



Le coin du prescripteur



Médicaments et allaitement

De nombreuses mères cessent d'allaiter plus rapidement que ce qu'elles avaient prévu au départ : 46,8 % (enquête de l'ORS, auprès des familles d'enfants nés entre 2002 et 2004 sur ses 3 bassins de naissance bourguignons), 70 % selon le sondage 2002 de l'Institut des mamans, 85% selon un nouveau sondage effectué en 2007 par l'Institut des mamans pour Parents. Dans certains cas, le sevrage précoce est en rapport avec la prise de médicaments, qui a été décrite à la mère comme nécessitant la suspension ou l'arrêt de l'allaitement : c'est le cas de 6 % des mères (ORS). Dans une étude publiée en 2005 et réalisée en France (Lacroix), 8 femmes sur un échantillon de 100 mères ont renoncé à l'allaitement en raison d'une prise chronique de médicaments. Plus de la moitié des mères allaitantes auront l'occasion de prendre un traitement médicamenteux (Amir). Dans la grande majorité des cas, l'allaitement peut être poursuivi.

La prise de médicament : une cause de sevrage précoce

Contre-indiquer l'allaitement ne peut se justifier que si les risques liés à la poursuite de l'allaitement par une mère suivant un traitement médical sont supérieurs aux bénéfices de la poursuite de l'allaitement. L'expression « les risques du non-allaitement » n'apparaît pas dans la littérature française, alors que c'est un élément toujours pris en compte dans les documents en langue anglaise ou d'origine canadienne francophone. Il s'agit des risques d'augmentation de la morbidité de l'enfant et de la mère en cas d'arrêt de l'allaitement. Cependant, dans l'inconscient des mères, la peur d'empoisonner leur bébé est bien vivace. La culture du « lait pas assez nourrissant », « lait trop nourrissant », « lait pas bon » etc., reste très prégnante.

Une suspension de l'allaitement a été recommandée dans 1,7 % des 2 400 appels reçus par le centre antipoison de Finger Lakes (Etats-Unis) en 2004, sur la base de facteurs infantiles, d'abus de drogues, d'usage de substances amphétaminiques, d'un traitement comportant plusieurs psychotropes, ou de la dangerosité du médicament en cause. Selon une étude publiée en 2003 (Anderson), sur 100 cas étudiés d'effets adverses, aucun n'était considéré comme prouvé en relation avec l'allaitement. La relation de cause à effet était « probable » dans 47 % des cas, et « possible » dans 53 %, d'après l'échelle standard d'évaluation utilisée par les auteurs pour évaluer cette relation. Les prématurés représentaient 63 % des cas rapportés, 78 % concernaient des nourrissons de moins de 2 mois, et les bébés de plus de 6 mois avaient présenté seulement 4 % des réactions. Une étude publiée en 1993 (Ito) et portant sur 838 bébés allaités faisait état d'un taux d'effets secondaires uniquement mineurs, chez

11,2 % des enfants (essentiellement diarrhée, somnolence ou irritabilité).

Une recherche a été menée en 2002 aux Pays-Bas (Schirm). Les mères allaitantes prenaient moins fréquemment des médicaments que celles n'allaitant pas (65,9 % contre 79,6 %), et elles prenaient plus souvent des médicaments dénués de risques, comme des vitamines. Elles hésitaient fréquemment à prendre des médicaments, arrêtaient l'allaitement ou ne suivaient pas le traitement, s'arrangeaient pour minimiser l'exposition médicamenteuse du bébé via leur lait, s'interdisaient de prendre des médicaments, ou choisissaient de ne pas allaiter dès le départ. Une autre étude a été réalisée en 2007 aux Etats-Unis (Stulz), auprès de femmes allaitantes. Les médicaments les plus utilisés étaient des complexes multivitaminés, des anti-inflammatoires non stéroïdiens, le paracétamol, des progestatifs, des anti-infectieux, et des décongestionnants. Or un tiers des substances concernées étaient classées « éventuellement incompatibles », « probablement incompatibles », ou « compatibilité inconnue ».

Mais quelle est l'attitude des mères lorsqu'il n'existe aucune incompatibilité ? Dans une étude concernant 125 femmes qui allaitaient et devaient prendre un antibiotique (Ostrea), 22 % d'entre elles n'ont pas suivi les recommandations ; soit elles ont arrêté d'allaiter (7 %), soit elles n'ont pas commencé le traitement (15 %). Elles avaient été cependant informées de la compatibilité de cette monothérapie avec l'allaitement. Ainsi, même rassurées sur la compatibilité d'un traitement pendant l'allaitement, des mères choisissent de plus allaiter, de ne pas prendre de médicament ou de mal suivre le traitement pour minimiser le passage dans le lait ; dans ces deux derniers cas, il y a un risque pour leur santé.

Physiologie de la lactation

Durant les trois premiers jours post-partum (stade I de la lactogénèse, qui commence à la fin de la grossesse), des interstices existent entre les lactocytes incomplètement développés. Ces ponts intercellulaires favorisent le passage dans le compartiment lacté de protéines, de lymphocytes et de macrophages, voire de médicaments, à partir du plasma maternel. Les substances exogènes comme les médicaments passent donc plus à cette période dans le lait ; en contrepartie, le volume du colostrum sécrété étant faible (moins de 100 ml à J1, 200 ml/j à J2, 600 ml/j à J4 - Lawrence), la dose absolue des médicaments administrés à la mère à cette période a un impact souvent insignifiant (Hale).

Au stade II de la lactogénèse, les lactocytes forment une barrière de nature proche de la barrière hémato-encéphali-

que. Il existe de nombreuses pompes de transport destinées à transférer certaines molécules du sang vers le lait, mais ce mode de transfert concerne peu les médicaments. La plupart des molécules, médicaments compris, doivent franchir une barrière hydro-lipidique bipolaire, pour entrer dans le lactocyte, par simple diffusion passive.

Pharmacocinétique appliquée à l'allaitement

La pharmacocinétique cherche à construire des modèles mathématiques à partir de données expérimentales, afin de prédire le devenir d'une substance dans le corps humain ; elle permet de déterminer la reproductibilité de l'activité de cette substance, et sa concentration dans les compartiments biologiques, comme la glande mammaire. Les données pharmacocinétiques influenceront l'excrétion lactée des produits actifs : biodisponibilité orale, volume de distribution, taux plasmatique, liaison aux protéines plasmatiques, liposolubilité, demi-vie, poids moléculaire... (Agatonovic-Kustrin). Le passage de la substance active du sang vers le lait sera aussi influencé par les différences de composition entre le sang et le lait. Ce dernier a un taux de lipides nettement plus élevé que le sang. Les molécules lipophiles non ionisées passeront donc rapidement et fortement dans le lait par le biais des lipides membranaires, et elles en repartiront plus lentement vers le sang. Les molécules hydrosolubles fortement ionisées ont un mécanisme de passage différent qui ralentit leur arrivée dans le lait. La connaissance de tous ces paramètres permet d'évaluer efficacement le risque éventuellement couru par l'enfant allaité (Anderson). Toutefois, beaucoup d'inconnues existent encore, tant au niveau du transfert du médicament du compartiment sanguin au compartiment lacté, qu'au niveau de la pharmacocinétique du médicament chez le nouveau-né. Par ailleurs, l'évaluation du taux d'un médicament est moins fiable dans le lait que dans le sang, et il serait nécessaire de mettre au point des protocoles précis d'étude (Begg).

En considérant la femme allaitante...

- Choisir un traitement le plus court possible, et la dose thérapeutique efficace la plus basse.
- Préférer un traitement local chaque fois que possible.
- Les médicaments dont la biodisponibilité orale est nulle ne posent pas de problème pendant l'allaitement.
- Un médicament dont le taux plasmatique est faible est préférable.
- Connaître le moment du pic plasmatique peut être utile pour éviter d'allaiter à cette période.
- Une liaison aux protéines plasmatiques supérieure à 90 % est corrélée à un faible transfert lacté.
- L'allaitement peut être repris après 5 fois le temps de demi-vie plasmatique d'une substance incompatible avec l'allaitement.
- Un médicament dont la demi-vie est courte est à préférer pendant l'allaitement.
- Pour les produits pris une fois par jour, les prendre juste après la tétée qui sera suivie du plus long intervalle sans mise au sein.

- Préférer pendant l'allaitement les médicaments qui n'ont pas de métabolites actifs.
- Il est inutile d'exprimer du lait pour hâter l'élimination d'une substance, sauf pour les produits radioactifs (afin d'éviter une stase dans le sein) ; il est bien sûr préférable, pour une mère, de tirer son lait pour entretenir la lactation si l'allaitement est suspendu provisoirement.
- Les substances de poids moléculaire élevé (> 800-1000 daltons) ne posent pas de problème pendant l'allaitement.
- Lorsque plusieurs produits sont utilisables, choisir celui dont la concentration lactée est la plus faible, quand elle est connue.
- Un rapport lait/plasma supérieur à 1 signifie que le médicament se concentre dans le lait, ce qui n'est pas optimal. Mais cela ne veut pas obligatoirement dire que le taux lacté est élevé, car le taux plasmatique peut être très bas.

...et l'enfant allaité

- Prendre des précautions lorsque le bébé est prématuré ou âgé de moins d'un mois.
- Connaître l'âge du bébé, son poids et son alimentation (allaitement exclusif ou non, diversification alimentaire commencée) permet d'estimer la quantité de lait absorbée.
- Le médicament était-il utilisé pendant la grossesse ? Pendant la grossesse, le fœtus est exposé à un taux généralement plus élevé de produit actif, mais la mère le métabolise pour elle et l'enfant. Après l'accouchement, l'enfant est exposé à un taux généralement plus bas de substance active, à une période de son développement où il est moins sensible que pendant la grossesse, mais il doit métaboliser lui-même les produits absorbés avec le lait maternel. On ne peut pas comparer l'allaitement au passage transplacentaire.
- Le médicament est-il utilisé en pédiatrie ? Y compris chez le nourrisson ? Est-il contre-indiqué chez les enfants ?
- La biodisponibilité orale chez le bébé influence le passage sanguin. Un effet local est à craindre dans certains cas, et c'est d'ailleurs la majorité des effets secondaires rapportés via le lait maternel (troubles digestifs par exemple).

Dans l'ensemble, les enfants à hauts risques sur le plan de l'exposition aux médicaments via le lait, sont les prématurés, les nouveau-nés, les enfants ayant une maladie évolutive, une insuffisance rénale. Ceux qui présentent le moins de risques sont les bébés de plus de 6 mois.

Dose absolue et dose relative

Il est possible d'estimer la dose absolue de médicament (y compris les métabolites) absorbée lors d'une tétée, ou plus généralement sur 24 heures (dose cumulée). Ce calcul est habituellement fait à partir du taux moyen de produit actif retrouvé dans le lait, et en tablant sur l'absorption par le nourrisson exclusivement allaité d'une quantité de lait mature de 150 ml/kg/j, parfois de 0.9- 1 litre/j. En choisissant le taux lacté moyen ou maximal, on a une idée de la dose reçue via le lait, avec une marge plus ou moins grande. Cette dose absolue est habituellement volontairement surestimée afin d'avoir une marge de sécurité.

La chose la plus importante à apprécier, concernant l'utilisation d'un médicament, est la quantité relative absorbée par l'enfant, qu'on appelle dose ajustée pour le poids. C'est le rapport entre la quantité reçue par l'enfant via le lait maternel, exprimée en mg/kg/jour, et la dose reçue par la mère en mg/kg/jour. On peut également comparer cette dose ajustée pour le poids (ou la dose cumulée sur 24 heures) à la posologie néonatale ou pédiatrique si elle existe. Les spécialistes estiment que, sauf si le médicament est particulièrement dangereux, un effet secondaire chez le bébé allaité est hautement improbable si la dose ajustée pour le poids représente moins de 10 % de la dose maternelle, ou de la posologie pédiatrique. C'est seulement si elle dépasse 10 % que l'on peut réellement se poser des questions sur les risques encourus par le bébé, en fonction de la toxicité du médicament prescrit. Or, la quantité de produit actif reçue par le bébé via le lait maternel est rarement supérieure à 10 % (elle est même souvent très inférieure à 1%).

Il est utile de connaître l'âge de l'enfant et le pourcentage de lait maternel dans son alimentation :

- Plus l'enfant est âgé, et plus son poids est élevé. La quantité de médicament reçue par kilo et par jour baissera avec l'âge de l'enfant pour une même quantité de produit absorbée par la mère.
- Un enfant exclusivement allaité recevra une quantité plus élevée de médicament qu'un enfant partiellement allaité. Un nouveau-né exclusivement allaité, et plus encore un prématuré, sont plus susceptibles de présenter un effet secondaire suite à un médicament pris par la mère, d'autant que leur immaturité hépatique et rénale ralentit chez eux l'élimination du produit actif.
- De même, un médicament qui serait déconseillé chez une mère allaitant un nourrisson pourra être pris par une mère allaitant un enfant plus âgé

Prendre en compte les risques liés à la suspension de l'allaitement

L'allaitement est très important pour la mère et pour l'enfant. Une suspension de l'allaitement pendant la durée du traitement maternel aboutira souvent à un sevrage précoce. Il est donc important de prendre en compte non seulement les risques liés au traitement maternel, mais également les risques liés à la suspension de l'allaitement ou au sevrage précoce. De nombreuses études ont constaté l'augmentation de la morbidité et de la mortalité infantiles liée au non-allaitement, y compris dans les pays industrialisés (Davis, Hei-

nig, Newman, PNNS). Le non-allaitement augmente également le risque d'un certain nombre de pathologies chez la mère (Labbok). Outre le stress important que cela induira chez la mère et l'enfant, une suspension brutale de l'allaitement ou un sevrage exposera la mère à souffrir d'un engorgement important, d'une mastite... Un bébé exclusivement allaité pourra refuser catégoriquement tout ce qu'on tentera de lui proposer à la place du sein. Si l'on se fonde sur une analyse des risques et bénéfices tenant réellement compte de l'importance de l'allaitement, on constatera qu'il est rare que le risque soit tel qu'il est préférable d'arrêter l'allaitement à cause de la prise d'un médicament.

Recommandations

- Est-ce que le symptôme ou la pathologie nécessite vraiment un traitement médicamenteux ? Des mères s'entendent dire de sevrer leur bébé pour prendre un médicament qui n'est pas réellement nécessaire (par exemple un antibiotique pour une infection virale, un antidépresseur pour un baby blues ou une dépression légère)... et qui est souvent par ailleurs utilisable pendant l'allaitement.
- Ce traitement est-il, à efficacité équivalente, celui qui présente le moins de risques pour l'enfant allaité ? Par exemple, parmi les antalgiques, les anti-inflammatoires, les antihypertenseurs, certaines molécules sont un bien meilleur choix que d'autres.
- Le risque potentiel pour l'enfant allaité est-il supérieur aux bénéfices de l'allaitement pour lui et pour sa mère ?

Les recommandations complémentaires suivantes sont pleines de bon sens, mais difficiles à garder toutes à l'esprit car nombreuses !

- Eviter les associations médicamenteuses, les spécialités contenant plusieurs principes actifs.
- Privilégier les voies locales ou inhalées lorsque c'est possible (cutanée, nasale, bronchique).
- Examiner le risque encouru en tenant compte de la durée du traitement.
- Prudence en cas de prématurité, de nouveau-né de moins d'une semaine, de moins d'un mois, ou ayant une pathologie particulière.
- Si le médicament existe en prise unique quotidienne, le prendre après la dernière tétée du soir s'il n'y a pas de tétées nocturnes.
- Les médicaments « anciens » sont souvent plus documentés, et nous disposons d'un recul plus important sur leur utilisation.

Médicaments qui inhibent la lactation	Médicaments qui stimulent la production lactée	Médicaments habituellement contre-indiqués
Bromocriptine - Cabergoline Œstrogènes Androgènes Prostaglandine E2 Vitamine B6 à doses très élevées selon certains auteurs Certains antihistaminiques Dérivés de l'ergot de seigle Pseudoéphédrine	Métoclopramide Dompéridone Sulpiride Rispéridone Neuroleptiques phénothiaziniques	Amiodarone (et tous les produits contenant de l'iode sous une forme assimilable) Agonistes dopaminergiques (abaissent la production lactée) Antinéoplasiques (voir coins du prescripteur Doss All 70 et 71) Sels d'or, bromures, phénindione Lithium (en fonction de la posologie maternelle, ou allaitement partiel, suivi régulier de l'enfant) Tétracyclines au long cours, chloramphénicol Rétinoïdes Certains isotopes radioactifs (iode tout particulièrement) : suspension de l'allaitement en fonction de l'isotope et de la dose utilisée (voir coin du prescripteur Doss All 59)

- Un médicament utilisé en pédiatrie sera un meilleur choix. En général, il sera excrété dans le lait à un taux beaucoup plus bas que le taux pédiatrique.
- Connaître le profil des effets indésirables du médicament. L'expliquer, et encourager la mère à questionner un professionnel de santé averti, en cas de changement de comportement de l'enfant (hypotonie, somnolence, agitation, refus d'alimentation, etc.), d'ictère, de diarrhée.
- La mère peut-elle surveiller le bébé, ou a-t-elle besoin d'une aide ? On pourra lui proposer, le cas échéant, une consultation supplémentaire, ou une simple surveillance du poids dans un centre de Protection Maternelle et Infantile.
- Pour les médicaments actifs sur le système nerveux central, le nouveau-né doit être plus particulièrement surveillé sur le plan de son niveau d'éveil et de sa prise de poids.
- Le principe actif a-t-il une action inhibitrice sur la lactation ?
- Pour les composants radioactifs, vérifier la durée de la suspension de l'allaitement préconisée.
- L'enfant prend-il aussi des médicaments ? Penser aux interactions possibles, y compris avec les médicaments administrés sur le sein, par exemple macrolide pour le bébé et antifongique imidazolé chez la mère pour une candidose mammaire.
- Différer la prise de contraception hormonale progestative après la sixième semaine du post-partum.
- En cas de symptômes inexplicables chez un bébé, demander systématiquement à la mère si elle prend des médicaments.
- Signaler tout effet indésirable grave ou inattendu à un Centre régional de pharmacovigilance.

Le résultat idéal attendu est la poursuite de l'allaitement en cas de pathologie maternelle. Si le médicament est vraiment contre-indiqué et sans alternative, informer de la possibilité de poursuite de l'allaitement malgré une suspension temporaire.

Sources d'informations

La décision finale de prendre ou non un traitement médicamenteux appartient à la mère. Elle a droit à toutes les informations disponibles pour ce faire, et les professionnels de santé ont un rôle important à jouer dans ce domaine. Afin d'aider les mères à faire un choix informé, et pour éviter autant que faire se peut un arrêt injustifié de l'allaitement, les professionnels de santé ont besoin d'avoir des données fiables sur l'excrétion lactée des médicaments, et de savoir où ils peuvent trouver des informations de bonne qualité sur leur utilisation chez la mère allaitante.

- Résumés des Caractéristiques du Produit (RCP) du dictionnaire Vidal®. L'intérêt des monographies des spécialités réside essentiellement dans les paragraphes : « Effets indésirables » et « Pharmacocinétique », ainsi que dans l'éventuelle posologie pédiatrique. www.vidalpro.net (professionnels de santé), et www.eurekasante.fr/medicaments.html (grand public).
- La Banque Claude Bernard est une base de données informatique. Ses données sont similaires à celles du dictionnaire Vidal®. www.resip.fr/

- La BIAM est un site Internet. Là aussi, les données sont similaires à celles du dictionnaire Vidal®. www.biam2.org/accueil.html
- Le CRAT (Centre de Référence sur les Agents Térato-gènes) est un site Internet essentiellement tourné vers la grossesse, mais il donne des informations utiles pour l'allaitement, concernant quelques médicaments. www.lecrat.org/
- www.ecppweb.org/cybele, site de la Société Européenne de Pharmacie Clinique Belge (environ 500 substances).
- Lactancia est le site Internet d'un hôpital espagnol (en anglais ou en espagnol). Entrer la dénomination internationale commune (DCI), une courte monographie apparaît (environ 1500 substances). www.e-lactancia.org
- LactMed est un site Internet qui référence les études publiées sur les médicaments pendant l'allaitement. <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT>
- <http://www.ukmicentral.nhs.uk/drugpreg/guide.htm>. Des tableaux par classes pharmacologiques en anglais
- Médicaments et allaitement. De Schuiteneer B, De Coninck B. Ed Arnette Blackwell, 1996.
- *Breastfeeding and Maternal medication* (voir références). Cette brochure de l'OMS peut être téléchargée gratuitement.
- *Drugs in pregnancy and lactation*. Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. Lippincott Williams & Wilkins, ed 2008, et le site drugsafetysite.com/
- *Medications and Mother's Milk* de Thomas Hale, 13^{ème} édition 2008 disponible auprès LLL France.
- AAP. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics* 2001 ; 108(3) : 776-89. Téléchargeable à : aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;108/3/776.pdf
- Centres de Pharmacovigilance
- Centres Antipoison
- Service de pharmacovigilance des laboratoires pharmaceutiques
- Le lactarium de Paris répond traditionnellement aux demandes concernant les médicaments pendant l'allaitement. 01 40 44 39 39.
- Une équipe de l'Unité de Recherche Clinique Paris Centre et de l'institut de puériculture de Paris a créé une association appelée « Le Réseau Médicament et Allaitement maternel du CHU ouest, réseau Médic-Al » en 2007. Ses buts sont la recherche, l'information et la promotion de la Pharmacologie et de la Thérapeutique chez le nouveau-né, le nourrisson et l'enfant dans le respect de l'éthique. 01 40 44 39 14. monsieorange.fr/reseau-medic-al/. A noter : ce site ne comporte pas de monographies.

Mme Marie-Laure Hessel – Pharmacienne
Consultante en Lactation IBCLC – Animatrice
LLL France – Benoisy (21)

Références - Bibliographie

- Agatonovic-Kustrin S et al. Molecular descriptors that influence the amount of drugs transfer into human milk. *J Pharm Biomed Anal* 2002 ; 29(1-2) : 103-19.
- Amir LH et al. GPS and medicines for breastfeeding women. *LH Amir et al. Breastfeed Med* 2008 ; 3(3) : 191.

- Anderson GD. Using pharmacokinetics to predict the effects of pregnancy and maternal-infant transfer of drugs during lactation. *Expert Opin Drug Metab Toxicol* 2006 ; 2(6) : 947-60.
- Anderson PO et al. Adverse Drug Reactions in Breastfed Infants : Less Than Imagined. *Clinical Pediatrics* 2003 ; 42(4), 325-40.
- Begg EJ et al. Studying drugs in human milk : time to unify the approach. *J Hum Lact* 2002 ; 18(4) : 323-32.
- Berlin CM, Briggs GG. Drugs and chemicals in human milk. *Semin Fetal Neonatal Med* 2005 ; 10(2) : 149-59.
- Breastfeeding and maternal medication. UNICEF/OMS, 2003. Cette brochure peut être téléchargée gratuitement à l'adresse suivante : www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/BF_Maternal_Medication.pdf
- Davis MK. Breastfeeding and chronic disease in childhood and adolescence. *Pediatr Clin North Am* 2001 ; 48(1) : 125-41.
- De Schuiteneer B. La prescription de médicaments pendant l'allaitement. *Louvain Med* 2000 ; 119 : 198-207.
- Ego A et al. Les arrêts prématurés d'allaitement maternel. *Arch Pediatr* 2003 ; 10(1) : 11-8.
- Fleishaker JC. Models and methods for predicting drug transfer into human milk. *Adv Drug Deliv Res* 2003 ; 55(5) : 643-52.
- Gremmo-Féger G et al. Allaitement maternel et médicaments. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003 ; 32 : 466-75.
- Hale TW, Imett KF. Drug therapy and breastfeeding. From theory to clinical practice. Parthenon Publishing, 2002.
- Hale TW. Medications and Mothers' Milk. Ed Pharmasoft Medical Publishing, 2008.
- Hale TW. Utiliser les médicaments chez la femme allaitante. 5^{ème} Journée Internationale de l'Allaitement – 21 mars 2003 – Unesco – Paris.
- Heinig MJ. Host defense benefits of breastfeeding for the infant. Effect of breastfeeding duration and exclusivity. *Pediatr Clin North Am* 2001 ; 48(1) : 105-23.
- Hessel ML. La prise de médicaments pendant l'allaitement : de la théorie à la pratique, à l'officine et dans un cadre associatif. Thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en Pharmacie. 2008, Dijon.
- Howard CR, Lawrence RA. Xenobiotics and breastfeeding. *Pediatr Clin North Am* 2001 ; 48(2) : 485-504.
- Ito S et al. Prospective follow-up of adverse reactions in breast-fed infants exposed to maternal medication. *Am J Obstet Gynecol* 1993 ; 168(5) : 1393-9.
- Ito S, Lee A. Drug excretion into breast milk - overview. *Adv Drug Deliv Rev* 2003 ; 55(5) : 617-27.
- Labbok MH. Effects of breastfeeding on the mother. *Pediatr Clin North Am* 2001 ; 48(1) : 143-58.
- Lacroix I et al. Consommation de médicaments en période périnatale : étude comparative chez des femmes allaitant ou non leur enfant. *J Pediatr Puer* 2005 ; 18(8) : 379-85.
- Lawrence RA et al. Safety of medications in lactation. 10th Annual Meeting of the Academy of Breastfeeding Medicine, Oct 20-24, 2005. *ABM News and Views* 2005 ; 11(4) : 33.
- LLL France. Médicaments et allaitement. *Doss All* 2005 ; 62 : 19-22.
- Marks JM et al. Medications and lactation : what PNPs need to know. *J Pediatr Health Care* 2003 ; 17(6) : 311-17.
- Médicaments et allaitement. *Doss All* 2005 ; 62 : 19-22.
- Moretti ME et al. Which drugs are contraindicated during breastfeeding ? Practice guidelines. *Can Fam Physician* 2000 ; 46 : 1753-57.
- Newman J. Risques de l'alimentation artificielle. 2002. Téléchargeable à : www.lllfrance.org/Feuillets-du-Dr-Jack-Newman/
- Risques-pour-l-alimentation-artificielle.html
- ORS - Observatoire Régional de la Santé. L'allaitement maternel dans trois bassins de Bourgogne. Etat des lieux. CORES de Bourgogne, mars 2005. Téléchargeable à : www.cores-bourgogne/travaux_cours/rapport_allaitement.pdf
- Ostrea EM et al. Drugs that affect the fetus and newborn infant via the placenta or breast milk. *Pediatr Clin N Am* 2004 ; 51(3) : 539-79.
- Panchaud A et al. Médicaments et allaitement : quelques éléments à considérer avant de les juger incompatibles. *Rev T Med Suisse* 2008 ; 4(146) : 540-6.
- PNNS. Société Française de Pédiatrie. Allaitement maternel – Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Paris, Février 2005. Téléchargeable à : www.sante.gouv.fr/html/pointsur/nutrition/allaitement.pdf
- Schirm E et al. Drug use during breastfeeding : a survey from the Netherlands. *Eur J Clin Nutr* 2004 ; 58(2) : 386-90.
- Spencer JP et al. Medications in the breast-feeding mother. *Am Fam Physician* 2001 ; 64 : 119-26.
- Stultz EE et al. Extent of medication use in breastfeeding women. *Breastfeed Med* 2007 ; 2(3) : 145-51.

Consultant(e) en Lactation IBCLC
La qualification complémentaire
pour l'avenir

Le cursus 2010-2011 de formation pour la préparation à l'examen de Consultant(e) en Lactation aura lieu :

- Du 5 au 7 février 2010
- Du 26 au 28 février 2010
- Du 13 au 16 septembre 2010
- Du 29 novembre au 2 décembre 2010
- Du 11 au 15 avril 2011

Lieu : Fribourg (Suisse)

Frais de cours :
 Environ 2300 €

Renseignements et inscriptions :

Association Européenne
 des Consultant(e)s en Lactation
 Secrétariat pour le cursus du VELB
 Mme Ursi Hagenbüchle
 CAudoz 43 – CH-1009 PULLY
 Tél : 00 41 78 835 49 28
secretariat.ch@velb.org

Dépression du post-partum :
changer de paradigme

Une conférence organisée
 par The Nurturing Project
 Avec la participation de :

Kathleen Kendall-Tackett – Michel Odent

30 novembre 2009
 St Alban Conference Centre – Londres

Renseignements – Inscriptions :

The Nurturing Project
 6 Windmill Street, Hythe Kent CT21 6BH.
 Tél : 00 44 - 01303 265 882
 E-mail: joelledufur@yahoo.co.uk

Conférence midatlantique sur la
naissance et la santé primale

26-28 février 2010 - Las Palmas de Gran Canaria

Cette conférence présentera une vue d'ensemble
 des avancées scientifiques et techniques
 spectaculaires qui vont influencer l'histoire de la
 naissance, ainsi que les nouvelles données
 sur la santé primale.

Renseignements – Programme
Inscriptions :

www.wombecology.com/conference/workshops.html