

## Parentalité : mythes et réalités

*Parenthood: myths and realities*

THOMAS P. et URBAIN W.

Département de Médecine générale (DMG), Université libre de Bruxelles (ULB)

### RÉSUMÉ

L'arrivée au monde d'un enfant chamboule la vie des jeunes parents. Ils doivent faire face à de nombreuses difficultés. Parmi ces difficultés, on trouve des informations discordantes, qu'elles viennent du corps médical ou d'ailleurs. Dans cette revue de la littérature, nous tentons de répondre à quelques questions. Comment prendre en charge les coliques du nouveau-né ? Faut-il laisser pleurer son bébé ? A quel âge faut-il décalotter le bébé ? A quel point l'allaitement est-il bénéfique ? Faut-il pratiquer une frénomie ? Qu'est-ce que le syndrome de KISS ? La grossesse est-elle vraiment un événement heureux ? Et enfin, que sait-on de la mort-subite du nouveau-né ?

Rev Med Brux 2022 ; 43 : 400-406

### ABSTRACT

The arrival into the world of a child turns the lives of young parents upside down. They must face many difficulties. Among these difficulties, there is discordant information, whether it comes from the medical profession or elsewhere. In this review of the literature, we attempt to answer a few questions. How to manage newborn colic? Should you let your baby cry? At what age should the baby be uncapped? How beneficial is breastfeeding? Should a frenotomy be performed? What is KISS Syndrome? Is pregnancy really a happy event? And finally, what do we know about sudden infant death?

Rev Med Brux 2022 ; 43 : 400-406

Key words : cry it out, foreskin , frenotomy, ankyloglosia, kiss syndrome, infantile colic, colic , sudden infant death syndrome, sudden infant death, Breast Feeding, domestic violence, spouse abuse

### INTRODUCTION

L'arrivée au monde d'un enfant chamboule la vie des jeunes parents. Ils doivent faire face à de nombreuses difficultés. Parmi ces difficultés on trouve des informations discordantes, qu'elles viennent du corps médical ou d'ailleurs. On retrouve aussi tous les messages issus des réseaux sociaux. Ces derniers, derrière le mot « bienveillance », ne sont parfois que des messages commerciaux, souvent culpabilisateurs ou tout simplement mensongers et potentiellement dangereux. Le médecin de famille est parfois le référent vers qui les jeunes parents viennent chercher de l'information afin de démêler le vrai du faux. Dans cette revue de littérature nous nous sommes penchés sur quelques mythes auxquels les jeunes parents peuvent être confrontés.

### MÉTHODOLOGIE

Dans la littérature scientifique nous n'avons sélectionné que les publications de niveaux de preuves les plus élevés, c'est-à-dire des recommandations de pratique clinique (« guidelines »), les revues systématiques et les méta-analyses. Comme critères d'inclusion et d'exclusion, nous n'avons pas mis de limite en termes de date de publication ni d'âge des nourrissons. Nous n'avons sélectionné que les études francophones et anglophones. Nous avons choisi comme mots-clefs: "cry it out", foreskin [MeSH], frenotomy, ankyloglosia, "kiss syndrome", "infantile colic", colic [MeSH], "sudden infant death syndrome", "sudden infant death" [MeSH], "Breast Feeding" [MeSH], "domestic violence" [MeSH] "spouse abuse" [MeSH].

## RÉSULTATS

### La période de la grossesse est-elle forcément un moment joyeux ?

Tout d'abord, il faut savoir que le phénomène de violence conjugale est extrêmement fréquent. Cela concerne une femme sur trois. Par ailleurs, la grossesse est un moment-clé de recrudescence de ces violences. Raisons pour lesquelles il est fortement recommandé de dépister la violence conjugale<sup>1,2</sup>.

Au-delà de la problématique des violences conjugales, la femme doit faire face à énormément de changements tout le long de la grossesse. Des changements hormonaux, physiologiques, physiques, psychologiques et sociaux. Plusieurs difficultés peuvent l'amener à traverser un « *baby blues* ». Cet état temporaire de mal-être semble très prévalent avec des estimations allant jusqu'à 70 %<sup>3</sup>. En matière de dépression du post-partum *stricto sensu*, c'est-à-dire évaluée avec des échelles idoines, l'estimation générale se situe entre 13 et 19 %<sup>4</sup>. Évidemment, il y a de nombreux facteurs qui vont influencer ce mal-être. Il y a toujours bien de grandes études qui trouvent un lien avec une carence en vitamine D<sup>5</sup>. Mais, plus sérieusement, nous reprenons dans le tableau suivant (tableau 1) les différents facteurs de risque de la dépression du post-partum retrouvés dans la littérature<sup>6-9</sup>.

Tableau 1

Facteurs de risque de la dépression du post-partum<sup>6-9</sup>.

Évènements qui ont compliqué la grossesse
Le diabète gestationnel (OR : 2,71) Donner naissance à un garçon (OR : 1,62) Une dépression durant la grossesse (OR : 4,82)
Des difficultés sociales
Des difficultés économiques (OR 3,67) Une mauvaise relation entre mari et femme (OR 3,56) Un manque de soutien social (OR 2,57) Une grossesse non planifiée (OR 2,55) Des mauvaises conditions de vie (OR 2,44)
Des difficultés psychologiques
Une anxiété prénatale (OR : 7,07) Un historique de dépression antérieur à la grossesse (OR : 7,70) Les épisodes de violence (violence conjugale, violence physique et sexuelle) (OR : 3,47)

OR : *odds ratio*

Au fond, ce qui va surtout aider ces jeunes mères, c'est le fait d'être soutenue. On l'a vu dans l'article de la Dr Cindy Debey, le temps raccourci à la maternité ne facilite pas les choses. Ce qui va donc fonctionner c'est d'avoir des supports, qu'il s'agisse de sages-femmes qui viennent à domicile, de contacts téléphoniques avec des pairs ou d'une aide via une psychothérapie<sup>10</sup>.

La maternité n'est pas quelque chose d'inné, il n'y a pas d'instinct maternel. Et derrière cette légende, il y a une invisibilisation des inégalités sociales qui sont en partie responsables d'un renoncement aux soins des

femmes durant leurs grossesses et peut conduire à des drames<sup>11,12</sup>.

### Les bienfaits de l'allaitement

Parmi les bienfaits de l'allaitement pour la mère (voir tableau 2), on trouve de façon générale, avec un haut niveau de preuve, un petit effet constant sur la mortalité cardio-vasculaire<sup>13</sup>. En effet, l'allaitement offre une protection contre le surpoids, l'obésité<sup>14</sup>, le diabète de type 2<sup>15</sup> et l'hypertension artérielle<sup>16</sup>. Par ailleurs, on remarque une protection quant au cancer du sein, au cancer de l'endomètre<sup>17-18</sup> et au cancer de l'ovaire<sup>19</sup>. De façon plus marginale, l'allaitement joue un rôle protecteur dans les rechutes de sclérose en plaque<sup>20</sup> et semble être associé à un moindre risque de développer de l'arthrite rhumatoïde<sup>21</sup>. Enfin, c'est sérieux, il semblerait également que l'allaitement rende les mères plus intelligentes<sup>22</sup>.

Tableau 2

Bienfaits de l'allaitement pour la mère.

Protection cardio-vasculaire (effet protecteur sur le surpoids, l'obésité, le diabète de type 2 et l'hypertension artérielle). Protection oncologique (cancer du sein, de l'endomètre et de l'ovaire). Protection des rechutes de sclérose en plaque Rend les mères plus intelligentes
---

Parmi les bienfaits de l'allaitement pour l'enfant (tableau 3), on trouve des bénéfices à court et à long termes. À court terme, l'allaitement protège principalement contre des pathologies infectieuses (l'otite moyenne aiguë<sup>23</sup>, les caries dentaires<sup>24-26</sup> etc.), le syndrome de mort subite du nourrisson<sup>27</sup>, l'obésité durant l'enfance<sup>28-29</sup> et l'asthme<sup>30</sup> mais n'offre pas de protection quant à la dermatite<sup>31-33</sup>. En ce qui concerne les effets bénéfiques à long terme, retenons qu'il y a un biais car les auteurs se sont basés sur des études de cohortes observationnelles<sup>34</sup>.

Tableau 3

Les bienfaits de l'allaitement pour l'enfant.

Les bienfaits à court terme de l'allaitement pour l'enfant
Protection contre les infections (otite moyennes aiguë, infection gastro-intestinales et diarrhées, caries dentaires, infections respiratoires y compris Covid-19 et infections du tractus urinaire) Prévention du syndrome de mort subite du nourrisson
Les bienfaits à long terme de l'allaitement pour l'enfant
Obésité Diabète type 1 Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin Asthme Eczéma Leucémie

Il faut savoir que le vécu d'un premier allaitement aura un impact sur le second<sup>35</sup>. Par ailleurs, la plupart des

femmes qui traversent une dépression du post-partum souhaitent allaiter mais rencontrent des difficultés, ce qui influe bien évidemment sur leur santé mentale<sup>36</sup>.

### Quand faut-il décalotter les bébés ?

Pour les garçons non circoncis, le décalottage consiste à faire coulisser le prépuce le long du gland du pénis. Durant l'enfance, il existe un phymosis physiologique, c'est-à-dire que le prépuce n'est pas rétractable. Ce phymosis diminue avec l'âge, il touche près de 50 % des enfants de 7 ans et 10 % des enfants de 13 ans. Afin de ne pas blesser l'enfant, il est recommandé de ne pas forcer les choses mais plutôt d'attendre patiemment et de simplement faire attention à une bonne hygiène<sup>37</sup>.

### Faut-il couper le frein de la langue ?

Dans le but de faciliter l'allaitement maternel, il est parfois question de couper le frein de la langue des nouveau-nés. Cette opération, la frénotomie, est sensée faciliter la prise du sein et permettrait une meilleure oralité de l'enfant. Mais au fond, qu'en est-il ?

La plupart des études constatent que l'opération semble réduire la douleur au mamelon des mères à court terme. Les chercheurs n'ont pas trouvé d'effet positif constant sur l'allaitement du nourrisson. Le petit nombre d'essais ainsi que les lacunes méthodologiques limitent la certitude de ces résultats<sup>38-40</sup>. Par ailleurs, les enfants allaités présentant un frein de langue ne présentent aucun problème dans presque 50 % des cas. Bien que ce type d'opération n'ait jamais été source de complications majeures, il semblerait judicieux d'attendre 2 à 3 semaines avant d'opérer les bébés face à des difficultés rencontrées durant l'allaitement<sup>41</sup>.

Quant aux autres bénéfices de la frénotomie, on ne constate aucun bénéfice pour la parole. En effet, on ne trouve pas de lien entre le frein de la langue et les troubles de l'élocution<sup>42-43</sup>. Enfin, on ne trouve aucun bénéfice par rapport aux préoccupations sociales comme savoir si l'enfant sera capable de manger une crème glacée<sup>44</sup>.

### L'ostéopathe et le KISS Syndrome

On entend souvent que le passage chez l'ostéopathe doit faire partie de la routine des jeunes parents. Cependant, vu le peu de preuve de bénéfices des traitements en ostéopathie – si ce n'est un soulagement à court terme de certaines douleurs – et étant donné des complications rares mais potentiellement invalidantes voire mortelles, les scientifiques estiment qu'il serait plus prudent d'attendre d'avoir des études sur l'efficacité et/ou sur la non-dangerosité de l'ostéopathie pour la recommander aux adultes comme aux enfants<sup>45,46</sup>.

Parmi les sujets tendances auprès de certains parents et ostéopathes, on trouve le syndrome de Kiss (*Kopfgelenk Induziert Symetrie Störungen*) qui signifie « Troubles de symétrie induits par les vertèbres cervicales ». Il s'agirait d'une sorte de torticolis qui pourrait se résoudre en « réajustant la colonne cervicale » par des thérapies manuelles. Dans la

littérature scientifique, on ne trouve qu'un total de 4 articles datant tous de plus de 10 ans. Même si le syndrome de Kiss est un sujet à la mode auprès des ostéopathes et des jeunes parents, il ne repose sur aucune base scientifique. Face à un torticolis chez un enfant, une mise au point neurologique est à envisager en premier lieu. Cela permet de ne pas retarder la prise en charge de pathologies plus graves comme ça a pu être le cas malheureusement pour des torticolis consécutifs à des tumeurs cérébrales<sup>47</sup>. Aucune étude, même avec un pauvre niveau de preuve, ne met en évidence un intérêt de l'ostéopathie dans ce syndrome. Au contraire, étant donné l'absence de preuve quant à la manipulation vertébrale chez les nourrissons et compte tenu de ses risques potentiels, la thérapie manuelle, la chiropratique et l'ostéopathie ne doivent pas être utilisées dans cette indication<sup>48</sup>.

### Les coliques ou pleurs du nourrisson

Les pleurs récurrents – ou coliques – touchent 20 à 25 % des nourrissons. Ces pleurs inexplicables ont lieu de la naissance au quatrième mois de vie. Pour les définir, on évoque souvent « la règle des 3 » de Wessel. Il s'agit de plus de trois heures de pleurs par jour, se renouvelant plus de trois jours par semaine, pendant plus de trois semaines<sup>49</sup>.

Les pleurs du bébé peuvent avoir un impact sur la relation de l'enfant et des jeunes parents. L'identification précoce des parents éprouvant des difficultés à faire face aux pleurs du nourrisson est essentielle et le risque lié à la maltraitance potentielle doit être évalué<sup>50</sup>. La question doit se poser : est-ce que l'enfant pleure car il est victime de maltraitance<sup>51</sup> ou bien est-il victime de maltraitance parce qu'il pleure ? Des chercheurs ont repris toutes les publications canadiennes entre 2000 et 2004 sur les pleurs et coliques des nouveau-nés à destination du grand public. Sur les 51 études, seules 7 mentionnaient que parmi les causes on pouvait retrouver les abus physiques commis sur le nourrisson et seuls 2 articles mentionnaient le syndrome du bébé secoué<sup>52</sup>.

De façon générale, peu de choses sont efficaces. Bien que certains auteurs, recommandent de faire un essai d'une semaine avec une formule de lait hypoallergénique<sup>53</sup>, ni les modifications du régime alimentaire du nourrisson (lait de soja ou lait hypoallergénique par exemple)<sup>54</sup> ni les modifications du régime alimentaire de la mère (lactose, sucrose, glucose, siméticone) ne semblent efficaces. Toutefois, les préparations à base de fenouil semblent diminuer les coliques des enfants<sup>55</sup>. Les probiotiques ne semblent pas efficaces pour la prise en charge des coliques bien qu'ils réduiraient le temps total des pleurs<sup>56</sup>. Une méta-analyse reprenant 4 études randomisées pour un total de 345 enfants met en évidence que le *Lactobacillus reuteri* est efficace chez les enfants allaités<sup>57</sup>, plus efficace que l'acupuncture et les modifications du régime<sup>58</sup>. Toutefois, une étude précise que cet effet bénéfique ne dure pas plus de 2 ou 3 semaines<sup>59</sup>.

Parmi les solutions alternatives, il y a très peu de preuve de l'efficacité et de la sécurité des programmes de formation destinés aux parents pour prendre en

charge les coliques<sup>60</sup>. On ne trouve aucune preuve d'efficacité des thérapies manuelles que ce soit l'ostéopathie ou la chiropractie<sup>61</sup>. Aucune étude de haut niveau de preuve n'est trouvée quant à l'homéopathie ou les huiles essentielles. Toutefois, le soignant doit garder à l'esprit que ces traitements ne sont pas forcément inoffensifs. En effet, on trouve de l'éthanol dans certains produits homéopathiques comme le Mama Natura Coli® par exemple. Les huiles essentielles peuvent avoir des effets indésirables graves voire mortels<sup>62</sup>. Et enfin, l'acupuncture n'est très certainement pas recommandée dans la prise en charge des coliques du nouveau-né<sup>63</sup>

### Faut-il laisser pleurer le bébé ?

Bien que les messages sur internet et sur les réseaux sociaux soient alarmants quant au fait de laisser pleurer son bébé, aucune preuve n'apporte un lien entre les pleurs et d'éventuels problèmes psychologiques durant l'enfance ou à l'âge adulte.

Beaucoup d'articles se basent sur une étude de 2012 portant sur 25 enfants où les chercheurs concluaient qu'un manque de réponse maternelle aux pleurs de l'enfant pouvait être associé à un taux élevé de cortisol chez le nourrisson<sup>64</sup>. Le cortisol étant l'hormone du stress, on comprend l'engouement que cette donnée a apporté. Cependant, il est peut-être dangereux d'assimiler des pleurs d'enfants à de la maltraitance infantile. Il faut quand même rappeler que l'élévation du taux de cortisol se retrouve surtout dans des situations terribles de maltraitements commises envers les enfants comme les abus sexuels par exemple<sup>65-67</sup>.

A contrario, une première étude longitudinale sur 178 enfants<sup>68</sup> et une seconde sur 1.826 enfants<sup>69</sup> concluaient que laisser pleurer l'enfant n'a pas d'impact sur son développement socio-émotionnel et n'est pas responsable de troubles de l'attachement ni du comportement.

Ces positions, basées sur des preuves assez faibles sont, bien évidemment, critiquées par des raisonnements intuitifs<sup>70</sup>. En effet, ne pas répondre aux pleurs d'un bébé, c'est peut-être ne pas répondre à un besoin : la faim, la soif, le froid, la douleur...

Aussi, il existe des techniques alternatives à la méthode Ferber (ou méthode de 5-10-15, c'est-à-dire laisser pleurer sans intervenir pendant 5 puis 10 puis 15 minutes). Ces méthodes sont plutôt efficaces comme la technique du fading, c'est-à-dire le fait de rassurer le bébé en rentrant dans sa chambre pour le reconforter sans pour autant le stimuler par la lumière ni le prendre dans les bras et puis partir après une minute<sup>71</sup>.

### La mort subite du nourrisson (SMSN)

#### La consommation de drogue

Le tabagisme maternel prénatal et postnatal est associé à un risque significativement accru de SMSN (OR [odds ratio] = 2,25 en prénatal et OR = 1,97 en postnatal)<sup>72</sup>. Le tabagisme passif est lui aussi associé à un risque accru (OR = 1,49), c'est-à-dire que la mère ne fume pas mais bien son partenaire<sup>73</sup>. Et ce risque

est accru en cas de cododo<sup>74</sup>. Bien que la cocaïne en particulier n'ait pu être associée à un risque accru de mort subite, la consommation de drogue illicite durant la grossesse est associée à un risque accru<sup>75</sup>.

#### Le cododo

Le cododo (quand l'enfant partage le lit des parents) est considéré comme un facteur de risque<sup>76</sup>. A contrario, on trouve un effet protecteur si l'enfant partage la chambre des parents et non le lit<sup>77</sup>.

#### La vaccination

La vaccination, de façon générale, réduit le risque de mortalité des nourrissons<sup>78</sup>. Deux études menées plus particulièrement sur le vaccin DTP (diphtérie-tétanos-polyomyélite) concluent que ce vaccin n'est pas associé au syndrome de mort subite<sup>79,80</sup>.

#### La tétine

La tétine, associée à une réduction de la mortalité des nouveau-nés, est très fortement recommandée au moment de mettre l'enfant au lit, qu'il s'agisse d'une sieste en journée ou bien pour le mettre au lit la nuit<sup>81</sup>.

#### L'allaitement

L'allaitement est associé à un moindre risque de SMSN<sup>82</sup>. Une durée d'allaitement d'au moins 2 mois est associée à une réduction de moitié du risque de SMSN. L'allaitement n'a pas besoin d'être exclusif pour conférer cette protection<sup>83</sup>.

#### La position

Une étude reprenant les conseils donnés de 1940 à 2002 conclut que le conseil d'endormir les nourrissons sur le ventre pendant près d'un demi-siècle était contraire aux preuves disponibles à partir de 1970 selon lesquelles cela était susceptible d'être nocif. Toutefois, on remarque que les familles à faible risque de SMSN sont celles qui ont le plus adhéré aux conseils de mise en position du nourrisson sur le dos<sup>84</sup>

Les conseils actuels pour éviter certaines positions (sur le côté ou sur le ventre) pour dormir s'appliquent particulièrement aux nourrissons emmaillotés. Il faudrait envisager un âge après lequel l'emmaillotage devrait être découragé<sup>85</sup>.

#### Les violences

Hélas, trop peu d'études posent la question de savoir quelle est la limite entre un infanticide et le syndrome de mort subite du nourrisson<sup>86,87</sup>. Les études sur les infanticides évoquent très peu comme facteur de risque les traumatismes qu'auraient pu vivre le ou les parents<sup>88</sup>. Toutefois, une étude éthiopienne évalue que la violence conjugale est associée à un risque plus élevé de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans avec un OR de 1,34<sup>89</sup> et une méta-analyse reprenant 17 études estime que les femmes qui ont subi des violences conjugales durant leur grossesse ont 3 fois plus de risque de faire face à une mortalité périnatale<sup>90</sup>.

#### Conflits d'intérêt : néant.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Yakubovich AR, Stöckl H, Murray J, Melendez-Torres GJ, Steinert JJ, Glavin CEY *et al.* Risk and Protective Factors for Intimate Partner Violence Against Women: Systematic Review and Meta-analyses of Prospective-Longitudinal Studies. *Am J Public Health.* 2018;108(7):e1-e11. doi: 10.2105/AJPH.2018.304428. Epub 2018 May 17. PMID: 29771615; PMCID: PMC5993370.
2. HAS-Haute Autorité de la Santé. (Consulté le 03/05/2022). Repérage des femmes victimes de violence au sein du couple - Recommandations de Bonnes Pratiques. 2019, mis à jour décembre 2020. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple)
3. Im V, Briex M. Baby blues. *Spirale.* 2019;1(89):131.
4. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol.* 2013;9:379-407
5. Amini S, Jafarirad S, Amani R. Postpartum depression and vitamin D: A systematic review. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 2019;59(9):1514-20.
6. Liu X, Wang S, Wang G. Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Clin Nurs.* 2021. doi: 10.1111/jocn.16121.
7. Qi W, Zhao F, Liu Y, Li Q, Hu J. Psychosocial risk factors for postpartum depression in Chinese women: a meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21(1):174.
8. Wu Q, Chen HL, Xu XJ, Violence as a risk factor for postpartum depression in mothers: a meta-analysis. *Arch Womens Ment Health.* 2012;15(2):107-14
9. Yim IS, Tanner Stapleton LR, Guardino CM, Hahn-Holbrook J, Dunkel Schetter C. Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: systematic review and call for integration. *Annu Rev Clin Psychol.* 2015;11:99-137.
10. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(2):CD001134.
11. Ancelot L, Bonnal L, Depret MH. Déterminants du renoncement aux soins des femmes durant leur grossesse ». *Revue française d'économie.* 2016;4(XXXI):63-107.
12. Ancian J. Grossesses sous contraintes. L'invisibilisation des inégalités sociales de santé dans les procès de néonaticide. *Actes de la recherche en sciences sociales.* 2021;1-2(236-7):40-53.
13. Martin RM, Davey Smith G, Mangtani P, Tilling K, Frankel S, Gunnell D. Breastfeeding and cardiovascular mortality: the Boyd Orr cohort and a systematic review with meta-analysis. *Eur Heart J.* 2004;25(9):778-86.
14. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015;104(467):30-7.
15. Horta BL, de Lima NP. Breastfeeding and Type 2 Diabetes: Systematic Review and Meta-Analysis. *Curr Diab Rep.* 2019;19(1):1.
16. Rameez RM, Sadana D, Kaur S, Ahmed T, Patel J, Khan MS *et al.* Association of Maternal Lactation With Diabetes and Hypertension: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 2019;2(10):e1913401.
17. Jordan SJ, Na R, Johnatty SE, Wise LA, Adami HO, Brinton LA *et al.* Breastfeeding and Endometrial Cancer Risk: An Analysis From the Epidemiology of Endometrial Cancer Consortium. *Obstet Gynecol.* 2017;129(6):1059-67.
18. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N *et al.* Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015;104(467):96-113.
19. Li DP, Du C, Zhang ZM, Li GX, Yu ZF, Wang X *et al.* Breastfeeding and ovarian cancer risk: a systematic review and meta-analysis of 40 epidemiological studies. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2014;15(12):4829-37.
20. Krysko KM, Rutatangwa A, Graves J, Lazar A, Waubant E. Association Between Breastfeeding and Postpartum Multiple Sclerosis Relapses: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Neurol.* 2020;77(3):327-38.
21. Chen H, Wang J, Zhou W, Yin H, Wang M. Breastfeeding and Risk of Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review and Metaanalysis. *J Rheumatol.* 2015;42(9):1563-9.
22. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015;104(467):14-9.
23. Bowatte G, Tham R, Allen KJ, Tan DJ, Lau M, Dai X *et al.* Breastfeeding and childhood acute otitis media: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015;104(467):85-95.
24. Avila WM, Pordeus IA, Paiva SM, Martins CC. Breast and Bottle Feeding as Risk Factors for Dental Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One.* 2015;10(11):e0142922.
25. Tham R, Bowatte G, Dharmage SC, Tan DJ, Lau MX, Dai X *et al.* Breastfeeding and the risk of dental caries: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015;104(467):62-84.
26. Lodge CJ, Tan DJ, Lau MX, Dai X, Tham R, Lowe AJ *et al.* Breastfeeding and asthma and allergies: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015;104(467):38-53.
27. Lamberti LM, Fischer Walker CL, Noiman A, Victora C, Black RE. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. *BMC Public Health.* 2011;11 Suppl 3(Suppl 3):S15.
28. Yan J, Liu L, Zhu Y, Huang G, Wang PP. The association between breastfeeding and childhood obesity: a meta-analysis. *BMC Public Health.* 2014;14:1267.
29. Qiao J, Dai LJ, Zhang Q, Ouyang YQ. A Meta-Analysis of the Association Between Breastfeeding and Early Childhood Obesity. *J Pediatr Nurs.* 2020;53:57-66. doi: 10.1016/j.pedn.2020.04.024. Epub 2020 May 25. PMID: 32464422.
30. Gdalevich M, Mimouni D, Mimouni M. Breast-feeding and the risk of bronchial asthma in childhood: a systematic review with meta-analysis of prospective studies. *J Pediatr.* 2001;139(2):261-6.
31. Lin B, Dai R, Lu L, Fan X, Yu Y. Breastfeeding and Atopic Dermatitis Risk: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Dermatology.* 2020;236(4):345-60.
32. Yang YW, Tsai CL, Lu CY. Exclusive breastfeeding and incident atopic dermatitis in childhood: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Br J Dermatol.* 2009;161(2):373-83.
33. Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, Bhandari N, Taneja S, Martinez J, Bahl R. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015;104(467):3-13.
34. Meek JY. (Consulté le 05/05/2022). Infant benefits of breastfeeding, UpToDate, nov 2021.
35. Huang Y, Ouyang YQ, Redding SR. Previous breastfeeding experience and its influence on breastfeeding outcomes in subsequent births: A systematic review. *Women Birth.* 2019;32(4):303-9.
36. Da Silva Tanganhito D, Bick D, Chang YS. Breastfeeding experiences and perspectives among women with postnatal depression: A qualitative evidence synthesis. *Women Birth.* 2020;33(3):231-9.

37. McLarty R, Kiddoo D. Foreskin care in childhood. *CMAJ*. 2019;191(13):E365. doi: 10.1503/cmaj.180875. PMID: 30936167; PMCID: PMC6443529.
38. O'Shea JE, Foster JP, O'Donnell CP, Breathnach D, Jacobs SE, Todd DA *et al*. Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;3(3):CD011065.
39. Francis DO, Krishnaswami S, McPheeters M. Treatment of ankyloglossia and breastfeeding outcomes: a systematic review. *Pediatrics*. 2015;135(6):e1458-66.
40. Ito Y. Does frenotomy improve breast-feeding difficulties in infants with ankyloglossia? *Pediatr Int*. 2014;56(4):497-505.
41. Power RF, Murphy JF. Tongue-tie and frenotomy in infants with breastfeeding difficulties: achieving a balance. *Arch Dis Child*. 2015;100(5):489-94.
42. Wang J, Yang X, Hao S, Wang Y. The effect of ankyloglossia and tongue-tie division on speech articulation: A systematic review. *Int J Paediatr Dent*. 2022;32(2):144-56.
43. Visconti A, Hayes E, Ealy K, Scarborough DR. A systematic review: The effects of frenotomy on breastfeeding and speech in children with ankyloglossia. *Int J Speech Lang Pathol*. 2021;23(4):349-58.
44. Chinnadurai S, Francis DO, Epstein RA, Morad A, Kohanim S, McPheeters M. Treatment of ankyloglossia for reasons other than breastfeeding: a systematic review. *Pediatrics*. 2015;135(6):e1467-74.
45. Smith MS, Olivas J, Smith K. Manipulative Therapies: What Works. *Am Fam Physician*. 2019;99(4):248-52. PMID: 30763049.
46. Posadzki P, Lee MS, Ernst E. Osteopathic manipulative treatment for pediatric conditions: a systematic review. *Pediatrics*. 2013;132(1):140-52.
47. Happle C, Wetzke M, Hermann EJ, Krauss JK, Hartmann H, Lücke T. 'Cases against KiSS': A Diagnostic Algorithm for Children with Torticollis ['Cases against KiSS': a diagnostic algorithm for children with torticollis]. *Klin Padiatr*. 2009;221(7):430-5. German.
48. Brand PL, Engelbert RH, Helders PJ, Offringa M. Systematisch literatuuronderzoek naar de effecten van behandeling bij zuigelingen met 'kopgewrichteninvloed bij storingen in de symmetrie' ('KiSS-syndroom') [Systematic review of the effects of therapy in infants with the KiSS-syndrome (kinetic imbalance due to suboccipital strain)]. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2005;149(13):703-7. Dutch. PMID: 15819137.
49. Bellaïche, Marc, et Frédérique Odasso. Le pédiatre qui danse avec les bébés. *L'école des parents*. 2014;610(5):26-7.
50. Oldbury S, Adams K. The impact of infant crying on the parent-infant relationship. *Community Pract*. 2015;88(3):29-34. PMID: 25812239.
51. Reijneveld SA, van der Wal MF, Brugman E, Sing RA, Verloove-Vanhorick SP. Infant crying and abuse. *Lancet*. 2004;364(9442):1340-2.
52. Catherine NL, Ko JJ, Barr RG. Getting the word out: advice on crying and colic in popular parenting magazines. *J Dev Behav Pediatr*. 2008;29(6):508-11.
53. Lucassen PL, Assendelft WJ, Gubbels JW, van Eijk JT, van Geldrop WJ, Neven AK. Effectiveness of treatments for infantile colic: systematic review. *BMJ*. 1998;316(7144):1563-9.
54. Gordon M, Biagioli E, Sorrenti M, Lingua C, Moja L, Banks SS *et al*. Dietary modifications for infantile colic. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;10(10):CD011029.
55. Harb T, Matsuyama M, David M, Hill RJ. Infant Colic-What works: A Systematic Review of Interventions for Breast-fed Infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2016;62(5):668-86.
56. Ong TG, Gordon M, Banks SS, Thomas MR, Akobeng AK. Probiotics to prevent infantile colic. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;3(3):CD012473.
57. Sung V, D'Amico F, Cabana MD, Chau K, Koren G, Savino F *et al*. Lactobacillus reuteri to Treat Infant Colic: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2018;141(1):e20171811.
58. Gutiérrez-Castrellón P, Indrio F, Bolio-Galvis A, Jiménez-Gutiérrez C, Jimenez-Escobar I, López-Velázquez G. Efficacy of Lactobacillus reuteri DSM 17938 for infantile colic: Systematic review with network meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(51):e9375. doi: 10.1097/MD.0000000000009375. Erratum in: *Medicine (Baltimore)*. 2018 Jan;97(4):e9730. PMID: 29390535; PMCID: PMC5758237.
59. Xu M, Wang J, Wang N, Sun F, Wang L, Liu XH. The Efficacy and Safety of the Probiotic Bacterium Lactobacillus reuteri DSM 17938 for Infantile Colic: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLoS One*. 2015;10(10):e0141445.
60. Gordon M, Gohil J, Banks SS. Parent training programmes for managing infantile colic. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;12(12):CD012459.
61. Dobson D, Lucassen PL, Miller JJ, Vlioger AM, Prescott P, Lewith G. Manipulative therapies for infantile colic. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;12:CD004796.
62. Intoxications aiguës par ingestion d'une huile essentielle. *Prescrire*. 2021;41(457):828-31.
63. Skjeie H, Skonnord T, Brekke M, Klovning A, Fetveit A, Landgren K *et al*. Acupuncture treatments for infantile colic: a systematic review and individual patient data meta-analysis of blinding test validated randomised controlled trials. *Scand J Prim Health Care*. 2018;36(1):56-69.
64. Middlemiss W, Granger DA, Goldberg WA, Nathans L. Asynchrony of mother-infant hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity following extinction of infant crying responses induced during the transition to sleep. *Early Hum Dev*. 2012;88(4):227-32.
65. Fogelman N, Canli T. Early life stress and cortisol: A meta-analysis. *Horm Behav*. 2018;98:63-76.
66. Bernard K, Frost A, Bennett CB, Lindhiem O. Maltreatment and diurnal cortisol regulation: A meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*. 2017;78:57-67.
67. Bunea IM, Szentágotai-Tótar A, Miu AC. Early-life adversity and cortisol response to social stress: a meta-analysis. *Transl Psychiatry*. 2017;7(12):1274.
68. Bilgin A, Wolke D. Parental use of 'cry it out' in infants: no adverse effects on attachment and behavioural development at 18 months. *J Child Psychol Psychiatry*. 2020;61(11):1184-93.
69. Giesbrecht GF, Letourneau N, Campbell T, Hart M, Thomas JC, Tomfohr-Madsen L. APrON Study Team. Parental Use of "Cry Out" in a Community Sample During the First Year of Infant Life. *J Dev Behav Pediatr*. 2020;41(5):379-87.
70. Davis AMB, Kramer RSS. Commentary: Does 'cry it out' really have no adverse effects on attachment? Reflections on Bilgin and Wolke (2020). *J Child Psychol Psychiatry*. 2021;62(12):1488-90.
71. Beal JA. Cry It Out: What Is It and Is It Appropriate? *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2017;42(3):180.
72. Zhang K, Wang X. Maternal smoking and increased risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Leg Med (Tokyo)*. 2013;15(3):115-21.
73. Mitchell EA, Milerad J. Smoking and the sudden infant death syndrome. *Rev Environ Health*. 2006;21(2):81-103.
74. Vennemann MM, Hense HW, Bajanowski T, Blair PS, Complojer C, Moon RY *et al*. Bed sharing and the risk of sudden infant death syndrome: can we resolve the debate? *J Pediatr*. 2012;160(1):44-8.e2.
75. Fares I, McCulloch KM, Raju TN. Intrauterine cocaine exposure and the risk for sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *J Perinatol*. 1997;17(3):179-82. PMID: 9210070.

76. Knight LD, Hunsaker DM, Corey TS. Cosleeping and sudden unexpected infant deaths in Kentucky: a 10-year retrospective case review. *Am J Forensic Med Pathol.* 2005;26(1):28-32.
77. Interventions for the Prevention of Sudden Infant Death Syndrome and Sudden Unexplained Death in Infancy: A Review of Guidelines. Ottawa: CADTH; 2020 September. (CADTH rapid response report: summary with critical appraisal)
78. Vennemann MM, Höffgen M, Bajanowski T, Hense HW, Mitchell EA. Do immunisations reduce the risk for SIDS? A meta-analysis. *Vaccine.* 2007;25(26):4875-9.
79. Carvajal A, Caro-Patón T, Martín de Diego I, Martín Arias LH, Alvarez Requejo A, Lobato A. Vacuna DTP y síndrome de muerte súbita del lactante. Un metaanálisis [DTP vaccine and infant sudden death syndrome. Meta-analysis]. *Med Clin (Barc).* 1996;106(17):649-52. Spanish. PMID: 8691909.
80. Huang WT, Chen RT, Hsu YC, Glasser JW, Rhodes PH. Vaccination and unexplained sudden death risk in Taiwanese infants. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2017;26(1):17-25.
81. Hauck FR, Omojokun OO, Siadaty MS. Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome? A meta-analysis. *Pediatrics.* 2005;116(5):e716-23.
82. Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics.* 2011;128(1):103-10.
83. Thompson JMD, Tanabe K, Moon RY, Mitchell EA, McGarvey C, Tappin D *et al.* Duration of Breastfeeding and Risk of SIDS: An Individual Participant Data Meta-analysis. *Pediatrics.* 2017;140(5):e20171324.
84. Gilbert R, Salanti G, Harden M, See S. Infant sleeping position and the sudden infant death syndrome: systematic review of observational studies and historical review of recommendations from 1940 to 2002. *Int J Epidemiol.* 2005;34(4):874-87.
85. Pease AS, Fleming PJ, Hauck FR, Moon RY, Horne RS, L'Hoir MP *et al.* Swaddling and the Risk of Sudden Infant Death Syndrome: A Meta-analysis. *Pediatrics.* 2016;137(6):e20153275.
86. Botash AS, Blatt S, Meguid V. Child abuse and sudden infant death syndrome. *Curr Opin Pediatr.* 1998;10(2):217-23.
87. Blatt SD, Meguid V, Church CC, Botash AS, Jean-Louis F, Siripornsawan MP *et al.* Sudden infant death syndrome, child sexual abuse, and child development. *Curr Opin Pediatr.* 1999;11(2):175-86.
88. Dekel B, Andipatin M, Abrahams N. Exploring adversities among parents convicted of killing their children. *PLoS One.* 2020;15(7):e0235812.
89. Garoma S, Fantahun M, Worku A. The effect of intimate partner violence against women on under-five children mortality: a systematic review and meta-analysis. *Ethiop Med J.* 2011;49(4):331-9. PMID: 23409398.
90. Pastor-Moreno G, Ruiz-Pérez I, Henares-Montiel J, Petrova D. Intimate partner violence during pregnancy and risk of fetal and neonatal death: a meta-analysis with socioeconomic context indicators. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;222(2):123-133.e5.

*Travail reçu le 10 mai 2022 ; accepté dans sa version définitive le 18 juin 2022*

CORRESPONDANCE :

P. THOMAS

Rue Ferdinand Lenoir, 18 - 1090 Bruxelles

E-mail : Pol.Thomas@ulb.be