comportement hyperactif peut inquiéter, mais la prescription de drogues psycho-actives constitue un motif plus grave d'inquiétude.

Les éducateurs et les médecins qui diagnostiquent une hyperactivité ou des difficultés d'apprentissage chez un enfant et suggèrent de le traiter avec des médicaments, partent de l'hypothèse que les possibilités d'apprentissage de l'enfant seront ainsi améliorées. Ils savent que vous accepterez plus facilement cet argument que si on vous donnait la vraie raison: il s'agit en fait de rendre votre enfant plus ou moins somnolent pour qu'il soit plus docile en classe.

Personne n'a encore pu démontrer que des médicaments

psycho-actifs (tels que le chlorhydrate de méthylphénidate, vendu aux Etats-Unis sous le nom de Ritaline) améliorent les performances scolaires des enfants qui les prennent. Leur principal effet est l'action à court terme sur le comportement hyperactif. On traite l'élève pour faciliter la vie de son professeur et non pour l'améliorer lui. Le risque potentiel de ces médicaments constitue un lourd tribut à payer pour le confort de l'instituteur ...

Les dangereux effets secondaires du chlorhydrate de methyl-phenidate

Quels sont les risques que court votre enfant en prenant de la Ritaline ou un médicament similaire? Ces médicaments sont prescrits de façon inappropriée et présentent des effets secondaires dangereux. De plus, ils masquent le vrai problème qui trouble votre enfant. Dans la documentation fournie aux médecins par le fabricant de la Ritaline, on peut lire que le mode d'action de ce médicament et ses effets à long terme ne sont pas connus et qu'on ne sait pas comment il agit sur le système nerveux central. Son utilisation chez des enfants de moins de six ans n'est pas recommandée. On note également que des retards de croissance ont été observés dans certains cas, ainsi que des crises convulsives.

Les effets secondaires potentiels décrits par la notice sont si impressionnants que je vous les cite textuellement (les explications en italiques sont de moi) :

« Nervosités et insomnies sont les effets secondaires les plus fréquents que l'on peut généralement contrôler en réduisant la dose et en ne donnant pas le médicament l'après-midi et le soir. Parmi les autres réactions, on peut noter les allergies (notamment cutanées), l'urticaire, de la fièvre, des douleurs articulaires, une dermatite exfoliante (peau écailleuse), un

érythème multiforme (maladie cutanée inflammatoire aiguë) avec des lésions de vasculite nécrosante (destruction des vaisseaux sanguins) et un purpura thrombocytopénique (problèmes graves de coagulation), une anorexie, des nausées, des vertiges, des palpitations, des maux de tête, une dyskinésie (problèmes au niveau des mouvements volontaires), une somnolence, une hypotension ou une hypertension artérielle, une irrégularité de pouls, de la tachycardie (rythme cardiaque accéléré), de l'angine de poitrine, une arythmie cardiaque (rythme cardiaque irrégulier), des douleurs abdominales et une perte de poids en cas de traitement prolongé. »

« Quelques cas de syndrome de Tourette ont été décrits, de même que des psychoses toxiques, des leucopénies (diminution des globules blancs) avec ou sans anémie, quelques cas de perte de cheveux. Chez les enfants, les effets secondaires les plus fréquents sont la perte de l'appétit, les douleurs abdominales, la perte de poids en cas de traitement prolongé, l'insomnie et la tachycardie. Mais tous les autres effets secondaires déjà cités peuvent se produire. »

La loi oblige les fabricants de médicaments à informer complètement les médecins. Il n'y a malheureusement pas de loi obligeant les médecins à partager l'information avec les patients. C'est pourquoi je le fais à leur place. Si l'instituteur, le directeur de l'école ou le pédiatre cherchent à vous convaincre d'administrer à votre enfant un traitement médicamenteux en raison de son comportement « agité », envoyez-les promener... Rien ne justifie le risque d'empoisonner votre enfant, pour le simple confort de son professeur...

Le rôle des tensions émotionnelles

N'acceptez pas l'opinion d'un maître sur le comportement de votre enfant sans vous demander s'il n'est pas le résultat d'un conflit entre l'enfant et ce maître. Peut-être celui-ci n'est-il pas

juste et bienveillant. Dans ce cas, la solution est de changer d'instituteur et non d'utiliser des médicaments pour changer le comportement de l'élève!

Tout en essayant de corriger les causes des problèmes que votre enfant rencontre à l'école, examinez également la situation à la maison. Si l'enfant se sent mal à l'aise à cause de tensions entre d'autres membres de la famille, essayez de résoudre ces problèmes ou évitez au moins de l'exposer à ces tensions. Si votre enfant a des difficultés avec ses camarades, essayez de les résoudre. Envisagez ensuite la possibilité que son comportement hyperactif soit causé par une allergie à des aliments ou à d'autres substances. Il existe de nombreuses preuves qu'une approche de type nutritionnel peut traiter avec succès des problèmes émotionnels ou comportementaux.

Je dois attirer votre attention sur le fait que votre pédiatre ne sera pas nécessairement ouvert à cette approche. Le regretté docteur Benjamin Feingold, pionnier du contrôle diététique du comportement hyperactif, avait rencontré un très grand scepticisme parmi ses collègues. Ce n'est pas surprenant, car les médecins rejettent systématiquement les solutions non médicales aux problèmes qu'ils jugent médicaux. Ne vous laissez pas décourager. Des symptômes neurologiques dus à des allergies alimentaires ont été décrits depuis un demi-siècle par de nombreux observateurs. Récemment, de nombreuses observations cliniques ont démontré que le régime Feingold est efficace chez de nombreux enfants.

Le docteur Feingold, responsable de la clinique d'allergologie de la Fondation Kaiser, en Californie, pense que les principaux responsables du comportement hyperactif sont des additifs alimentaires chimiques colorants, édulcorants, conservateurs, agents stabilisants, etc.

Il recommande d'éliminer du régime ces produits chimiques et de remplacer les produits raffinés, qui encombrant les placards

et réfrigérateurs des cuisines américaines, par des aliments naturels.

Les résultats du docteur Feingold ont été reproduits par beaucoup d'autres médecins. Le docteur W.G. Crook, pédiatre et allergologue à l'hôpital des enfants de Jackson dans le Tennessee, a observé, chez trois enfants sur quatre, un rapport entre l'alimentation et l'hyperactivité. Sur une liste incluant notamment maïs, blé, oeuf, soja, citron..., le lait et le sucre raffiné étaient le plus souvent mis en cause.

Si vous avez un enfant hyperactif présentant des problèmes de comportement, n'utilisez pas les médicaments prescrits par votre médecin avant d'avoir essayé les aliments que vous pouvez acheter chez votre épiciériste !

Le diagnostic discutable de troubles cérébraux

Soyez également extrêmement prudent si l'on vous dit que le comportement inhabituel de votre enfant vient d'un problème cérébral. Ils existent bien sûr, mais on en diagnostique beaucoup plus qu'il n'y en a réellement. La psychiatrie est une science tellement imprécise - si l'on peut même parler d'une science - que les psychiatres sont rarement d'accord sur un diagnostic. Des études ont montré que des psychologues et des psychiatres ne posent le même diagnostic que dans 54% des cas. Ce pourcentage est si proche de la loi des grands nombres que vous pourriez aussi bien consulter un chauffeur de taxi et un charpentier, et obtenir le même résultat.

Sur la base d'un diagnostic discutable, on risque d'imposer à votre enfant une psychothérapie si son comportement est considéré comme déviant de « la norme ». Les enfants chez qui on fait un diagnostic correct de problème cérébral ou neurologique, ou encore de psychose, peuvent, bien sûr, bénéficier d'un traitement. Mais en dehors de ces cas, rien ne

prouve qu'un traitement psychologique soit utile; au contraire, il peut aggraver les problèmes psychologiques et émotionnels de l'enfant.

Une étude bien connue montre que la rémission spontanée, chez les patients souffrant de troubles psychiatriques, est de 70%, aussi bien chez les adultes que chez les enfants. Une autre étude, portant sur un groupe de patients suivis pendant 20 ans à l'université du Wisconsin, compare les patients ayant suivi une psychothérapie et les autres. La conclusion la plus positive de l'étude était que la thérapie semblait ne pas faire de mal!

Une autre étude, concernant des jeunes à Cambridge et Somerville dans le Massachusetts, nous rassure encore moins. Un groupe n'ayant reçu aucune thérapie est comparé à un autre groupe dont les membres avaient été suivis individuellement pendant cinq ans par un psychologue. Presque sans exception, cette thérapie semble avoir eu un effet négatif sur ces jeunes gens dans leur vie adulte. Cette étude, menée sur 30 ans depuis 1939, a montré une corrélation nette entre la thérapie et le comportement criminel. Les hommes qui n'avaient reçu aucun traitement étaient moins souvent convaincus de crimes graves et multiples que ceux qui avaient suivi, dans leur jeunesse, une psychothérapie. Les hommes qui avaient eu les contacts les plus longs et les plus fréquents avec des thérapeutes avaient la plus forte incidence de comportement antisocial et criminel.

Enfin, une étude datant de 1980 et portant sur 120 jeunes délinquants, a montré que ceux qui suivaient une thérapie avaient plus de problèmes de comportement que ceux qui n'en suivaient pas. Voici comment un article du Globe & Mail de Toronto résume cette étude :

« Si vous voulez empêcher un jeune délinquant de voler, de violer et d'être agressif, ne l'envoyez pas à un travailleur social, un psychiatre, un psychologue, ni à une communauté thérapeutique et ne faites pas non plus d'effort pour traiter sa famille. Tous ces traitements sont inutiles et certains le rendront même encore plus violent qu'auparavant. »

Il existe des problèmes spécifiques de l'enfance dans le domaine mental et neurologique qui viennent de lésions du cerveau. Certaines d'entre elles – infirmité motrice cérébrale, mongolisme, syndrome de Tourette, autisme, etc. – sont la conséquence d'interventions médicales dont j'ai parlé plus haut.

Si votre enfant est touché par l'une de ces maladies, il est utile de rechercher une aide professionnelle, ne serait-ce que pour essayer de nouveaux traitements, par exemple le traitement par l'alimentation préconisé pour le mongolisme et autres causes de retard mental par le docteur Henri Turkel (de Detroit) et le docteur Ruth Harrell (de l'université de Old Dominion).

Si votre enfant souffre d'une de ces maladies, vous le saurez bien évidemment, et vous saurez faire la différence avec un comportement qui le rend simplement plus difficile que ses camarades.

Il est bien de consulter les médecins lorsque le besoin en est évident, mais il faut les éviter quand on vous dit que votre enfant souffre de « retard d'apprentissage », de « troubles de l'attention » ou d'une autre affection mal définie. Les professionnels de la santé mentale n'ont pas encore prouvé que ce type de maladies existe réellement !

L'immunisation par vaccins : une bombe à retardement

Les vaccinations de masse représentent, par leur inutilité, la plus grande menace pour la santé des enfants. C'est difficile à croire, je le sais. Les vaccinations ont été présentées d'une manière si habile et insistante que la plupart des parents y voient le miracle qui a fait disparaître beaucoup de maladies, jadis effrayantes. S'attaquer à elles est souvent considéré comme du domaine de la folie et un pédiatre qui s'opposerait à ce fondement même de la pédiatrie est comme un prêtre qui nierait l'infaillibilité du pape!

Une grande partie de ce qu'on vous a dit sur les vaccinations n'est tout simplement pas vrai. Si je voulais obéir à mes convictions profondes en écrivant ce chapitre, je vous recommanderais de rejeter toutes les vaccinations pour votre enfant. Je ne le ferai pas, car les parents ont perdu ce droit de refus dans environ la moitié des États-unis, ainsi que dans la plupart des pays du monde. Ce sont les médecins, et non les politiciens, qui ont travaillé avec succès pour imposer légalement les vaccinations préscolaires. Mais vous pouvez toujours persuader votre pédiatre d'éliminer l'élément« coqueluche» du vaccin Di-Te-Per [Vaccin complexe: Di pour diphtérie; Te pour tétanos; Per pour pertussis qui, en latin, signifie coqueluche. (N.d.T.)]. Le vaccin anticoqueluche, qui semble le plus dangereux de tous, est sujet à tant de discussions que les médecins commencent à avoir peur des problèmes juridiques et ils ont raison; dans un cas récent, à

Chicago, un enfant handicapé à cause d'un vaccin anticoqueluche a reçu un dédommagement de plus de cinq millions de dollars. Si votre médecin a peur de ce vaccin, exploitez sa peur, car il s'agit de la santé de votre enfant.

Bien que j'aie moi-même utilisé les vaccins dans les premières années de ma pratique, je suis devenu un farouche opposant aux vaccinations de masse à cause des nombreux dangers qu'elles représentent. Le sujet est si vaste et complexe qu'il mériterait tout un livre. Je ne peux donc ici que donner un résumé de mes réticences à l'égard du zèle fanatique avec lequel les pédiatres injectent aveuglément des protéines étrangères dans le corps de votre enfant sans savoir quelles conséquences néfastes peuvent en résulter.

Voici l'essentiel de mes arguments :

1. *Il n'existe aucune preuve scientifique convaincante permettant d'affirmer que les vaccinations ont éliminé les maladies d'enfance.* Il est vrai que certaines maladies d'enfance, autrefois fréquentes, ont diminué ou disparu depuis que les vaccinations ont été introduites: personne ne sait réellement pourquoi, mais on pense à l'influence de l'amélioration des conditions de vie. Si les vaccinations étaient responsables de la diminution ou de la disparition des maladies aux États-unis, pourquoi auraient-elles simultanément disparu de pays d'Europe où les vaccinations n'étaient pas systématiquement appliquées?

2. *On pense habituellement que c'est grâce au vaccin Salk que l'épidémie de poliomyélite, qui frappa les enfants américains dans les années 1940 et 1950, a pris fin. Si c'est vrai, pourquoi les épidémies ont-elles aussi cessé en Europe où le vaccin anti-polio n'était pas utilisé de manière aussi généralisée?* Et pour prendre un sujet d'intérêt plus récent, pourquoi le vaccin Sabin est-il encore administré à des enfants alors que le docteur Salk affirme qu'il est actuellement responsable de la plupart des cas

de poliomyélite? Continuer il administrer ce vaccin est un comportement médical irrationnel qui ne fait que confirmer mon opinion sur la persévérance des médecins dans l'erreur. Nous assistons là à une répétition du scénario où l'on voyait le corps médical se résoudre difficilement à abandonner la vaccination contre la variole, qui restait pourtant la seule cause de mort due à la variole trente ans après la disparition de la maladie. Pensez-y, pendant trente ans, les enfants mouraient à cause des vaccins anti-varioliques, alors que la maladie elle-même ne présentait plus de risque réel.

3. Tout vaccin comporte des risques réels et de nombreuses contre-indications: pourtant, les médecins les administrent de manière routinière sans avertir les parents des dangers possibles et sans rechercher si tel ou tel vaccin est contre-indiqué pour votre enfant.

Aucun enfant ne devrait être vacciné sans que l'on y réfléchisse. Pourtant, chaque jour dans les cliniques on aligne les enfants pour les vacciner sans que leurs parents ne puissent poser aucune question.

4. Si l'on connaît les dangers à court terme de la plupart des vaccins, on ignore les conséquences à long terme de l'injection de protéines étrangères dans le corps de votre enfant. Fait plus choquant encore, personne ne tente réellement de les découvrir.

5. On pense de plus en plus que les vaccins contre les maladies d'enfance relativement bénignes peuvent être responsables de l'importante augmentation des maladies auto-immunes comme le cancer, la leucémie, les rhumatismes, la sclérose en plaques, le lupus érythémateux disséminé et le syndrome de Guillain-Barré. Dans les maladies auto-immunes, les mécanismes de défense de l'organisme ne savent plus faire la distinction entre les protéines étrangères et les tissus du corps lui-même, aussi l'organisme commence-t-il à se détruire lui-

même. Allons-nous échanger les oreillons et la rougeole contre le cancer et la leucémie?

Je vous parle de tout cela, car il est probable que votre pédiatre ne vous en parlera pas.

Au congrès de l'Académie américaine de pédiatrie, en 1982, fut proposée une résolution qui demandait que les parents soient informés des risques et des avantages des vaccinations. La résolution demandait que l'Académie de pédiatrie produise un texte clair et concis pour que tout parent raisonnable puisse se renseigner sur les bénéfices et les dangers des vaccinations systématiques, les risques des maladies que les vaccins préviennent et le traitement des effets secondaires fréquents. Il semble que les médecins rassemblés pensèrent que des « parents raisonnables » ne méritaient pas ce type d'informations car *la résolution fut rejetée!*

La rude controverse au sujet des vaccins qui règne actuellement dans le corps médical n'a pas échappé à l'attention des médias. De plus en plus de parents refusent de faire vacciner leurs enfants, mais encourent les conséquences légales de cet acte. Les parents dont les enfants souffrent de dommages permanents à la suite de vaccinations n'acceptent plus cela comme une fatalité, mais entament des procès contre les fabricants de vaccins et les médecins qui ont administré lesdits vaccins. Certains fabricants ont renoncé à les fabriquer; d'autres allongent, année après année, la liste des contre-indications. Ce sont les vaccinations systématiques qui amènent au pédiatre sa clientèle régulière; il continue donc à les défendre aveuglément. La question que les parents devraient se poser est: *qui risque la mort en cas de complication?*

En tant que parents, vous pouvez décider d'accepter ou de rejeter les vaccins pour votre enfant, mais laissez-moi vous recommander, avant de le faire vacciner, de bien vous

renseigner à propos des risques et des bénéfices du vaccin et de demander à votre pédiatre pourquoi il veut faire tel ou tel vaccin.

Les oreillons

Les oreillons sont une maladie à virus relativement bénigne dont on souffre habituellement pendant l'enfance et qui cause un gonflement d'une glande ou de deux glandes salivaires (parotides) localisées de chaque côté, entre l'oreille et la joue. Les symptômes typiques sont une fièvre modérée, une perte d'appétit et des douleurs à la tête et au dos.

D'habitude, le gonflement de la glande commence à diminuer après deux ou trois jours et disparaît le sixième ou le septième jour. Parfois, une des glandes gonfle d'abord, suivie de la seconde, jusqu'à dix ou douze jours plus tard. Cette infection confère une immunité qui dure toute la vie.

Les oreillons ne requièrent pas de traitement médical; si votre enfant est malade, essayez de le garder au lit deux ou trois jours avec une diète légère et beaucoup de boissons et utilisez des compresses glacées pour diminuer le gonflement. En cas de maux de tête sévères, donnez de petites quantités de whisky ou d'acétaminophène : dix gouttes de whisky pour un petit bébé et jusqu'à une demi cuillère à thé pour un grand enfant. On peut répéter la dose après une heure, une ou deux fois si nécessaire.

La plupart des enfants reçoivent un vaccin combiné contre les oreillons, la rougeole et la rubéole MMR [Appellation américaine: MMR, pour Mumps (oreillons), Measles (rougeole) et Rubella (rubéole). (N.d.T.)], et cela vers l'âge de quinze mois. Les pédiatres défendent ce vaccin en arguant que les oreillons peuvent être contractés pendant la vie adulte si l'immunité n'est pas acquise pendant l'enfance (où la maladie

est peu grave). Il y a alors une possibilité que les hommes adultes fassent une orchite, qui est une atteinte du testicule pouvant, dans des cas très rares, causer une stérilité.

Si la stérilité totale était une menace réelle et si le vaccin contre les oreillons protégeait vraiment les adultes contre cette éventualité, je serais parmi les partisans de ce vaccin. Ce n'est pas le cas, car ces arguments n'ont pas de sens. L'orchite ne cause que rarement la stérilité et il reste toujours l'autre testicule dont la production de sperme pourrait repeupler le monde entier. De plus, personne ne sait si le vaccin contre les oreillons confère une immunité jusqu'à la vie adulte. On ne sait donc pas si un enfant vacciné contre les oreillons à quinze mois et qui ne fera donc pas cette maladie pendant son enfance, ne risque pas de la faire dans sa vie d'adulte avec des conséquences plus sérieuses.

Les pédiatres n'en parlent pas, mais les effets secondaires du vaccin des oreillons peuvent être graves: réactions allergiques ou troubles du système nerveux central, avec des accès de fièvre, une surdité unilatérale ou une encéphalite. Il est vrai que ces risques sont très rares, mais pourquoi exposer votre enfant à un risque, si petit soit-il, pour lui éviter une maladie d'enfance sans aucun danger?

La rougeole

C'est une maladie virale contagieuse qui peut être contractée par simple contact avec un objet infecté. Au début, elle se manifeste par de la fatigue, une légère température et des douleurs dans la tête et dans le dos. Les yeux sont rouges et sensibles à la lumière, la fièvre ne s'élève qu'après trois ou quatre jours. On voit parfois de petits points blancs à l'intérieur de la bouche et une éruption de petites taches roses débutant derrière les oreilles. En trente-six heures environ,

cette éruption couvre le corps et disparaît après trois ou quatre jours. La rougeole est contagieuse pendant sept ou huit jours et déjà trois ou quatre jours avant que l'éruption n'apparaisse. En conséquence, si l'un de vos enfants a la rougeole, les autres y ont été probablement déjà exposés sans que vous le sachiez.

La rougeole ne requiert aucun traitement autre que le repos au lit, l'absorption de liquides pour combattre la déshydratation possible due à la fièvre et des bains adoucissants contre les démangeaisons. Si votre enfant souffre de la lumière, tirez les rideaux de sa chambre. Il n'est pas vrai que votre enfant risque de devenir aveugle.

Le vaccin MMR contient un vaccin antirougeole. Les médecins pensent que ce vaccin est nécessaire pour prévenir l'encéphalite qui, disent-ils, frappe un enfant sur mille en cas de rougeole. Après des années d'expérience, je ne crois pas à cette statistique et je ne suis pas le seul pédiatre dans ce cas. Il est possible que cette fréquence soit vraie pour des enfants qui vivent dans des conditions de pauvreté et de malnutrition. Mais dans les classes moyennes, si l'on exclut la simple somnolence due à la rougeole, l'incidence d'encéphalite réelle est probablement plutôt de 1/10.000 ou de 1/100.000.

Après vous avoir effrayé avec ce risque d'encéphalite le médecin peut difficilement vous parler des dangers associés au vaccin. Le vaccin lui-même peut également entraîner une encéphalite et d'autres complications telles qu'une panencéphalite sclérosante (toujours fatale), une méningite aseptique, une hémiparésie (paralysie d'une moitié du corps), ainsi que d'autres troubles graves du système nerveux central: ataxie, retard mental, épilepsie ou même sclérose en plaques. On peut observer aussi une nécrolyse épidermique toxique, un syndrome de Guillain-Barré, des troubles de la coagulation du sang, un diabète juvénile et l'on soupçonne une incidence sur la maladie de Hodgkin et le cancer...

Pour moi, les risques associés au vaccin antirougeole le rendent inacceptable, même si on pouvait me prouver qu'il agit. Or il n'agit pas. La fréquence de la maladie a diminué bien avant qu'il ne soit introduit. En 1958, il y avait environ 800.000 cas de rougeole aux Etats-Unis et en 1962 (année précédant l'introduction du vaccin) le nombre de cas tombait à 3000.

Pendant les quatre années suivantes, alors que les enfants étaient vaccinés avec un produit à présent jugé inefficace et qui a été abandonné, le nombre des cas diminua encore. En 1900, il y avait 13,3 cas de mort par rougeole pour 100.000 habitants. En 1955, avant que ne soit administré le premier vaccin antirougeole, la mortalité avait diminué de 97,7% pour n'atteindre plus que 0,03 mort par 100.000. Ces chiffres prouvent que la rougeole disparaissait avant l'introduction du vaccin.

Dans une étude conduite en 1978 dans trente États, on s'aperçut que la moitié seulement des enfants atteints de rougeole avaient été vaccinés de façon correcte. Il semble même, d'après l'Organisation mondiale de la santé, que le risque de contracter la rougeole soit quinze fois plus grand chez les vaccinés que chez les non-vaccinés!

Dans ces conditions, comment est-il possible que les médecins continuent à vacciner?

La réponse se trouve peut-être dans cette anecdote qui se passe en Californie, quatorze ans après l'introduction du vaccin contre la rougeole. Los Angeles subissait une grave épidémie de rougeole cette année-là et on persuadait les parents d'enfants âgés de six mois ou plus de les vacciner, malgré l'avis du service de santé publique selon lequel vacciner un enfant de moins d'un an était inutile et probablement dangereux. La plupart des médecins vaccinèrent tous les enfants qui leur tombaient sous la main, mais quelques praticiens refusèrent de

vacciner leurs propres enfants. Ces médecins savaient que les virus lents qui se trouvent dans tous les vaccins vivants, et particulièrement dans le vaccin de la rougeole, peuvent se cacher dans l'organisme pendant des années et se manifester plus tard sous forme d'encéphalite, de sclérose en plaques et même de cancer. Cependant, la connaissance de ces conséquences graves n'empêchent pas ces médecins de vacciner leur patients. L'un d'eux dit même:« En tant que parent, je peux me payer le luxe de faire un choix pour mon enfant. En tant que médecin, légalement et professionnellement, je dois appliquer les recommandations de la profession. »

Il est peut-être temps que tous les parents et leurs enfants jouissent du même« privilège» que les médecins pour leurs propres enfants.

La rubéole

La rubéole est une maladie bénigne qui ne requiert aucun traitement médical. Au début, l'enfant a un peu de fièvre et une discrète angine, puis une éruption apparaît sur le visage et le crâne, pour s'étendre sur les bras et le corps. Les petites taches rouges de l'éruption restent séparées les unes des autres (le contraire de ce qui se passe dans la rougeole) et disparaissent en deux ou trois jours. Le traitement consiste en repos et absorption de liquide.

Le seul danger de la rubéole concerne le fœtus, si une femme contracte cette maladie pendant le premier trimestre de sa grossesse. On exploite ce risque pour justifier la vaccination de tous les enfants, garçons et filles, avec ce fameux vaccin MMR. Les mérites de ce vaccin sont discutables pour les raisons déjà exposées pour le vaccin anti-oreillons. Il n'y a aucune nécessité de protéger les enfants contre cette maladie sans gravité et les

effets secondaires de ce vaccin ne sont pas acceptables: arthrites, douleurs articulaires et polynévrites (inflammation des nerfs périphériques). Ces troubles sont généralement passagers, mais peuvent parfois durer plusieurs mois. Ils peuvent parfois se manifester deux mois après la vaccination et il est ainsi difficile de vérifier qu'ils sont réellement des effets secondaires du vaccin.

Le plus grand danger de la vaccination: priver les femmes enceintes de la possibilité d'une protection naturelle contre la maladie. L'immunisation des femmes dans l'enfance peut, en fait, augmenter leur risque de contracter la maladie lorsqu'elles sont en âge de procréer. Ce souci est partagé par de nombreux médecins. Au Connecticut, un groupe de médecins, dont deux éminents épidémiologistes, ont réussi à faire rayer la rubéole de la liste des vaccinations obligatoires.

De plus en plus d'études montrent que de nombreuses femmes immunisées contre la rubéole dans leur enfance n'ont pas d'immunité sanguine au moment de l'adolescence.

D'autres tests ont montré ce défaut d'immunité après les vaccins MMR. Il ne semble donc pas que l'immunité acquise par le vaccin soit aussi bonne qu'après la maladie. Avant l'époque où le vaccin de la rubéole était administré, 85% des adultes étaient naturellement immunisés contre la maladie.

Aujourd'hui, à 'cause de la vaccination, la grande majorité des femmes ne peuvent acquérir cette immunité naturelle. Il semble que les médecins eux-mêmes aient peur du vaccin car, selon une enquête récente, 90% des gynécologues, pourtant en contact quotidien avec les femmes enceintes, refusèrent d'être vaccinés. Si les médecins eux-mêmes ont peur des vaccins, pourquoi donc la loi exigerait-elle que les parents fassent vacciner leurs enfants?

La coqueluche

La coqueluche est une maladie due à une bactérie très contagieuse qui est habituellement transmise par l'air. La période d'incubation dure de sept à quatorze jours. Les symptômes du début ressemblent à ceux d'un simple rhume avec, parfois, un peu de température; puis le malade se met à beaucoup tousser la nuit. Plus tard, il tousse la journée également. Huit à dix jours après les premiers symptômes, la toux se développe sous forme de quintes.

L'enfant peut tousser jusqu'à douze fois sans reprendre son souffle et son visage peut prendre une teinte bleutée ou écarlate. A la fin de chaque quinte, il reprend sa respiration avec un bruit caractéristique appelé « chant du coq ». La toux amène souvent des vomissements.

La plupart des victimes de la coqueluche ont moins de dix ans. La maladie peut être grave et même mortelle, particulièrement chez les nouveau-nés. Les personnes contaminées peuvent transmettre la maladie à d'autres pendant près d'un mois après le début des premiers symptômes. Il est donc important de les isoler et de protéger les petits de leur contact. Il n'existe pas de traitement spécifique de la coqueluche. On emploie parfois des calmants pour la toux, mais ils sont souvent peu efficaces et je ne les recommande pas. En cas de coqueluche, il faut cependant consulter un médecin, car l'hospitalisation est parfois nécessaire.

Le danger pour les bébés est de s'épuiser à cause de la toux ou de faire une pneumonie.

On vaccine contre la coqueluche en même temps que contre la diphtérie et le tétanos dans le vaccin Di-Te-Per. Bien que l'on utilise ce vaccin anticoqueluche depuis des décennies, c'est l'un des vaccins les plus controversés. Son efficacité n'est pas très bonne. Beaucoup de médecins partagent mon opinion: les

dangereux effets secondaires du vaccin peuvent être plus lourds que les bénéfices.

Le docteur G. T. Stewart, professeur de médecine communautaire à l'université de Glasgow, en Écosse, est l'un des plus vigoureux critiques du vaccin anti-coqueluche. Alors qu'il était favorable au vaccin jusqu'en 1974, il a commencé à observer des épidémies de coqueluche chez des enfants qui avaient été vaccinés. « Actuellement, à Glasgow, dit-il, 30% de nos cas de coqueluche se produisent chez des patients vaccinés. Et cela me porte à croire que le vaccin ne protège pas de manière efficace. »

Comme pour d'autres maladies infectieuses, la mortalité avait commencé à diminuer avant l'introduction du vaccin. Celui de la coqueluche fut introduit en 1936, mais dès 1900 déjà, la mortalité due à cette maladie avait commencé à diminuer. Si l'on en croit Stewart, la diminution de la mortalité due à la coqueluche atteignait déjà 80% avant que le vaccin ne soit utilisé la première fois. Le facteur clé du contrôle de la coqueluche n'est probablement pas le vaccin, mais l'amélioration du niveau de vie.

Certains médecins ne sont pas tendres avec leurs confrères qui osent critiquer leurs chers vaccins. En 1982, j'intervins à la télévision dans une émission d'une heure consacrée à la controverse sur le vaccin anticoqueluche. Et voici ce que j'ai dit: « Le danger du vaccin est de loin plus important qu'aucun des médecins présents n'ont jamais voulu l'admettre ». En juillet 1982, le Journal of the American Medical Association (JAMA), dans une violente attaque contre cette émission, écrivait que les producteurs avaient choisi des « experts » douteux qui avaient médité sur le vaccin et rouspé de fausses références. Mes propres références furent dénigrées.

Je n'ai pas envie de me défendre contre l'Association médicale américaine qui a dû elle-même, au long des années, dépenser

une grande partie de son budget pour sa propre défense.

Il est cependant instructif de lire ce que le même numéro du journal disait sur les risques du vaccin anticoqueluche. Jugez vous-même si j'avais raison de douter du vaccin.

« Les dangers du Di-Te-Per ne sont pas inconnus des professionnels de santé. Les composants Di et Te qui existaient bien avant que le Per y soit ajouté à la fin des années 40, sont des anatoxines partiellement purifiées et considérées comme peu dangereuses. Le composant Per, formé de cellules entières, consistant en quatre unités d'antigènes anticoqueluche par 0,5 ml de Di-Te-Per, est reconnu universellement comme étant *relativement grossier et toxique. Si bien que la création d'une version plus sûre est attendue avec impatience.* »

« Dès le début des vaccinations de masse du Di-Te-Per, des réactions sévères ont été observées à commencer par l'étude de Byers et Moll en 1948, sur l'encéphalopathie liée au vaccin. La fréquence de cette réaction n'a pas été établie de manière claire. Il est sûr, cependant, que des crises liées au vaccin, bien que rares, sont beaucoup plus fréquentes que les dégâts cérébraux ou altérations résiduelles qui en découlent. »

Ce texte montre bien que l'Association médicale américaine ne nie pas que le vaccin contre la coqueluche soit dangereux et ait des effets secondaires potentiellement effrayants.

Mais elle ne tient pas à ce que les médias se mêlent d'informer les personnes vaccinées des risques qu'elles encourent.

S'il est condamnable, pour un médecin, de partager avec ses patients sa connaissance des risques des vaccins, je plaide coupable. Les effets secondaires les plus fréquents du vaccin, d'après le JAMA, sont de la fièvre, des crises de larmes, un état de choc et des réactions cutanées locales (œdèmes, rougeurs...). Moins fréquents, mais plus graves, des convulsions et des troubles cérébraux permanents entraînant

un retard mental. On a aussi associé le vaccin à la mort subite du nouveau-né. En 1978-79, pendant une campagne de vaccination au Tennessee, on a observé 8 cas de mort subite immédiatement après des vaccinations au Di-Te-Per.

On estime que le vaccin donne une protection contre la maladie de 50 à 80%. Selon le JAMA, 1000 à 3000 cas de coqueluche sont signalés chaque année aux États-unis avec 5 à 20 cas mortels.

Je pose la question: est-il raisonnable d'exposer chaque année des millions d'enfants au danger potentiel du vaccin dans le but de les protéger de façon douteuse contre une maladie relativement rare?

La diphtérie

La diphtérie était une maladie effrayante du temps de nos grands-mères, mais elle a actuellement presque entièrement disparu. En 1980, il n'y eut que cinq cas dans tous les États-unis. La plupart des médecins pensent que la disparition de la maladie est due à la vaccination, mais il y a de nombreuses preuves montrant que les cas de diphtérie ont commencé à diminuer avant.

La diphtérie est une maladie bactérienne très contagieuse qui s'attrape au contact des malades ou, même, des objets qu'ils ont touchés. La période d'incubation est de deux à cinq jours. Les premiers symptômes sont un mal de gorge, des maux de tête, de la nausée, de la toux et de la température. On observe ensuite des taches d'un blanc sale sur les amygdales et la gorge. Le gonflement, au fond de la bouche, est si prononcé que, dans les cas graves, la respiration n'est plus possible. Cette maladie exige un traitement médical aux antibiotiques. Aujourd'hui, votre enfant court à peu près autant de risques d'attraper la diphtérie que d'être mordu par un cobra. Et, cependant, des

millions d'enfants sont vaccinés à deux, quatre, six et dix-huit mois et reçoivent même un rappel à l'entrée à l'école, bien que l'on soit conscient de l'efficacité relative du vaccin. A Chicago, en 1969, sur 16 victimes d'une épidémie de diphtérie, 4 avaient reçu une vaccination complète et 5 une vaccination incomplète. Lors d'une autre épidémie, une personne sur les trois décédées et 14 des 23 porteurs de germes avaient été vaccinés complètement.

Des exemples de ce genre prouvent que les vaccins ne peuvent pas éliminer la diphtérie, ni une autre maladie d'enfance. Aux États-unis, les lois concernant les vaccinations varient d'un État à l'autre. Pourtant, les statistiques de fréquence des maladies ne sont absolument pas en corrélation avec les obligations vaccinales.

Si l'on considère la rareté de la maladie, l'efficacité du traitement antibiotique, ainsi que l'inefficacité relative, le coût annuel qui est de plusieurs millions de dollars - et les possibilités d'effets secondaires du vaccin, j'estime que les vaccinations de masse contre la diphtérie n'ont aucune raison d'être. Il est vrai que l'on ne connaît pas d'effets secondaires, mais cela ne veut pas dire qu'il n'y en ait pas. Pendant le demi-siècle où l'on a utilisé le vaccin contre la diphtérie, aucune étude n'a été entreprise sur ses effets secondaires à long terme.

La varicelle

C'est la maladie d'enfance que je préfère. D'abord, elle est relativement bénigne et, ensuite, il n'existe, jusqu'à présent, aucun vaccin, même s'il doit en apparaître un bientôt sur le marché.

La varicelle est une maladie infectieuse à virus, très commune dans l'enfance. Les premiers signes sont une légère température, des douleurs à la tête et au dos et une perte

d'appétit. Après un ou deux jours, apparaissent de petites taches rouges qui, en quelques heures, s'agrandissent et se transforment en petites bulles. Plus tard, une croûte se forme; elle tombe après un ou deux jours. Elle cause de vives démangeaisons et il faut veiller à ce que l'enfant ne se gratte pas. Des bains adoucissants peuvent être donnés, mais il n'est en général pas nécessaire de recourir au médecin. Repos et diète liquide suffisent. La période d'incubation est de deux à trois semaines et la maladie est contagieuse pendant environ deux semaines, deux jours après le début de l'éruption. Il faut donc isoler l'enfant pendant cette période.

La scarlatine

La scarlatine est un autre exemple d'une maladie autrefois très effrayante et qui a pratiquement disparu. S'il avait existé un vaccin contre la scarlatine, les médecins diraient sans aucun doute que la maladie a été éliminée grâce à lui. Comme il n'existe pas de vaccin, ils mettent le miracle sur le compte de la pénicilline, alors que la maladie reculait déjà avant l'apparition des premiers antibiotiques. La véritable raison de la disparition de la scarlatine est bien, comme pour les autres maladies, l'amélioration des conditions de vie et de l'alimentation.

La maladie a été nommée ainsi à cause de l'éruption écarlate qui couvre la peau de ses victimes. Elle est due à une infection à streptocoques et les symptômes initiaux sont des vomissements, des maux de tête, un gonflement des ganglions du cou et une fièvre entre 38° et 40,5°. Ce sont les enfants entre 2 et 8 ans qui sont d'habitude touchés et l'éruption diminue et disparaît en près semaine. Si votre enfant a la scarlatine, ce qui a peu de chance d'arriver, vous n'avez pas besoin de vous inquiéter : ce n'est pas plus dangereux qu'une angine à streptocoques. La maladie se guérit d'elle-même et, si

vous allez chez le médecin, il vous prescrira un antibiotique dont votre enfant n'a pas réellement besoin.

La méningite

Un des paradoxes assez effrayants de la pratique médicale actuelle est la propension des médecins à traiter avec excès des maladies qui n'en ont pas besoin et, au contraire, à négliger le diagnostic de maladies comme la méningite, qui mériterait tous leurs soins. La méningite est une inflammation des membranes entourant le cerveau et la moelle épinière, les *méninges*.

Les *symptômes* en sont: une nuque raide (pas toujours), des maux de tête persistants, des vomissements, de la fièvre et des convulsions chez les petits enfants. La maladie peut être causée par des bactéries, des virus ou des champignons. Une des bactéries est particulièrement contagieuse, car on la trouve dans la gorge aussi bien que dans le liquide céphalo-rachidien.

La méningite peut être traitée, à condition de faire un diagnostic précoce. Souvent, les médecins passent à côté du diagnostic, parce qu'ils ne prennent pas au sérieux ce que la mère leur dit sur les changements de comportement de son enfant. Bien des médecins ne pensent pas non plus à une méningite si l'enfant n'a pas la nuque raide.

Les conséquences possibles d'un mauvais diagnostic ou d'un mauvais traitement d'une méningite sont un retard mental ou la mort. Si votre enfant présente depuis trois ou quatre jours une fièvre sans explications, avec une somnolence, des vomissements, des cris perçants et, éventuellement une nuque raide, suspectez une méningite. Certains de ces symptômes sont aussi présents dans la grippe, mais les deux derniers sont particuliers à la méningite, surtout le cri. Si votre enfant présente ce tableau, insistez pour que votre médecin fasse les

examens appropriés, dont une ponction lombaire: dans ce cas, si votre médecin ne récolte pas de liquide à la première ou à la seconde tentative, dites-lui de s'arrêter et appelez un autre médecin.

Les antibiotiques ont réduit de 95% à 5% la mortalité de cette maladie. C'est pourquoi un diagnostic correct et précoce est une question de vie ou de mort.

La tuberculose

Les parents devraient être en droit d'exiger que les tests subis par leurs enfants donnent des résultats indiscutables, ce qui n'est absolument pas le cas du test cutané à la tuberculine (cuti-réaction). Même l'Académie américaine de pédiatrie, qui ne désapprouve que très rarement les actes médicaux de routine, a publié un communiqué qui critique ce test :

« Diverses études récentes ont jeté un doute sur la sensibilité de plusieurs tests de dépistage pour la tuberculose. Un comité du Bureau de biologie a même recommandé aux fabricants que chaque lot soit testé sur 50 patients séropositifs connus pour s'assurer que les préparations sont assez puissantes pour identifier toute personne atteinte de tuberculose active.

Cependant l'interprétation de ces tests est difficile, soit que les études n'aient pas été menées selon la technique d'échantillonnage en double aveugle, soit que plusieurs tests aient été administrés de façon simultanée (pouvant alors se neutraliser). »

Le communiqué conclut: « Les tests à la tuberculine ne sont pas parfaits et les médecins doivent envisager la possibilité de réactions faussement négatives aussi bien que faussement positives! »

Cela signifie que votre enfant peut être tuberculeux, même si

son test est négatif, ou bien qu'il peut ne pas être malade, alors que son test indique qu'il devrait l'être. Les conséquences en sont très graves, car votre enfant sera certainement exposé à de nombreuses irradiations pour examiner ses poumons et les médecins peuvent même le soumettre pendant des mois, voire des années, à un traitement relativement dangereux comme l'isoniazide.

Même l'Association médicale américaine a reconnu qu'on avait prescrit sans discernement trop d'isoniazide, ce qui est dommageable en raison de ses nombreux effets secondaires au niveau du système nerveux, du tube digestif, du sang, de la moelle osseuse, de la peau et des glandes endocrines. De plus, votre enfant peut devenir un paria dans votre quartier à cause de la peur persistante de cette maladie infectieuse.

Je suis convaincu que les conséquences d'un test positif à la tuberculine sont plus dangereuses que la maladie. Les parents devraient, selon moi, refuser le test, sauf si leur enfant a été en contact avec un malade tuberculeux.

La mort subite du nourrisson

Certains parents connaissent et s'inquiètent de la possibilité de trouver, un matin, leur enfant mort dans son berceau. La cause réelle de ce syndrome n'est pas déterminée; on sait seulement qu'il s'agit d'une atteinte du système nerveux central ne commandant plus le réflexe de respiration.

Je pense, et je ne pas le seul médecin à penser ainsi, que les morts subites nourrisson (10.000 aux Etats-Unis chaque année) sont en relation avec les vaccinations systématiques. Je soupçonne spécialement le vaccin anticoqueluche, mais les autres pourraient être en cause également.

Le docteur W. Torch, de l'université du Nevada, a écrit un

article suggérant que le vaccin Di-Te-Per est responsable des morts subites. Il montre que, sur 103 enfants étudiés, les deux tiers avaient reçu un vaccin Di-Te-Per dans les trois semaines précédant leur mort.

Beaucoup étaient morts le lendemain de l'injection. Il affirme que ce n'est pas une coïncidence. Il y a aussi les cas enregistrés au Tennessee où le fabricant du vaccin a - sur intervention des autorités sanitaires - été obligé de reprendre toutes les doses inutilisées du lot concerné.

Plus récemment, en 1983, le département de pédiatrie de l'école de médecine de l'UCLA et le département de la santé du district de Los Angeles ont publié une autre étude portant sur 145 enfants morts subitement. 53 d'entre eux avaient reçu un vaccin Di-Te-Per assez récemment. 27 sont morts dans les .28 jours, 17 dans la semaine et 6 dans les 24 heures après l'injection. Les auteurs de l'article concluent que ces résultats « confirment une relation possible » entre les injections Di-Te-Per et le syndrome de la mort subite du nourrisson.

Les femmes enceintes qui redoutent le phénomène de mort subite doivent savoir qu'une des manières d'éviter ce malheur est d'allaiter leur enfant. Les enfants nourris au sein sont moins vulnérables aux allergies, aux maladies respiratoires, aux infections intestinales, à l'hypocalcémie, à l'obésité, à la sclérose en plaques et à la mort subite.

La poliomyélite

Ceux qui ont connu les années 40 et 50 se souviennent des photos d'enfants dans des poumons d'acier et des interdictions d'aller sur les plages publiques par crainte de cette maladie terrifiante: ils ne peuvent pas oublier la peur qui régnait à l'époque. La polio n'existe pratiquement plus aujourd'hui, mais la peur persiste et on pense en général que la maladie a été

éliminée grâce au vaccin. Cela ne surprend personne, car la campagne vaccinale a été conduite de manière tapageuse. Pourtant, il n'existe pas de preuve scientifique indiquant que le vaccin a fait disparaître la maladie. La polio a également disparu dans les autres parties du monde où il n'a pas été utilisé.

En revanche, les parents doivent savoir que la plupart des cas de polio actuels sont dus au vaccin. En 1977, Jonas Salk, inventeur du vaccin antipolio fait avec des virus tués, affirma que les cas de polio aux Etats-Unis, depuis 1970, étaient probablement secondaires au vaccin polio vivant qu'on utilise en routine. Le débat continue entre les tenants des vaccins tués et ceux des vaccins vivants. Les partisans du virus tué disent que le virus vivant peut être responsable des cas de polio et les défenseurs du virus vivant pensent que le virus tué n'offre pas une protection suffisante et augmente même la vulnérabilité à la maladie.

Ce débat m'offre le luxe rare de rester confortablement neutre. Je pense que les deux camps ont raison et que l'utilisation de l'un ou de l'autre des vaccins va augmenter, et non diminuer, le risque pour votre enfant d'attraper la poliomyélite!

En bref, le meilleur moyen de protéger votre enfant est de veiller à ce qu'il ne soit pas vacciné!

La mononucléose infectieuse

Les symptômes de la mononucléose infectieuse ressemblent à ceux du rhume ou de la grippe, aussi n'est-elle ni suspectée, ni diagnostiquée au début de la maladie. Ce sont, le plus souvent, les enfants et les jeunes adultes qui sont touchés et si c'est votre enfant, il va présenter de la fièvre, une enflure des ganglions, une angine, une faiblesse et une fatigue.

Après quelques jours, il peut également se plaindre de douleurs abdominales, de nausées, de maux de tête, de douleurs thoraciques, de toux et, parfois, d'autres symptômes moins fréquents.

Si votre enfant présente ce tableau pendant une période plus longue que celle d'un simple rhume, voyez un médecin. Si celui-ci suspecte une mononucléose, il prescrira probablement un examen de sang qui permet en général - mais pas toujours - de déterminer si la mononucléose est bien en cause. D'habitude, la maladie dure d'une à trois semaines, mais elle peut parfois persister plusieurs mois.

Le fait que la mononucléose débutante ne puisse pas être distinguée d'un simple rhume ne doit pas vous inquiéter, car il n'existe pas de traitement spécifique pour cette maladie. Le traitement est celui que vous donneriez de toute façon à votre enfant - repos et boisson en quantité. Certains médecins prescrivent, pour la mononucléose, des corticoïdes comme la prednisone, mais je pense - en raison de leurs effets secondaires, dont j'ai parlé au chapitre 17 - qu'il faudrait les éviter, sauf dans des cas très sérieux.

Hôpitaux : pour tomber malade !

Tout au long de ce livre, j'ai tenté de vous aider à identifier les maladies pour lesquelles un traitement médical est indispensable et de vous mettre en garde contre les traitements, lorsqu'ils sont plus dangereux que la maladie qu'ils sont censés traiter. J'ajoute ici un dernier conseil: n'autorisez l'hospitalisation de votre enfant que si sa vie est en danger...

Il existe relativement peu de maladies d'enfance qui exigent une hospitalisation, mais beaucoup d'enfants sont hospitalisés inutilement, simplement parce que c'est plus pratique (et plus profitable) pour leur médecin. La plupart des maladies et des blessures accidentelles peuvent recevoir un traitement tout aussi efficace dans un service d'urgence, à un cabinet médical ou dans un dispensaire, sans hospitalisation, et votre enfant sera en général mieux soigné à la maison.

Il existe deux grands groupes de maladies spécifiques aux individus ayant reçu un traitement médical ou ayant été hospitalisés. Il est possible que vous n'en ayez jamais entendu parler, car ces noms sont rarement utilisés par les médecins en présence de leurs patients. Le terme iatrogène est employé lorsque les maladies ou les accidents sont causés par les médecins et nosocomial est le terme employé pour décrire les infections contractées lors d'un séjour hospitalier. Il s'agit de deux menaces réelles pour votre enfant en cas d'hospitalisation.

Chaque année, près de 2 millions d'Américains admis à

l'hôpital y contractent une nouvelle maladie, autre que celle pour laquelle ils avaient été hospitalisés. Ces maladies sont fatales pour 20.000 d'entre eux. Près de 5% des individus admis dans les hôpitaux contractent une maladie nosocomiale : en d'autres termes, si votre enfant entre à l'hôpital avec une maladie, il a une chance sur 20 d'en attraper une autre avant sa sortie. Plus encore, il existe une réelle possibilité que cette maladie soit mortelle. Le risque d'un séjour à l'hôpital n'est acceptable que pour une maladie potentiellement mortelle.

Ces risques sont rarement évoqués dans les publications destinées au grand public, mais les médecins les connaissent bien, car leurs journaux médicaux en parlent. Voici ce qu'on peut lire dans le Journal of the American Medical Association, en 1978 :

« On a étudié des patients souffrant de septicémie nosocomiale et on a comparé ce groupe à un groupe témoin pour déterminer le coût et la mortalité des infections nosocomiales. La mortalité était 14 fois plus grande chez les patients souffrant de septicémie nosocomiale que chez les patients témoins ayant au départ les mêmes diagnostics de base. L'analyse du coût basé sur 81 paires de contrôle a montré un coût augmenté d'environ 3600 dollars en cas d'infection nosocomiale. »

Les infections contractées à l'hôpital ont allongé de 14 jours les séjours hospitaliers moyens. Avec les coûts actuels de la journée d'hôpital, le chiffre de 3600 dollars a, depuis, probablement doublé ou triplé.

Maladies respiratoires contractées dans les hôpitaux

Une étude faite en 1978 dans un hôpital d'enfants a montré *qu'un enfant sur six attrape une maladie du système respiratoire pendant son séjour à l'hôpital*. On a aussi décrit d'innombrables cas d'épidémies parmi les enfants hospitalisés.

En 1979, par exemple, deux enfants sont morts et trois ont souffert de paralysie permanente ou de dommages cérébraux après une épidémie de méningite dans une pouponnière d'un hôpital en Floride. Lors de cette catastrophe, et c'est souvent le cas, on a démontré que le personnel médical ne se lavait pas les mains.

Il y a plus d'un siècle qu'un médecin hongrois, Ignaz Semmelweis, a découvert que la fièvre puerpérale était transmise par les étudiants en médecine qui ne se lavaient pas les mains. Ses conclusions avaient été rejetées par ses pairs et, mis à l'écart, il est finalement mort dans un asile (peut-être d'une infection nosocomiale). Il semble que les personnels médicaux soient lents à apprendre, car, aujourd'hui, bon nombre d'entre eux n'ont pas encore saisi son message.

En 1981, une étude de plus de deux mois fut conduite dans une unité de soins intensifs d'un hôpital privé, ainsi que dans l'hôpital universitaire voisin. Les chercheurs observèrent les habitudes des médecins, des infirmières et autres personnels en ce qui concerne l'hygiène des mains. Les sujets observés ne se lavaient les mains entre chaque patient que dans 41 % des cas à l'hôpital universitaire et dans 28 % des cas à l'hôpital privé. Les médecins étaient les moins consciencieux: ils se lavaient les mains dans 28% des cas à l'hôpital universitaire et dans 14% des cas à l'hôpital privé.

Je veux absolument démystifier l'image de l'hôpital comme sanctuaire hygiénique. En fait, comme des études le montrent, les habitudes hygiéniques du personnel médical sont souvent désastreuses et l'hôpital lui-même est probablement l'endroit de la ville où l'on rencontre le plus de microbes. Si vous ne pouvez pas l'éviter, vous pouvez au moins vous méfier et exiger que des précautions d'hygiène soient prises autour de votre enfant.

Le danger des maladies iatrogènes augmente aussi dans les

hôpitaux, car les médecins sont tellement poussés par leur instinct, leur formation, ainsi que par la crainte des procès, qu'ils utilisent tout l'arsenal de la technologie médicale à leur disposition, même lorsque ce n'est indispensable ni pour le diagnostic, ni pour le traitement. Tout acte médical constitue un risque pour votre enfant. Toute aiguille piquée est une entrée potentielle des microbes. Tout médicament administré a des effets secondaires potentiels. Toute radiographie ajoute à l'irradiation déjà reçue.

Il existe de très nombreuses études sur les maladies iatrogènes dans les hôpitaux. On a étudié, par exemple, 815 patients dans un service de médecine d'un hôpital universitaire. Plus du tiers d'entre eux (36%) avaient contracté une maladie consécutive à un acte médical. 165 souffraient d'une seule maladie iatrogène et 125 d'entre eux de deux à sept maladies iatrogènes, parmi lesquelles des complications au niveau du cœur et des poumons, des infections ou des inflammations, des problèmes gastro-intestinaux, des troubles nerveux, des réactions allergiques, des hémorragies et des complications métaboliques.

D'autres études, depuis plus de 20 ans, ont montré des résultats similaires. En 1963, une étude, portant sur 1000 patients admis dans un hôpital universitaire pendant une période de 8 mois, a révélé que 20% d'entre eux avaient contracté pendant leur séjour une maladie iatrogène. 51 % des patients souffraient de complications consécutives à une prise médicamenteuse et 24% souffraient des suites de procédures diagnostiques ou thérapeutiques.

Les maladies dues à des problèmes préexistants, à des erreurs d'infirmières ou aux suites chirurgicales, n'ont pas été incluses dans l'étude (ce qui aurait donné des chiffres encore plus effrayants).

Conséquences émotionnelles de l'hospitalisation

Pour un jeune enfant, les dangers de l'hospitalisation ne sont pas seulement physiques. Il peut y avoir de graves conséquences psychologiques et émotionnelles. La séparation d'avec la mère et la famille, pour quelque période que ce soit, peut être une expérience traumatisante.

Quand cette séparation est associée à l'atmosphère impressionnante d'un hôpital, il est presque inévitable qu'un enfant ait peur.

Ces troubles ne sont pas toujours transitoires. Des effets à long terme peuvent être observés, ainsi qu'il est relaté dans *Pediatrics*, revue de l'Académie américaine de pédiatrie, en novembre 1979 :

« L'hospitalisation d'un jeune enfant peut avoir des conséquences graves. Plusieurs études ont montré des troubles du comportement, une régression du développement, une guérison retardée, etc. Deux études anglaises apportent des preuves qu'une hospitalisation de plus d'une semaine ou une série de courts séjours hospitaliers avant l'âge de cinq ans sont associés avec une plus grande fréquence de troubles du comportement à l'âge de 10 ans et dans l'adolescence. »

Il peut arriver que votre pédiatre veuille, un jour, hospitaliser votre enfant. Vous devez savoir quoi lui répondre.

D'abord, exigez la preuve que ce qu'il a l'intention de faire à l'hôpital ne peut pas être fait à son cabinet, dans un dispensaire ou à la maison. Hormis les situations critiques, qui exigent une surveillance 24 heures sur 24, il n'existe pratiquement aucun test de diagnostic qui ne puisse être fait de façon ambulatoire et pratiquement aucune maladie qui ne puisse être traitée à la maison par des parents bien informés.

Ensuite, si l'hospitalisation est motivée par des raisons

chirurgicales, assurez-vous que l'opération est réellement indispensable et qu'elle ne peut pas être faite en ambulatoire (les soins requis après l'opération étant donnés à la maison). Comme je l'ai dit dans d'autres chapitres, la grande majorité des actes chirurgicaux pratiqués chez les enfants est inutile et la plupart des opérations réellement indiquées peuvent être faites en toute sécurité sans hospitalisation. Pourquoi hospitaliser votre enfant, au risque de lui créer de nouveaux problèmes?

Enfin, si l'hospitalisation est inévitable, ne permettez pas que votre enfant reste seul, même une heure. Si vous ne pouvez pas rester, organisez-vous pour qu'une autre personne familière soit près de lui. Renseignez-vous sur les médicaments et les traitements qu'il doit recevoir et surveillez d'un œil de les personnels médicaux: qu'ils ne fassent aucune erreur. Ils sont humains - donc faillibles - et souvent pressés, et c'est à vous de protéger votre conséquences de cet état de fait. Ne vous laissez intimider par les médecins et les infirmières.

Exigez une information sur les risques et les effets secondaires des traitements, soyez à l'affût de fautes d'hygiène et n'oubliez pas d'insister pour que votre enfant vous soit rendu aussi vite que possible.

Ne vous inquiétez pas si le personnel vous trouve insupportable, au contraire: il sera peut-être plus prompt à renvoyer votre enfant à la maison!

Comment choisir le médecin de votre enfant

Maintenant que vous connaissez les risques courus par votre enfant s'il reçoit un traitement médical inutile ou inapproprié, vous vous demandez peut-être comment il vous sera possible de trouver un pédiatre consciencieux et diminuer ainsi ces risques. Comment allez-vous découvrir le médecin qui traitera correctement votre enfant en cas de besoin et qui avouera, le cas échéant, qu'il n'existe pas de traitement?

Ce n'est pas une tâche facile, non pas parce que les médecins sont malhonnêtes et incompetents, mais parce qu'ils sont victimes du système dans lequel ils ont été formés et dans lequel ils fonctionnent. Je pourrais résumer ce que j'ai dit plus haut en énumérant les points suivants:

1. Les médecins font ce qu'on leur a appris à faire. Bien que la plupart des maladies d'enfance se guérissent d'elles-mêmes grâce aux défenses de l'organisme, les pédiatres n'ont pas appris à laisser faire la nature. On leur a appris à intervenir et toute intervention s'accompagne de risques pour votre enfant.
2. La plupart des médecins ont l'impression qu'il est difficile de justifier leur facture de consultation si l'enfant ne reçoit aucun traitement. Ils répondent à l'attente des parents en donnant à l'enfant des médicaments dont il n'a pas besoin et en faisant des examens inutiles, l'exposant ainsi à d'inévitables risques.
3. J'en ai peu parlé dans ce livre, mais il est vrai que les médecins ont besoin d'argent, surtout au début de leur

carrière, davantage dans la plupart des autres professions. Beaucoup médecins commencent leur carrière avec d'énormes dettes qu'ils ont contractées pour mener à bien leurs études et pour ouvrir leur cabinet. Ils doivent donc au maximum de leur rendement dès le début et ont bonnes raisons de vouloir augmenter leur revenu par des gestes médicaux inutiles.

4. La situation est aggravée par la concurrence entre médecins. Il y a trop de médecins formés par rapport aux besoins, spécialement dans les régions les plus prisées. Les autorités médicales compétentes pensent qu'en 1990 il y aura 7500 pédiatres de trop (aux Etats-Unis).

Pour maintenir leur revenu malgré la diminution du nombre de patients, les médecins sont poussés à multiplier le nombre d'actes par patient. Ce phénomène va s'intensifier dans les années qui viennent.

Cela me ramène à la question qu'on me pose le plus souvent: « Comment, en tant que parent, puis-je choisir un pédiatre consciencieux qui traitera mon enfant correctement? »

C'est une question difficile, pour laquelle il n'existe pas de réponse toute faite. Si vous cherchez un médecin, vous vous adressez d'habitude aux autorités locales qui vous donnent une liste de pédiatres sans vous parler de leur valeur. Vous pouvez donc tout aussi bien prendre l'annuaire du téléphone.

Je suggèrerais plutôt d'interroger vos amis sur les pédiatres qu'ils connaissent.

Choisissez celui avec lequel une majorité de vos amis a établi un bon rapport.

Vous n'avez pas pour autant la garantie d'avoir choisi un pédiatre compétent et raisonnable, mais vos chances en sont légèrement augmentées.

Une fois le médecin choisi, observez de près son comportement

avec votre enfant, en vous souvenant de ce que vous avez lu dans ce livre. Soyez attentif aux points suivants pour déterminer si vous avez choisi le pédiatre qui vous convient.

1. A-t-il fait un examen complet de votre enfant et procédé à un interrogatoire approfondi dès la première consultation?
2. Est-ce qu'il vous interroge à chaque consultation sur vos propres observations de la condition physique et émotionnelle de votre enfant? Ce sont des questions essentielles qu'aucun pédiatre compétent ne peut négliger.
3. Quand il pose une question, écoute-t-il votre réponse? Bien des médecins ne le font pas.
4. Répond-il à vos questions avec gentillesse, prévenance et complètement ou les évite-t-il?
5. Est-il chaleureux avec votre enfant, a-t-il gagné sa confiance et son affection?
6. Vous donne-t-il toujours une ordonnance ou es-t-il assez honnête pour admettre que, parfois, aucun traitement ne s'impose?
7. Donne-t-il des explications détaillées sur les dangers et les effets secondaires des médicaments et des vaccinations qu'il prescrit?
8. Les consultations sont-elles une distribution de pilules ou une discussion authentique sur la santé de votre enfant?
9. Quand vous posez une question, a-t-il parfois l'honnêteté de dire: « je ne sais pas »?
10. Répond-il rapidement en cas d'urgence?

Vous pouvez vous considérer très heureux si vous trouvez le médecin qui vous convient dès votre premier essai. Si le premier pédiatre que vous consultez ne répond pas à l'un des dix critères ci-dessus, dites-lui votre préoccupation. Si vous

avez trouvé le bon médecin, il respectera votre franchise et essayera de répondre à vos besoins; sinon, cherchez un autre médecin. Ce sera peut-être éprouvant, mais votre enfant mérite tous les efforts que vous ferez pour rechercher la meilleure aide médicale.

N'oubliez pas cependant que c'est vous, et votre médecin, qui êtes le principal intervenant dans la santé de votre enfant. Un bon médecin peut vous aider quand votre enfant est sérieusement malade, mais c'est vous qui pouvez - et avez la responsabilité - de le maintenir en bonne santé.

Le petit guide du Docteur Mendelsohn

LA FIÈVRE

Fréquente chez les enfants, la fièvre n'est pas grave si elle n'est pas accompagnée de modifications importantes de l'aspect ou du comportement ou d'autres symptômes comme des difficultés respiratoires ou une perte de conscience. L'élévation de la fièvre n'est pas une mesure de la gravité de la maladie, les températures dues aux infections ne peuvent pas monter assez haut pour causer des problèmes permanents. La fièvre n'exige pas de traitement, sauf dans les cas ci-dessous. Défense naturelle du corps contre l'infection, elle devrait être respectée et non contrariée par des médicaments ou d'autres traitements.

1. Si votre enfant a moins de deux mois et que sa température atteint 38°, appelez votre médecin. La fièvre peut être le symptôme d'une infection datant de la période prénatale ou de l'accouchement. La fièvre chez le nouveau-né est si rare qu'il vaut la peine de consulter un médecin, par simple prudence et pour votre tranquillité d'esprit, même si l'avenir montre que c'était inutile.
2. Pour les enfants plus âgés, il n'est pas nécessaire d'appeler le médecin, sauf si la fièvre ne baisse pas après trois jours ou si elle est accompagnée de symptômes comme des vomissements, des difficultés respiratoires, une toux persistante durant plusieurs jours ou d'autres symptômes qui ne sont pas ceux des

rhumes. Voyez également votre médecin si votre enfant est agité, irritable, inattentif ou paraît gravement malade.

3. Appelez le médecin, quelle que soit la température de votre enfant, s'il respire mal, vomit fréquemment ou si sa fièvre est accompagnée de mouvements étranges, ou encore si son comportement ou son apparence vous semblent anormaux.

4. Si votre enfant présente des frissons avec la fièvre, ne lui rajoutez pas des couvertures, qui risquent d'augmenter encore sa température. Ne craignez pas les frissons : ils ne signifient pas que l'enfant a froid, mais font simplement partie du mécanisme normal par lequel le corps répond à une température élevée.

5. Encouragez votre enfant fiévreux à se reposer, mais n'en faites pas une règle absolue. Il n'y a pas de raison médicale pour le garder au lit, ni même pour le garder dans la maison, si le temps n'est pas trop mauvais. L'air frais et une activité peuvent le mettre de bonne humeur et le rendre plus facile à vivre; il n'en sera pas plus malade. Essayez, cependant, d'éviter les sports trop violents.

6. Si vous avez des raisons de penser que la fièvre est due à une autre cause qu'à une infection (coup de chaleur ou empoisonnement), amenez d'urgence votre enfant à l'hôpital ou, à défaut, à n'importe quel médecin.

7. Un enfant fiévreux ne doit pas forcément être mis à la diète. Une bonne alimentation est importante pour se guérir de n'importe quelle maladie. Si votre enfant le désire, nourrissez-le bien car rhumes et fièvres brûlent les réserves de l'organisme en protéines, graisses et hydrates de carbone; elles doivent être remplacées. Si votre enfant n'a pas faim, donnez-lui des liquides nourrissants comme des jus de fruits ou des bouillons de légumes.

8. La fièvre et les autres symptômes qui l'accompagnent

souvent peuvent avoir pour conséquence une perte importante de liquide. Évitez la déshydratation par un apport de boisson en grande quantité; les jus de fruits sont l'idéal, mais si votre enfant ne les aime pas, presque n'importe quelle autre boisson conviendra; il devrait boire plus de 20 centilitres par heure.

LES MAUX DE TÊTE

1. Évitez à votre enfant les maux de tête d'origine émotionnelle, en lui procurant un environnement chaleureux, compréhensif et aimant. Essayez d'établir une relation de confiance avec lui afin de pouvoir lui donner un soutien moral et le consoler lorsque des événements ou des situations de sa vie le troublent. N'oubliez jamais que c'est là votre rôle principal de parent, qui aura les conséquences les plus importantes sur la santé et le développement de votre enfant.

2. Soyez attentif à ne pas imposer à votre enfant des contraintes excessives qui peuvent le déséquilibrer émotionnellement, à cause de sa peur de ne pas répondre à votre attente. Les enfants ne peuvent pas et ne doivent pas assumer le fardeau des adultes, car le travail d'un enfant est de jouer et d'apprendre.

3. Si votre enfant se plaint souvent de maux de tête, sans aucun autre symptôme, essayez vous-même de comprendre pourquoi. Dépistez les causes émotionnelles et les petites maladies, comme les rhumes ou les gripes, avant de chercher plus loin.

4. À moins que d'autres symptômes ne soient présents, il n'y a aucune raison de vous inquiéter en cas de mal de tête; appeler ou consulter votre médecin est prématuré.

5. Si votre anxiété est trop forte ou que le mal de tête de votre enfant mus gagne, consultez un médecin en surveillant soigneusement ce que ce dernier fait à votre enfant.

6. Si le mal de tête ne cesse pas ou revient plusieurs fois par jour plusieurs jours de suite, voyez votre médecin, même s'il n'y a pas d'autres symptômes.

7. Quand vous consultez un médecin, veillez à ce qu'il fasse un interrogatoire soigné ainsi qu'un examen physique et neurologique complet. Votre enfant mérite le maximum de ce qu'un médecin peut offrir et, si ce n'est pas le cas, cherchez un autre médecin.

8. Remettez en question tout examen que le médecin veut prescrire en plus d'un examen de sang et d'urine. Refusez les autres examens comme les radiographies et les EEG, sauf si des symptômes associés sont présents ou si quelque chose d'anormal a été mis en évidence par l'examen physique et neurologique. Exigez une explication pour tout autre test que le médecin désire faire. Si celui-ci se fâche ou répond de manière évasive, songez à consulter un autre médecin.

9. N'utilisez aucun médicament - sauf des analgésiques mineurs pour un temps limité - à moins qu'il ne soigne spécifiquement la cause du mal. N'acceptez pas de médicaments prescrits « au cas où ». Insistez pour que le médecin continue à observer votre enfant et restez vous-même attentif au développement d'autres symptômes qui peuvent aider à déterminer la cause du mal.

10. Si vous savez que les maux de tête viennent d'un accident accompagné d'une perte de connaissance, de vertige ou de troubles de la conscience, amenez votre enfant au service d'urgence d'un hôpital. Agissez de même si l'accident s'est produit en dehors de votre présence et qu'il ne vous est pas possible de savoir s'il y a eu une période d'inconscience.

LES DOULEURS ABDOMINALES

La plupart des douleurs abdominales de l'enfance ne

requièrent aucun traitement médical, si elles ne sont pas accompagnées d'autres symptômes. Vous devez donc commencer par éclaircir ce point lorsque votre enfant a « mal au ventre ». Voici les principaux éléments qui vous permettront de déterminer s'il s'agit d'une appendicite, d'une obstruction intestinale ou d'un autre problème grave pour lequel il vous faudra consulter un médecin. Si ce n'est pas le cas, vous pouvez prendre vous-même la situation en main.

1. Si le mal de ventre est le seul et unique symptôme, vous êtes mieux placé que votre médecin pour en trouver la cause. Si, en revanche, il s'accompagne d'autres symptômes tels que fièvre, vomissements, douleur en urinant ou sang dans les selles, il faut consulter votre médecin.

2. S'il n'y pas d'autres symptômes, examinez soigneusement les événements et les circonstances qui ont précédé le début des douleurs abdominales. Votre enfant a-t-il mangé trop ou trop vite, a-t-il mangé ou bu quelque chose dont il n'a pas l'habitude? Peut-il avoir avalé une substance toxique ou un objet comme une bille ou une épingle de sûreté? A-t-il reçu des médicaments inhabituels? A-t-il vécu un événement traumatisant: bataille avec un camarade, mauvais carnet, punition? Si les douleurs abdominales sont à répétition, sont-elles toujours précédées par le même événement? Ont-elles été associées avec le désir d'éviter des expériences angoissantes (aller à l'école) ou désagréables (laver la vaisselle)? Une revue soigneuse des événements, suivant ce schéma, devrait vous permettre de déterminer si la douleur est d'origine émotionnelle.

3. Si une visite chez le médecin est indiquée, contrôlez ce qu'il fait. Son interrogatoire et son examen sont-ils complets? Il devrait faire une formule sanguine et une analyse d'urine pour dépister les infections, et un examen permettant de déterminer si la douleur est localisée dans le cadran inférieur droit, évoquant alors une appendicite.

4. Si la conclusion de votre médecin est l'appendicite, il vous enverra à un chirurgien.

Si une décision opératoire est prise, insistez pour que votre pédiatre en partage la responsabilité. Insistez également pour qu'il soit présent en salle d'opération.

5. Ne laissez pas votre enfant seul à l'hôpital avant et après l'opération. Restez avec lui ou confiez-le à une personne de confiance jusqu'à son réveil complet. Faites-le ensuite sortir de l'hôpital le plus vite possible.

LA TOUX, LE RHUME ET GRIPPE

Le rhume, la grippe et le faux croup sont causés par des virus contre lesquels il n'existe aucun traitement médical connu. Ils guérissent spontanément en quelques jours grâce aux mécanismes de défense du corps, sans aide médicale. Vous pouvez cependant agir pour augmenter le bien-être de votre enfant, et hâter sa guérison lorsqu'il est touché par l'une de ces maladies. Voici quelques suggestions :

1. Maintenez un degré d'humidité élevé dans la chambre de votre enfant et dans la maison. Assurez-vous que l'humidificateur est nettoyé fréquemment car il risque, sans cela de charger l'air d'agents irritants. En cas de difficulté de respiration nasale ou de toux rauque, emmenez votre enfant dans la salle de bain, fermez la porte, faites couler a douche - le plus chaud possible - et faites-lui respirer cet air humide pendant 20 minutes.

2. Soyez attentif à remplacer les liquides que votre enfant perd lorsqu'il tousse, éternue ou transpire. Essayez de lui faire boire au moins 20 cl par heure. Les meilleures boissons sont les jus de fruits à cause de leur grande valeur nutritionnelle, mais votre objectif est de le faire boire, de le faire absorber toute boisson qu'il peut tolérer: eau, tisanes ou même boissons

sucrées, s'il ne veut rien boire d'autre.

3. Encouragez votre enfant à se reposer au maximum. Essayez de le garder au lit au début de sa maladie, mais n'insistez pas trop. S'il n'a pas envie de rester couché, laissez-le se lever, mais tentez de l'empêcher de trop s'agiter. Aller dehors ne lui fera aucun mal à condition qu'il ne se dépense pas trop violemment.

4. Évitez tous les médicaments, même s'ils apportent un léger soulagement à votre enfant. Si vous ne supportez pas de le voir souffrir, donnez-lui des remèdes spécifiques pour les symptômes les plus pénibles et non pas des remèdes associés qui traitent quatre ou cinq symptômes à la fois. Ne donnez pas de médicaments plus d'un ou deux jours. Évitez les calmants de la toux à cause de leurs effets secondaires. L'enfant risque d'en réclamer pour leur goût sucré.

5. Avant de céder à la tentation de donner à votre enfant des médicaments sans ordonnance, pour le soulager, songez que vous risquez ainsi de contrecarrer les efforts de son organisme pour se guérir spontanément. L'hydratation et l'humidification remplacent avantageusement la plupart des médicaments.

6. Ne recourez à votre médecin que si l'enfant présente des difficultés respiratoires sévères et une coloration bleue de la peau qui peuvent être le signe d'une pneumonie bactérienne. Dans ce cas, présentez-vous immédiatement chez un médecin ou au service d'urgence d'un hôpital.

7. Que votre enfant soit enrhumé ou pas, assurez-vous que son alimentation est équilibrée, riche en aliments nutritifs et en vitamines; veillez à ce qu'il absorbe le moins possible d'additifs chimiques, présents dans la plupart des aliments industriels vendus aujourd'hui.

8. Rappelez-vous que votre patience, votre amour et votre tendresse font plus pour la guérison de votre enfant que tous

les remèdes de votre armoire à pharmacie!

LES ANGINES

L'angine en soi, même si elle peut être fort désagréable, n'est pas grave. Même due à une infection à streptocoques, elle n'exige aucun traitement médical, sauf si des symptômes additionnels persistent, indiquant une maladie grave. Voici mes conseils pour les parents dont l'enfant a une angine:

1. Ne vous précipitez pas chez le médecin simplement parce que votre enfant est un peu fiévreux, et a mal à la gorge. Ne consultez que si les symptômes persistent pendant plus d'une semaine.

2. Remplacez les liquides que le corps perd à cause de la transpiration, la toux, les éternuements, le rhume, la diarrhée, le rythme respiratoire augmenté et l'inappétence. Toutes les heures, quand l'enfant se réveille, donnez-lui 20 cl de liquide. Il aura peut-être de la peine à en boire une si grande quantité, aidez-le donc en lui offrant des liquides variés: eau non fluorée, thé ou tisane, jus de fruits et de légumes, bouillon et même, en dernier ressort, n'importe quel liquide sucré qu'il veuille bien accepter.

3. Maintenez un haut degré d'humidité dans la chambre de l'enfant et, si possible, dans toute la maison. Les humidificateurs à vapeur froide sont les meilleurs et les plus sûrs, mais souvenez-vous qu'il est important de bien nettoyer l'humidificateur pour éviter de diffuser dans l'air des agents irritants qui vont aggraver les symptômes. Essayez d'obtenir un degré d'humidité d'au moins 50%, même si c'est parfois difficile.

4. Si votre enfant se plaint beaucoup, vous voudrez sans doute soulager ses symptômes. Utilisez un simple analgésique comme l'acétaminophène. Ce médicament comporte certains

risques, mais je ne considère pas qu'il soit dangereux d'en administrer de petites quantités pendant un temps relativement court. Certaines mères préfèrent donner à leur enfant une petite cuillère d'alcool. Pour des raisons qui m'échappent, ce sont les alcools blancs (gin et vodka) qui semblent marcher le mieux.

5. J'ai déjà exposé mes idées sur la fièvre, mais je répèterai que la fièvre associée à une maladie est une réaction de l'organisme pour se guérir lui-même et qu'il n'est pas sage de l'inhiber. Les fièvres ne dépassant pas 40,5° ne font pas courir à l'enfant des risques importants autres que les convulsions. Ces convulsions sont effrayantes, mais rarement dangereuses, et ne peuvent probablement pas être évitées, car elles ne viennent pas de l'intensité de la fièvre, mais de la rapidité avec laquelle la température augmente.

6. Je suis horrifié par la tendance des médecins à prescrire de l'aspirine et d'autres médicaments pour faire baisser la fièvre. Chaque médecin a pourtant appris, au début de ses études, qu'à chaque degré de fièvre la vitesse des globules blancs est doublée (ces cellules sont une des défenses de l'organisme). Je ne peux pas comprendre pourquoi un médecin pourrait avoir envie de freiner ce mécanisme de défense.

7. Sans traitement, une angine devrait guérir et disparaître en une semaine ou moins, même si elle est due à un streptocoque. Si ce n'est pas le cas, consultez votre médecin, car il peut s'agir d'une autre maladie (mononucléose infectieuse ou, très rarement, diphtérie ou leucémie). Le diagnostic de la mononucléose se fait par une prise de sang et le traitement consiste en une bonne alimentation et un repos au lit. Des cas sévères sont parfois traités avec des hormones stéroïdiennes, mais ces traitements radicaux et controversés ne devraient être prescrits que dans les cas extrêmement graves. La diphtérie est si rare que votre médecin a peu de chances d'y penser, sauf si les difficultés respiratoires deviennent extrêmes. Si votre

enfant s'étouffe et ne peut plus respirer correctement, conduisez-le d'urgence à l'hôpital.

8. Les médecins justifient l'utilisation de la pénicilline dans le traitement des angines à streptocoques par la prophylaxie du rhumatisme articulaire aigu. Cette maladie est si rare à la suite d'une angine que le traitement antibiotique n'est pas justifié. Si, cependant, votre enfant reçoit ce traitement, les symptômes devraient disparaître en 24 à 48 heures. Si après une semaine, votre enfant n'est pas guéri, votre médecin doit pratiquer d'autres examens pour en chercher la cause.

9. Si votre enfant ne souffre pas de difficultés respiratoires chroniques, ne le laissez pas subir une amygdalectomie sans que la nécessité de cette opération ne vous soit confirmée par un second médecin. Les amygdales de votre enfant constituent l'une de ses défenses naturelles contre la maladie et on ne devrait l'en priver que pour un motif valable et précis.

LES OTITES

Les infections des oreilles ne sont pas responsables de problèmes définitifs de l'audition et la mastoïdite est si rare que la plupart des médecins actuels n'en ont pas vu un seul cas. Le traitement conventionnel avec des antibiotiques, d'autres médicaments et l'opération chirurgicale connue sous le nom de tympanostomie ne sont pas plus efficaces que les défenses naturelles du corps. Si votre enfant se plaint de douleurs à l'oreille, voici les consignes à suivre:

1. Attendre 48 heures avant d'appeler votre pédiatre.
2. Soulager la douleur avec un coussin chauffant et deux gouttes d'huile d'olive tiède dans l'oreille, ou une dose d'acétaminophène adaptée au poids de l'enfant si la douleur est insupportable. N'utilisez pas l'aspirine à cause des effets secondaires possibles. (C'est en 1955 que j'ai diagnostiqué mon

premier cas d'intoxication à l'aspirine, alors que je travaillais dans un hôpital. L'enfant est mort et, depuis, je me méfie de l'aspirine...).

3. Si la douleur persiste après 48 heures, voyez un médecin non pas pour traiter l'infection si c'en est une, mais pour éliminer la possibilité d'un traumatisme ou de la présence d'un corps étranger.

4. Ne permettez pas à votre médecin d'utiliser un instrument pour nettoyer la cire de l'oreille de votre enfant et n'essayez pas de le faire vous-même.

5. Si votre médecin examine votre enfant et parle d'infection virale ou bactérienne, n'acceptez pas sans discuter qu'il vous prescrive un antibiotique. S'il trouve un corps étranger, laissez-le l'extraire, mais discutez à nouveau s'il parle d'antibiotiques. Si votre enfant souffre d'une blessure du canal auditif externe qu'il s'est faite lui-même, votre pédiatre peut vous envoyer à un oto-rhino. Soyez sur vos gardes et, s'il propose un traitement chirurgical ou des antibiotiques, discutez-en l'utilité. Durant mes années de pratique, je n'ai jamais rencontré un cas où ces traitements furent nécessaires.

6. Si votre enfant a une otite chronique, elle est probablement d'origine allergique ou due aux antibiotiques qu'il a reçus précédemment. Si votre médecin recommande une tympanostomie, ne l'acceptez pas avant d'avoir un autre avis. Cette opération a pris la place de l'amygdalectomie sur la liste des opérations favorites des pédiatres, mais il n'existe aucune preuve scientifique de son utilité. En revanche, il existe de fortes preuves de sa nocivité.

LES PROBLÈMES OCULAIRES

1. À moins que vous ne souffriez d'une maladie vénérienne, essayez de persuader votre médecin de ne pas mettre de

gouttes de nitrate d'argent ou d'antibiotique dans les yeux de votre enfant à la naissance. Les bénéfices de cet acte n'en justifient pas les risques.

2. Si votre enfant ne présente aucun problème de la vision, il n'a pas besoin d'examens répétés. Il suffit qu'il soit examiné à 4 et à 9 ans.

3. Si les yeux de votre bébé nouveau-né ne bougent pas ensemble, ne vous faites aucun souci. Cela s'arrangera tout seul vers trois mois. Si l'enfant continue à présenter un strabisme alternant, dans lequel un œil ou l'autre semble parfois ne pas suivre le regard, ne faites rien.

Cela s'arrangera également vers l'âge de 4 ou 5 ans.

4. Si un œil de votre enfant reste fixé dans un coin, cela peut entraîner une amblyopie qui handicape la vision de façon permanente. Voyez donc un ophtalmologiste, mais ne le laissez pas opérer avant d'avoir d'abord essayé d'autres techniques (couvrir un œil, gymnastique oculaire et lunettes).

5. Si votre enfant développe une conjonctivite, nettoyez l'œil avec de l'eau stérile sur une compresse propre. Essayez de trouver s'il existe une cause allergique. Ne voyez votre médecin que si l'écoulement purulent persiste plusieurs jours, malgré votre traitement.

6. Traitez les orgelets avec des compresses chaudes pour que l'infection se localise, se draine d'elle-même et guérisse. Aucun médicament n'est nécessaire.

LES PROBLÈMES DE PEAU

Parmi les problèmes de peau courants chez les enfants, aucun n'a besoin de traitement médical, sauf les allergies à des végétaux ou à des piqûres d'insectes qui peuvent amener un choc grave ou même fatal: dans ces cas, un traitement médical

d'urgence est indispensable.

Vous pouvez traiter vous-même en toute sécurité les autres problèmes de peau.

1. Fesses rouges. Observez une hygiène scrupuleuse. Changez les langes dès qu'ils sont sales, poudrez le bébé avec de l'amidon et laissez la peau à l'air le plus possible. Dans les cas chroniques, utilisez une pommade à l'oxyde de zinc.

2. Boutons de chaleur. Habillez l'enfant légèrement ou laissez-le nu ou faites des bains avec une ou deux tasses d'amidon.

3. Eczéma. Observez une propreté scrupuleuse, évitez les médicaments, essayez d'identifier une cause alimentaire. L'eczéma guérit spontanément.

4. Impétigo. Observez une propreté scrupuleuse, évitez que l'infection ne s'étende aux autres membres de la famille, éliminez le sucre du régime et attendez que l'impétigo guérisse spontanément.

5. Urticaire. Calmez les démangeaisons avec une lotion ou des bains d'amidon.

Essayez de trouver une cause allergique alimentaire ou autre.

6. Piqûres d'insectes. Enlevez le dard, s'il est visible, et traitez localement les démangeaisons avec une lotion. Si votre enfant présente une allergie sévère aux piqûres d'insectes, un traitement médical d'urgence est indispensable à cause du danger de choc qui peut être fatal. Si c'est la première fois que votre enfant est piqué, observez de près ses réactions pour voir s'il est allergique.

7. Irritations par des végétaux. Lavez les parties lésées avec de l'eau et du savon.

Traitez les démangeaisons avec une lotion et un bain d'amidon. Si c'est la première fois que votre enfant entre en contact avec

ces végétaux, observez ses réactions et montrez-le rapidement à un médecin, si nécessaire.

8. Acné. Interrogez-vous sur l'histoire de votre enfant pour chercher s'il existe une relation de cause à effet entre les crises d'acné et des allergies alimentaires ou autres. Essayez les régimes d'élimination pour voir si les allergies alimentaires sont en cause. Nettoyez bien les parties atteintes pour éviter les infections secondaires en utilisant du savon doux, non parfumé. Évitez de frotter de façon excessive et ne pressez pas les boutons. Sauf si vous voulez courir le risque d'utiliser l'Accutane, méfiez-vous des médecins, car ils n'en savent pas plus que vous sur l'acné et peuvent fort bien vous prescrire des médicaments dangereux, inefficaces et coûteux.

LES PROBLÈMES ORTHOPÉDIQUES

Il n'y a guère de définitions exactes des caractéristiques «normales» ou «anormales» du squelette de votre enfant. Durant la petite enfance, de nombreuses prétendues anomalies ne sont, en fait, que des stades du développement physique normal. Il est rare qu'un avis médical soit utile dans ces cas et encore plus rare qu'un traitement soit indispensable. Vous éviterez beaucoup de traitements inutiles et beaucoup de dépenses si vous vous souvenez de ceci:

1. Les petits enfants ont presque toujours l'air d'avoir les pieds plats, car ils ont sous la plante du pied un coussinet de graisse. Même si leurs pieds sont vraiment plats, il s'agit d'une caractéristique congénitale qui n'a pas besoin d'être traitée et pour laquelle il est inutile de porter des souliers correcteurs. Ceux qui ont les pieds plats ont, en fait, moins de problèmes que ceux dont la voûte est trop prononcée.

2. Pratiquement tous les bébés naissent avec les jambes arquées qui se redressent spontanément avec la croissance. A

l'âge de deux ans, beaucoup d'enfants ont des jambes rentrées et le problème s'arrange presque toujours de lui-même avant l'adolescence. Il est donc inutile de traiter ces enfants, sauf si le problème persiste à l'adolescence.

3. La dysplasie congénitale de la hanche est rare et n'exige que rarement des traitements radicaux (plâtre ou chirurgie). On traite en général trop les cas légers. Ne permettez pas à votre pédiatre d'employer des traitements radicaux, sauf s'il peut vous assurer qu'ils sont indispensables. Dans la plupart des cas, aucun traitement n'est nécessaire et, souvent, l'utilisation d'un coussin ou d'un rouleau de langes est suffisant.

4. La scoliose n'est pas grave, sauf si la courbure de la colonne est importante. Mais cette affection est beaucoup trop souvent diagnostiquée avec excès et sur-traitée. Si votre enfant présente une scoliose, n'acceptez les traitements chirurgicaux ou les appareils orthopédiques que si les traitements alternatifs moins radicaux ont échoué.

LES BLESSURES ET LES ACCIDENTS

La grande majorité des blessures accidentelles n'ont pas besoin d'être montrées aux médecins si les parents connaissent les traitements adéquats. Il faut cependant utiliser son bon sens pour déterminer dans quel cas un avis médical est utile.

RÈGLES DE SÉCURITÉ

- Enseignez à vos enfants les règles fondamentales de sécurité et montrez-leur l'exemple.
- Ne laissez pas les bébés et les jeunes enfants sans surveillance.
- Veillez à ce que le thermostat de votre chauffe-eau ne soit

pas réglé à plus de 54°. Ne permettez pas à vos enfants de jouer avec des allumettes, ni d'utiliser un fourneau sans permission.

- Assurez-vous que les manches des casseroles sont hors de leur portée, de même que les liquides bouillants.

- Placez ciseaux et couteaux hors d'atteinte des petits enfants.

- Placez les appareils électriques ou coupants hors de portée des enfants.

- Déchargez toutes les armes à feu et mettez-les sous clé, ainsi que les munitions (dans deux endroits différents).

- Couvrez les prises électriques et n'ayez pas d'appareil électrique dans la salle de bain.

- Éliminez les jouets dangereux.

- Placez les médicaments et les produits de ménage dans des armoires fermées à clé.

- Assurez-vous que les fermetures de fenêtres obéissent à des critères de sécurité.

- Ne laissez pas de jouets ni de paillasson dans les escaliers, ni à proximité.

- Levez les barrières du lit de votre enfant lorsqu'il est couché, attachez-le lorsqu'il est dans sa chaise et placez des barrières en bas et en haut des escaliers lorsqu'il commence à ramper.

- Bouchez immédiatement les trous dans votre jardin et dans les allées.

- Si vous avez une piscine, ne permettez pas à vos enfants de nager sans surveillance, assurez-vous que la barrière l'entourant est en bon état et n'autorisez pas vos enfants, ni leurs amis, à courir si les bords de la piscine sont glissants.

- Placez une liste de numéros d'urgence à côté de votre téléphone. Pensez au numéro du pédiatre, de l'ambulance, de

l'hôpital, du centre anti-poison, des pompiers et de la police. Cela peut vous faire gagner un temps précieux en cas d'accident.

– Si vous voyagez en voiture, assurez-vous que votre enfant est bien attaché sur son siège, s'il pèse moins de 20 kg, et que tous les membres de la famille attachent correctement leur ceinture de sécurité.

LES ALLERGIES

On devrait suspecter une allergie dans toute une série de maladies que l'on n'associe d'habitude pas à cette cause. Face à une allergie, il ne faut pas traiter les symptômes avec des médicaments potentiellement dangereux, ni accepter des traitements de désensibilisation, mais tenter d'identifier et d'éliminer les allergènes présents dans l'alimentation ou l'environnement de l'enfant. Les parents sont bien placés pour accomplir cette mission, car ils connaissent bien leur enfant et le surveillent constamment. Si vous pensez que la maladie de votre enfant est d'origine allergique, voici la marche à suivre:

1. Étudiez tous les détails de l'environnement de votre enfant en portant une attention particulière aux conditions et aux substances souvent allergisantes dont je parle dans le chapitre 17. Si les symptômes de l'allergie sont saisonniers et se présentent au printemps, il est évident que le pollen est à suspecter en premier lieu.

2. Si vous ne trouvez aucun responsable dans l'environnement, commencez un régime par élimination pour savoir si votre enfant est allergique à un ou plusieurs aliments. Éliminez du régime les aliments qui ont le plus de chances d'être en cause (voir le chapitre 17) et observez si les symptômes disparaissent en une dizaine de jours. Si c'est le cas, ajoutez à nouveau un par un les aliments en cause. Si les symptômes réapparaissent,

vous avez identifié l'un des aliments coupables. La réaction se produit en un ou deux jours. Répétez le processus avec les autres aliments jusqu'à ce que vous ayez identifié tous ceux que votre enfant devrait éviter.

3. Si vous ne pouvez pas identifier l'allergène qui perturbe votre enfant, consultez un allergologue d'écologie humaine qui peut vous guider dans vos recherches. C'est seulement en cas d'insuccès de l'allergologie écologique que je recommande de consulter un allergologue traditionnel. Dans ce cas, méfiez-vous des tests cutanés, des injections de désensibilisation et des traitements médicamenteux.

4. Si l'allergie de votre enfant a pour conséquence des symptômes menaçant sa vie, comme de l'asthme sévère chronique, il vous faut consulter un médecin compétent. Cela ne vous dispense pas de chercher à identifier les allergènes. Si la crise est sévère au point d'entraver dangereusement la respiration de votre enfant, montrez-le à votre médecin ou amenez-le d'urgence à l'hôpital, où une injection d'adrénaline pourra lui être administrée immédiatement.

Références de l'auteur

CHAPITRE 3

Les problèmes posés par les visites de routine des nouveau-nés sont étudiés dans un article de Robert A. Hoekelman, médecin au Département de pédiatrie de l'université de Rochester (Pediatrics, décembre 1980).

CHAPITRE 4

On trouvera de plus amples renseignements sur les dangers de la malnutrition pendant la grossesse dans: What Every Pregnant Woman Should Know: The Truth About Diets and Pregnancy, par Gail S. Brewer et Tom Brewer, M.D., Random House, 1977.

On trouvera l'étude du docteur Lewis Mehl sur les résultats statistiques des naissances à domicile aux Etats-Unis dans Safe Alternatives in Childbirth par David Stewart, Ph.D., NAPSAC, Marble Hill, MO. 1976.

A propos de la sécurité et de la valeur du diagnostic par ultrasons, voir Ultrasound, dans Environmental Health Criteria Report N° 22, OMS, Genève, 1982. Voir aussi l'article de Philip M. Boffey, «Safe Form of Radiation Arouses New Worry », The New York Times, 2 août 1983.

Pour la conjonctivite chimique chez les nouveau-nés traités au nitrate d'argent, voir Merck Manual, 14e édition, publiée par Merck, Sharp & Dohme.

Les dangers et effets secondaires de l'exposition de nouveau-nés aux lampes à bilirubine ont été décrits en 1979 par le docteur James Sidbury, directeur scientifique du National Institute of Child Health and Human Development, Bethesda, MD. Voir aussi: Yearbook of Pediatrics, 1977 et 1978, édité par Sidney S. Gellis, M.D.

La folie d'exposer des nouveau-nés aux risques des bains à l'hexachlorophène a été dénoncée par le docteur N. M. Kanof, président de l'Association médicale américaine pour la santé de la peau et les cosmétiques dans le Journal of the American Medical Association (JAMA), 1972, vol. 220, page 409 : « Il ne semble pas qu'il y ait besoin d'utiliser un quelconque agent antibactérien pour désinfecter la peau des nouveau-nés normaux. Les épidémies dans les pouponnières peuvent être maîtrisées par l'utilisation d'agents désinfectants sur l'équipement et le personnel des salles d'accouchements - les sources d'infections ».

L'administration systématique de vitamine K aux nouveau-nés a été critiquée par les docteurs J.M. Van Doorm, A.D. Muller et H.C. Hemker dans The Lancet, 17 avril 1977 :

« Notre conclusion est que les bébés normaux, au contraire de ce que l'on croit habituellement, ne risquent pas de manquer de vitamine K. D'après nos résultats, l'administration de vitamine K au pas justifiée... ».

L'impact négatif des compléments de lait artificiel sur l'allaitement au sein est décrit par le docteur Nelson dans Textbook of Pediatrics, 6e édition, à la page 117 : « On insiste beaucoup trop sur le gain de poids journalier. Si, pour atteindre ce but erroné on donne à l'enfant des suppléments de lait artificiel, on met gravement en danger le succès de l'allaitement maternel, puisqu'un enfant a d'habitude plus de facilité à boire au biberon qu'au sein ».

De nombreuses études montrent que le contact immédiat avec

peau de la mère après la naissance est aussi efficace ou plus efficace que des chauffages artificiels. On peut citer l'étude de Hill et Shronk, *Journal of Obstetrics*, sept/oct. 1972, ainsi que celle de J. Fardig, «

A Comparison Skin to Skin Contact and radiant Heaters in Promoting Neonatal Thermoregulation », *Journal of Nurse/Midwifery*, janv./fév. 1980.

CHAPITRE 5

Les auteurs qui ont noté la relation entre l'obésité du jeune enfant et l'alimentation au biberon sont nombreux. On peut citer le docteur Donald Naismith, nutritionniste au Queen Elisabeth Hospital de Londres ; le docteur David M. Paige, de la faculté de médecine John Hopkins. On a également beaucoup de références sur le rapport entre l'obésité de l'enfant et celle de l'adulte qu'il sera plus tard. Le sujet a été débattu par le docteur Simeon Margolies à la faculté John Hopkins.

Le gain de poids idéal pendant la grossesse et son rôle dans la production du lait maternel ont été étudiées par le docteur George V. Mann de l'université Vanderbilt en 1974, dans le *New England Journal of Medicine*.

On a beaucoup parlé dans les journaux médicaux de la malnutrition dans les hôpitaux.

Les études que j'ai citées sont celles du docteur Mark Raifman, directeur de pédiatrie du Peninsula Hospital Center, Far Rockaway, N.Y. et celle de Mary Price-Moissand, professeur assistante en diététique médicale à l'université d'Illinois. Ces deux rapports ont été présentés devant le congrès annuel de l'*American Public Health Association*.

CHAPITRE 7

Pour plus d'informations sur les convulsions fébriles, voir l'article du docteur Barton D.

Schmitt, *Journal of Diseases of Children*, février 1980, et « Prognosis in Children with Febrile Seizures », par Karin B. Nelson et Jonas H. Ellenberg, *Pediatrics*, mai 1978.

Au sujet des conséquences de la thérapie à long terme utilisée pour éviter les convulsions fébriles, voir « Maintenance of Drug Therapy » du docteur Samuel Livingston, *Pediatric Annals*, avril 1979.

CHAPITRE 10

« Antibiotic Use at Duke University Medical Center », rapport sur l'utilisation indiscriminée des antibiotiques dans un hôpital, écrit par Mary Castle, RN, MPH, Catherine M. Wilfet, M.D., Thomas R. Cate, M.D. et Osterhout, M.D., a été publiée dans le *JAMA* du 27 juin 1977. Ce n'est qu'une des nombreuses études de ce genre dans divers hôpitaux nord-américains.

Pour plus d'informations sur le mauvais usage des antibiotiques pour le traitement des infections des voies respiratoires supérieures chez les enfants, voir le rapport du Département de pharmacologie clinique, University of Vermont, College of Medicine, publiée dans *Pediatrics for the Clinician*, 1975. On signale également dans cette étude les effets secondaires.

CHAPITRE 11

La présence de streptocoques dans la gorge de 20% des enfants scolarisés est notée à la page 246 du rapport pour 1982 du « Committee of Infectious Diseases of the American Academy of

Pediatrics ».

CHAPITRE 12

Une étude critique de l'utilisation des antibiotiques et de la tympanostomie pour le traitement des infections de l'oreille a été publiée dans The Lancet du 24 octobre 1981. Il s'agit d'une étude en double aveugle, signée de trois médecins hollandais, F. L. Van Buchem, J. H. M. Dunk et M. A. Van't Hof.

Une étude des dangers de l'utilisation indiscriminée des tubes de tympanostomie pour le traitement des otites a été publiée dans le British Medical Journal, en 1981.

CHAPITRE 13

Les données sur la prescription inadéquate de lunettes aux enfants, ainsi que sur d'autres problèmes de la pratique pédiatrique se trouvent dans Assessment of Medical Care for Children: Contrasts in Health Status. volume 3, par David M. Kessner, Carolyn Kalk Snow et James Singer, Institute of Medicine, National Academy of Sciences, 1974.

CHAPITRE 14

Les résultats peu encourageants du traitement par la dermabrasion dans les cicatrices de l'acné ont été donnés par M. Spira, Baylor University College of Medicine, in Plastic and Reconstruction Surgery. juillet 1977.

L'incidence statistique des effets secondaires du Roaccutane a été décrite dans le FDA Drug Bulletin, juillet 1983.

CHAPITRE 15

Les données sur les achats inutiles de chaussures et l'affirmation que des tennis bon marché sont aussi adéquats figurent dans un rapport publié par le docteur Jeffrey Weiss du Jefferson Medical College, Philadelphie, à l'Ambulatory Pediatrics Association.

CHAPITRE 16

Ray E. Helfer et Thomas L. Slovis de la Michigan State University ont décrit en 1977 les traumatismes chez les enfants de cinq ans ou plus jeunes qui tombent de leur lit. Dans 80% des cas, il n'y avait aucune blessure, dans 17% des cas, des traumatismes mineurs et seuls 3% présentaient des fractures d'os long ou du crâne requérant une attention médicale; aucun traumatisme n'a menacé la vie de ces enfants, ni causé de dommage permanent.

La fréquence des fractures chez les patients recevant des traitements stéroïdiens pour leur asthme a été rapportée dans une étude dirigée par les docteurs Allen D. Adinoff et J. Roger Hollister du National Asthma Center, Denver, Colorado.

CHAPITRE 18

L'étude portant sur 30 ans de soutien psychologique à des jeunes à Cambridge et à Sommerville au Massachusetts a été présentée lors d'une réunion de l'American Association of Psychiatric Services for Children, en 1979. L'auteur en est Joan McCord de Drexel university.

Pour plus d'informations sur le traitement du mongolisme par l'alimentation, voir Medical Treatment of Mongolism du docteur Henri Turkel dans Proceedings of the Second International Congress on Mental Retardation (Vienne 1961),

ainsi que Can Nutritional Supplements help Mentally Retarded Children: An Exploratory Study, Proceedings of the National Academy of Sciences, vol. 70, janvier 1981.

CHAPITRE 19

Plus de détails sur la diminution de fréquence de plusieurs maladies avant l'introduction des vaccins se trouvent dans The Case Against Immunizations par le docteur Richard Moskowitz, dans le Journal de l'American Institute of Homeopathy, mars 1983. On y trouve plusieurs études importantes.

L'effet des vaccins sur la réponse immunitaire, ainsi que d'autres sujets en relation avec les vaccinations, sont débattus dans Vaccinations and Immune Malfunctions du docteur Harold E. Buttram et John Chriss Hoffman, Humanitarian Publishing Company, Quakertown, PA, 1982.

L'étude de Los Angeles sur la relation entre le vaccin Di-Te-Per et le syndrome de mort subite du nouveau-né a été dirigée par le docteur Larry Baraff et on la trouve dans Pediatric Infectious Disease de janvier 1983.

On trouve une critique du vaccin contre la coqueluche dans Vaccination Against Whooping Cough: Efficiency vs. Risks par le docteur Gordon T. Stewart, The Lancet, janvier 1977. D'autres données sur les risques et bénéfices du Di-Te-Per se trouvent dans Current Problems In Pediatrics du docteur Vincent A. Fulginiti. University of Arizona, College of Medicine. avril 1976.

Les arguments sur la valeur de l'allaitement maternel dans la prévention des maladies sont donnés dans « Breastfeeding and The Prevention of Sudden Infant Death Syndrome », article du docteur David A. Birnbaum, dans Medical Trial Technique Quarterly, printemps 1978.

Les détails de la réticence du personnel médical californien contre le fait d'être lui-même vacciné contre la rubéole sont dans le JAMA du 20 février 1981.

Le rapport du docteur Gordon T. Stewart sur les morts subites dans le Tennessee après vaccin Di-Te-Per a été publié dans The Lancet du 18 août 1979.

CHAPITRE 20

Des études intéressantes sur les infections contractées dans les hôpitaux sont discutées dans le JAMA du 24 novembre 1978 et dans l'article suivant: « Hospital Acquired Viral Respiratory Illness in a Pediatric Ward », Pediatrics, septembre 1977.

Les négligences du personnel médical quant au lavage des mains sont l'objet d'une étude,« Hand-Washing Patterns in Medical Intensive Care Units ». The New England Journal of Medicine, 11 juin 1981.

REFERENCES GENERALES

Ceux qui recherchent davantage d'informations sur les lacunes de la « science médicale» peuvent consulter ces livres:

Betrayers of the Truth : Fraud and Deceit in the Halls of Science, par William Broad et Nicholas Wade, Simon and Schuster, New York. 1982.

Health Shock : How to Avoid Ineffective and Hazardous Medical Treatment, par Martin Weitz, Prentice-Hall, New York. 1982.

Medicine Out of Control : The Anatomy of a Malignant Technology, par Richard Taylor, Sun Books, Melbourne, 1979.

Quelques ouvrages conseillés

OUVRAGES GENERAUX

BOURGARIT, Robert : "Soignez votre enfant par l'homéopathie", Marabout, Verviers, 1984.

DEXTREIT, Jeanine : "Des enfants sains", Ed. Vivre en Harmonie, Paris, 1974.

GINOTT, Haim G.: "Les relations entre parents et enfants", Ed. Casterman, Paris, 1968.

KOECHLIN-SCHWARTZ, Dorothee, GRANIER-RIVIERE, Marie E.: "Médecine douce pour vos enfants", Ed. Stock, Paris, 1977.

LINDEN, W. Zur : "Mon enfant, sa santé, ses maladies", Ed. Triades, Paris, 1968.

PASEBECQ, André : "L'enfant, guide pratique pour les parents et éducateurs", Ed. Dangles, Paris, 1978.

Dr SOLEIL : "Que faire : aide-mémoire pour les petits maux de la vie quotidienne", Ed.

Soleil, Genève, 1985.

NAISSANCE

KITZINGER, Sheila : "Naissance à la maison", Ed. En Bas, Lauzanne, 1986.

LEBOYER, Frédérick : "Shantala, un art traditionnel, le

massage des enfants", Ed. Seuil, Paris, 1974.

ODENT, Michel : "Bien naître", Ed. Seuil, Paris, 1976.

VACCINS

Dr BERTHOUD, Françoise : "Vacciner nos enfants ?", Ed. Soleil, Genève, 1985.

DELARUE, Fernand : "L'intoxication vaccinale", Ed. Seuil, Paris, 1977.

FERRU, Marcel : "La faillite du BCG", chez l'auteur. B.P. 7, 95210 St-Gratien, France, 1970.

ALLERGIES

COCA, Arthur : "Dépister vos allergies en prenant votre pouls", Ed. Stock, Paris, 1983.

LE FERS DUPAC, Pénélope : "230 recettes pour allergiques au gluten", Ed. Granger, Paris, 1982.

ALIMENTATION

Dr BERTHOUD, Françoise : "Alimentation de l'enfant", Ed. Soleil, Genève, 1985.

Dr Soleil : "Apprendre à se nourrir", Ed. Soleil, Genève, 1986.

MASSON, Robert : "Plus jamais d'enfants malades...", Ed. Albin Michel, Paris, 1984.

DENTS

BEGUIN, Max-Henri : "Aliments naturels, dents saines", Ed. Etoile, La Chaux-de-Fonds, 1979.

SOMMEIL

BOUTON, Jeannette : "Bons et mauvais dormeurs", Ed. Gamma, Paris, 1971.

REVUES

L'enfant d'abord : 12 rue Vivienne, 75002 Paris.

L'impatient : 9 rue Saulnier, 75009 Paris.

Médecines nouvelles : 8 rue Darwin, 75018 Paris.

Quatrième de couverture

Un pédiatre vous dit : PARENTS, A VOUS D'AGIR !

Le professeur Mendelsohn, médecin pédiatre, s'est affirmé comme tête de file de la nouvelle pédiatrie aux Etats-Unis. Il a fortement influencé la pratique médicale dans son pays.

S'appuyant sur trente années d'expérience, il affirme que dans 95 % des cas d'indisposition infantine, il est inutile, voire dangereux, d'appeler le médecin.

Sous la plume d'un médecin, de telles idées revêtent une tonalité explosive. Le docteur Mendelsohn se présente toutefois comme un homme de bon sens, qui n'est pas aveuglé par des préjugés, ni prisonnier des principes qui lui ont été enseignés. Il n'a pas peur de regarder les faits en face, au risque de se remettre en question et de déranger ses confrères.

Le docteur Mendelsohn ne part pourtant pas en guerre contre la médecine. Il s'applique simplement à modérer son rôle à l'égard de la santé des enfants pour réhabiliter les parents dans le leur.

Dans ce livre indispensable aux parents, qui se termine par un petit guide très utile, vous trouverez toutes les informations pratiques pour comprendre et évaluer la gravité des problèmes et maladies des enfants, de la naissance à l'adolescence. Vous disposerez aussi des indications nécessaires pour agir vous-même, avec des moyens simples et sans danger, chaque fois que cela est possible.