



NUTRITION PÉDIATRIQUE

INFO-RESSOURCES

RAPPORT DE MÉDECINE INTÉGRÉE®

Pourquoi certaines femmes n'allaitent-elles pas ou cessent-elles d'allaiter prématurément?

Beaucoup de mères ne réussissent pas à allaiter à la naissance ou à poursuivre l'allaitement exclusif pendant six mois comme de nombreux comités d'experts le recommandent.

Sur la foi des résultats d'une enquête menée auprès de 7266 mères canadiennes ayant accouché au cours des cinq années précédentes, Wayne Miller, M.Sc., Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, et Heather Maclean, D.Ed., directrice fondatrice, Centre for Research in Women's Health, Toronto, Ontario¹, ont révélé que la majorité des mères (85 %) avaient essayé d'allaiter. Parmi celles qui avaient arrêté, «moins de la moitié avait allaité pendant plus de six mois, et dans ce groupe, moins de la moitié avait donné le sein exclusivement», ajoutent-ils. De ce fait, seulement 17 % des femmes interrogées au cours de l'enquête répondaient aux recommandations de l'OMS de 2001 et à celles de Santé Canada de 2004, c'est-à-dire d'allaiter exclusivement pendant au moins six mois.

Le plus souvent, les femmes interrogées disaient n'avoir pas allaité parce qu'elles considéraient l'allaitement comme «peu attrayant» ou «dégoûtant» (23 %) ou parce qu'elles estimaient que «le biberon était plus pratique» (20 %). Par ailleurs, 20 % des femmes ont invoqué une raison médicale et 4 %, le fait qu'elles fumaient. Fait intéressant, la nécessité de reprendre le travail ou l'école n'était un frein à l'allaitement que pour 5 % des femmes interrogées. «Au total, les raisons les plus communes pour arrêter l'allaitement prématurément étaient le manque de lait (23 %), le sevrage par lui-même de l'enfant (17 %), le retour de la mère au travail ou à l'école (14 %) et les inconvénients/la fatigue (12 %)», notent les auteurs. Ces derniers font aussi remarquer que le pourcentage de femmes qui allaitaient avait tendance à augmenter avec l'âge, le niveau d'éducation et les revenus du ménage. L'allaitement était également plus fréquent en milieu urbain qu'en milieu rural, ainsi que parmi les immigrantes.

Les résultats de l'enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes², publiés en 2008, montraient également que les femmes qui avaient leur premier enfant à 35 ans ou plus tard avaient plus de chances d'allaiter pendant plus de six mois (43 %) que les mères plus jeunes (15 à 20 %).

En deçà des objectifs de l'initiative

«Healthy People 2010»

Les femmes canadiennes ne sont pas les seules à ne pas répondre aux recommandations d'allaitement exclusif pendant six mois. Dans sa déclaration de principes à propos de l'allaitement, l'AAP³ (American Academy of Pediatrics) notait qu'aux États-Unis, les taux d'allaitement à la naissance et la durée de l'allaitement se situaient bien en deçà des objectifs de l'initiative «Healthy People 2010», soit un taux d'allaitement à la naissance de 75 % et la poursuite de l'allaitement jusqu'à six mois dans 50 % des cas en 2010. Aux États-Unis, en

2001, 70 % des femmes avaient allaité à la naissance et 33 % avaient poursuivi l'allaitement jusqu'à six mois, mais seulement 17 % avaient nourri exclusivement leur enfant au sein.

Les obstacles au démarrage et à la poursuite de l'allaitement cités par l'AAP étaient notamment une éducation prénatale insuffisante au sujet de l'allaitement, des pratiques et une politique hospitalières désorganisées, l'interruption inappropriée de l'allaitement, une sortie de l'hôpital précoce dans certaines populations, un défaut de soins post-hospitaliers de routine au moment opportun et de soins à domicile dans le post-partum, le travail de la mère, et le manque de soutien familial et social.

«L'allaitement maternel est préférable» : un paradoxe

Paradoxalement, certains auteurs⁴ prétendent que la promotion de l'allaitement maternel comme étant la meilleure option peut avoir fait perdre de vue l'importance de l'allaitement maternel pour la santé de la mère et de l'enfant. À vrai dire, les résultats d'une recherche menée à l'aide de groupes de discussion aux États-Unis ont révélé que les femmes ne percevaient le risque associé à l'absence d'allaitement; elles voyaient plutôt l'allaitement comme une manière d'enrichir le régime ordinaire en vitamines. «Parmi les femmes qui avaient entendu que l'allaitement était préférable pour leur bébé, une proportion importante n'avait pas compris que l'abandon prématuré de l'allaitement était associé à des conséquences néfastes pour la santé, écrivent les auteurs, et c'est pour cette raison que des femmes et de nombreux professionnels de la santé banalisent l'emploi des préparations pour nourrissons.»

Il est important que les praticiens distinguent les contre-indications réelles à l'allaitement de celles qui sont erronées. Au nombre des contre-indications réelles figurent principalement les troubles médicaux sévères comme une tuberculose active chez la mère ou une chimiothérapie en cours. Aux États-Unis, on demande aux mères porteuses du VIH de ne pas allaiter. Par contre, l'allaitement n'est pas contre-indiqué en présence d'hépatite B ou C ni chez les mères qui fument.

Des compléments à l'allaitement peuvent néanmoins représenter une nécessité médicale chez des nourrissons qui présentent un retard de croissance au sein. La D^{re} Irina Hren, Centre médical universitaire, Ljubljana, Slovénie, et son équipe multicentrique⁵ ont démontré que l'apport de préparations pour nourrisson pendant un mois avait amélioré la croissance chez 75 % environ des nourrissons allaités présentant un retard staturo-pondéral et que 81 % d'entre eux avaient continué à être allaités.

Les auteurs concluent cependant que «le retard de croissance marqué chez 31 nourrissons nourris exclusivement au sein, sans pathologie sous-jacente, soulève le problème de l'absence de diagnostic précoce chez un grand nombre de nourrissons ayant une prise de poids insuffisante, avant que se développe un retard de croissance important [...]». Les pédiatres ont l'obligation de faire face aux échecs de l'allaitement, de reconnaître les facteurs de risque connexes et de mettre en œuvre des stratégies d'intervention afin de prévenir la morbidité.»

Références

1. Millar W, Maclean H. L'allaitement maternel. *Rapports sur la santé* 2005;16(2):23-31. (Statistique Canada, n° au catalogue : 82-003).
2. Bushnik T, Garner R. Les enfants des femmes plus âgées qui sont mères pour la première fois au Canada : leur santé et leur développement. *Statistique Canada*. N° au catalogue : 89-599-M, n° 005.
3. American Academy of Pediatrics. Policy Statement. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115(2):496-506.
4. Berry N, Gribble K. Breast is no longer best: promoting normal infant feeding. *Matern Child Nutr* 2008;4:74-9.
5. Hren et al. Effects of formula supplementation in breast-fed infants with failure to thrive. *Pediatr Int* 2009;51:346-51.

Impact de l'alimentation et des pratiques de sevrage maternelles sur les hypersensibilités alimentaires du nourrisson

Les apports alimentaires de la mère ainsi que l'alimentation du nourrisson et les pratiques de sevrage ont des conséquences variables sur le développement d'hypersensibilités alimentaires chez le nourrisson. Les femmes doivent en être informées.

La P^{re} Carina Venter, University of Portsmouth, Royaume-Uni, et son équipe multicentrique¹ ont soumis des femmes enceintes à un questionnaire validé de fréquence de consommation des aliments à plusieurs reprises pendant leur grossesse et également un an et trois ans après leur accouchement. « Parmi les 969 familles recrutées [...], 60 % des femmes enceintes ont rapporté des antécédents d'allergie », déclarent les auteurs. Les enfants ont également passé des tests épidermiques (*prick tests*) avec un groupe préétabli d'allergènes alimentaires. La durée médiane de l'allaitement maternel était de 42 jours, tandis que le délai médian avant l'introduction de préparations pour nourrisson était de 14 jours.

Fait intéressant, il n'y avait aucune association significative entre les pratiques d'allaitement et la sensibilisation aux allergènes alimentaires ou le développement d'une hypersensibilité alimentaire chez les nourrissons âgés de un an ou de trois ans. Par contre, les taux de sensibilisation et d'hypersensibilité aux aliments étaient plus marqués à l'âge de un an chez les nourrissons sevrés avant l'âge de 16 semaines. De même, tous les enfants sensibilisés à un aliment particulier à l'âge de un an et de trois ans avaient été en contact avec cet aliment avant l'âge de six mois; fait important, plus de 80 % des mères avaient introduit des aliments solides avant l'âge de 17 semaines.

On retrouvait très peu de différences sur le plan du régime alimentaire – des mères ou de leur nourrisson – ou des pratiques de sevrage entre les femmes qui avaient des antécédents allergiques et celles qui n'en avaient pas.

Préparations hydrolysées et prévention de l'allergie

La question de savoir si l'apport exclusif de préparations hydrolysées aux nourrissons contribue ou non à prévenir les allergies a fait l'objet d'une revue systématique des articles publiés entre 1985 et 2005². Les études comparaient des préparations hydrolysées au lait maternel, à des préparations à base de lait de vache, à des préparations à base de soya et à différentes combinaisons de celles-ci. Comme le soulignaient la diététiste Tiffani Hays, M.Sc., et le D^r Robert Wood, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland, les préparations fortement hydrolysées répondent aux critères d'hypoallergénicité de l'AAP et on a montré qu'elles soulageaient les symptômes de manière

efficace chez plus de 90 % des nourrissons qui présentaient une allergie au lait de vache.

En revanche, les préparations partiellement hydrolysées ne répondent pas à ces mêmes critères, car on n'a pas montré qu'elles soulageaient les symptômes chez la plupart des nourrissons allergiques au lait de vache; elles ne sont donc pas recommandées dans cette indication. Cela dit, les résultats des études de l'analyse montraient une réduction significative de l'incidence de l'atopie entre l'âge de un an et l'âge de cinq ans, que ce soit avec des préparations à base de caséine fortement hydrolysée ou avec des préparations à base de protéines de lactosérum partiellement hydrolysées.

Selon les critères de l'AAP, les préparations fortement hydrolysées n'ont pas fait la preuve de leur efficacité dans la prévention de l'allergie puisqu'elles sont habituellement données en complément de l'allaitement maternel, font remarquer les auteurs. De même, les préparations partiellement hydrolysées ne répondent pas aux critères de l'AAP pour la prévention des allergies.

Absence de preuves

Selon les dernières recommandations du comité sur la nutrition de l'AAP, aucune donnée concluante ne permet de croire que l'exclusion de certains aliments pendant la grossesse exercerait un effet protecteur quant au développement ultérieur d'une atopie chez les nourrissons³. Il n'existe pas non plus d'argument probant à l'appui de l'éviction des antigènes pendant l'allaitement pour prévenir l'apparition d'une atopie dans l'enfance, à l'exception peut-être de l'eczéma. L'AAP a également publié les déclarations suivantes :

Recommandations du comité sur la nutrition de l'AAP 2008

L'allaitement exclusif pendant au moins quatre mois plutôt que le recours à une préparation contenant des protéines intactes de lait de vache fait diminuer l'incidence cumulative de la dermatite atopique et de l'allergie au lait de vache pendant les deux premières années de vie.

L'allaitement exclusif pendant au moins trois mois protège l'enfant contre la respiration sifflante pendant les premières années de vie, mais les données sur la protection contre l'asthme allergique passé six ans ne sont pas convaincantes.

Les données étayant l'effet protecteur d'une intervention alimentaire, quelle qu'elle soit, contre l'atopie passé l'âge de quatre à six mois, sont insuffisantes.

Aucun argument probant ne permet de croire que les restrictions alimentaires pendant la grossesse puissent jouer un rôle préventif appréciable à l'égard de l'atopie du nourrisson. Le fait d'éviter les antigènes pendant l'allaitement ne prévient pas l'atopie non plus, sauf peut-être dans le cas de l'eczéma (quoique cette possibilité doit être étayée par un dossier plus étoffé).

Lorsque l'allaitement exclusif n'est pas maintenu pendant quatre à six mois ou que le nourrisson reçoit une préparation lactée, des arguments moyennement probants montrent que l'on peut retarder ou prévenir la dermatite atopique en optant pour des préparations fortement ou partiellement hydrolysées plutôt que pour des préparations à base de lait de vache.

Les préparations fortement hydrolysées pourraient prévenir l'atopie plus efficacement que les préparations partiellement hydrolysées.

L'entrée en scène des aliments solides ne devrait pas avoir lieu avant l'âge de quatre à six mois, mais aucun argument probant n'indique que l'on protège mieux l'enfant contre l'atopie en retardant davantage leur introduction. Sont inclus ici les aliments considérés comme fortement allergènes, à savoir le poisson, les oeufs et les aliments contenant des protéines d'arachide.

Si l'enfant présente une atopie qui risque d'être déclenchée ou exacerbée par les protéines du lait humain, d'une préparation pour nourrissons ou d'un supplément donné, l'identification et le bannissement des protéines responsables pourraient s'imposer.

Références

1. Venter et al. Factors associated with maternal dietary intake, feeding and weaning practices, and the development of food hypersensitivity in the infant. *Pediatr Allergy Immunol* 2009;20:320-7.
2. Hays T, Wood R. A systematic review of the role of hydrolyzed infant formulas in allergy prevention. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159:810-6.
3. Greer et al. Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. *Pediatrics* 2008;121:183-91.

Scores de développement de la santé mentale plus faibles chez les nourrissons anorexiques ou difficiles sur la nourriture

Les nourrissons qui présentent une anorexie infantile, de même que les «fines bouches» ont des scores significativement plus faibles selon l'indice de mesure MDI (*Mental Development Index*) que ceux qui mangent sainement et ont un poids normal, bien que la fonction cognitive des deux groupes se situe dans les limites de la normale.

La D^e Irene Chatoor, Children's National Medical Center, Washington DC, et ses collaborateurs, dont le D^r Benny Kerzner, ont évalué l'effet relatif d'une croissance insuffisante ou d'un retard de croissance staturo-pondérale et de facteurs psychosociaux – niveau d'études de la mère, statut socio-économique et qualité des interactions mère-enfant – sur le développement cognitif de 88 tout-petits âgés de 12 à 33 mois¹. Les nourrissons étaient répartis dans trois groupes après avoir été évalués par deux pédopsychiatres : anorexie infantile, fines bouches de poids normal et mangeurs sains de poids normal. «Les trois groupes étaient appariés pour l'âge, la race, le sexe et les conditions socio-économiques», soulignent les auteurs.

La question principale de la recherche était de savoir si l'anorexie infantile était associée à des scores MDI plus faibles que les scores observés chez les «fines bouches» ou chez les nourrissons mangeant sainement. En parallèle, les chercheurs évaluaient l'effet des variables psychosociales sur le développement cognitif des nourrissons en utilisant les échelles de développement de Bailey (*Bayley Scales of Infant Development*), tandis que des observateurs formés à cette fin, ignorant le diagnostic, évaluaient la qualité des interactions mère-enfant sur bandes vidéo.

Les résultats ont révélé que les tout-petits souffrant d'une anorexie infantile et les fines bouches de poids normal avaient, en moyenne, des scores MDI inférieurs de 11 et 14 points respectivement aux scores de ceux qui mangeaient sainement. Précisément, le score MDI moyen était de 99 dans le groupe anorexie infantile, de 96 dans celui des fines bouches de poids normal et de 110 dans le groupe des nourrissons mangeant sainement. Les résultats montraient également que la corrélation entre les scores MDI et le pourcentage de bambins de poids idéal approchait le seuil de significativité statistique.

Dans le groupe des fines bouches, on relevait aussi une corrélation positive entre le pourcentage de nourrissons de poids idéal et les scores MDI, mais, dans ce cas, elle n'avoisina pas le seuil de significativité statistique. Indépendamment du diagnostic, les scores MDI des tout-petits étaient fortement influencés par chacune des trois conditions psychosociales. En effet, la qualité des interactions mère-enfant, le statut socio-économique et le niveau d'études de

la mère expliquaient 22 % de la variance des scores MDI observée entre les trois groupes, précisent les chercheurs.

Il est également intéressant de noter que les évaluations selon plusieurs sous-échelles prenant en compte les interactions mère-nourrisson problématiques ou conflictuelles pendant le jeu ou l'alimentation étaient corrélées négativement avec les scores MDI. «Cette étude a révélé deux faits importants», rapportent les auteurs. Tout d'abord, les bambins qui souffraient d'anorexie mentale présentaient, certes, un retard de croissance, mais leur développement cognitif se situait dans les limites de la normale.

Ensuite, ces bambins présentaient des scores MDI inférieurs de 11 points aux scores de ceux qui mangeaient sainement, alors que la différence atteignait 14 points par rapport aux fines bouches de poids normal. Les auteurs soulignent que les résultats de leur étude mettent l'accent sur l'importance de différencier les retards de croissance non organiques liés à une négligence maternelle des retards de croissance liés à un conflit au cours de l'alimentation. «Les parents commencent à s'inquiéter quant au développement cognitif ultérieur de leur bébé et ils recourent à une alimentation coercitive», notent les auteurs.

Ce comportement aggrave le conflit parent-enfant au cours de l'alimentation, ajoutent-ils, car les préoccupations quant aux conséquences potentielles d'un faible gain de poids sur le développement cognitif ultérieur prennent le pas sur la prise en charge des difficultés d'alimentation.

Les résultats de cette étude indiquent donc que les inquiétudes parentales au sujet des besoins nutritionnels de leurs jeunes enfants doivent être mises en balance avec la nécessité de mieux gérer les difficultés d'alimentation chez les nourrissons et jeunes enfants.

Référence

1. Chatoor et al. Failure to thrive and cognitive development in toddlers with infantile anorexia. *Pediatrics* 2004;113:e440-e447.

Des préparations pour nourrisson qui visent à reproduire les effets fonctionnels du lait maternel

Selon plusieurs revues de la littérature, les recherches menées depuis des années pour améliorer la qualité des préparations lactées pour nourrissons visaient à reproduire les effets fonctionnels du lait maternel plutôt qu'à en restituer la composition exacte.

Comme le fait remarquer le D^r William Heird, Baylor College of Medicine, Houston, Texas¹, le contenu en macronutriments des préparations pour nourrissons est proche de celui du lait humain et a peu varié au cours des dernières décennies. Cependant, on a apporté plusieurs modifications qualitatives aux préparations pour nourrissons dans le but de se rapprocher au plus près de la composition en éléments nutritifs et non nutritifs du lait humain et/ou de reproduire les performances des nourrissons allaités. Par exemple, au moins la moitié des protéines contenues aujourd'hui dans la plupart des préparations sont des protéines du lactosérum, «les préparations contenant majoritairement des protéines du lactosérum sont plus proches du contenu protéique du lait humain», observe le D^r Heird. L'utilisation de préparations enrichies en fer est maintenant répandue, et c'est à cette mesure que l'on attribue l'incidence moindre de l'anémie ferriprive chez les nourrissons, ajoute-t-il.

«Les changements de types de graisses dans les préparations pour nourrissons permettent de se rapprocher de la composition en acides gras du lait humain et ont amélioré l'absorption des graisses», déclare le D^r Heird. Du fait de l'ajout d'acides gras polyinsaturés à longue chaîne à certaines préparations, la composition en acides gras des préparations modernes est plus proche de celle du lait humain que jamais auparavant.

On assiste également à des progrès marqués dans les soins alimentaires des nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance. Les préparations adaptées aux besoins de ces nourrissons contiennent à présent des taux plus élevés de protéines, de calcium et de phosphore que les préparations pour les bébés nés à terme. En outre, comme les bénéfices immunologiques du lait humain faisaient toujours défaut aux préparations pour nourrissons de faible poids de naissance, elles sont maintenant additionnées de fortifiants du lait maternel. Parmi les autres ajouts récents figurent les nucléotides. En effet, des données probantes semblent indiquer que les préparations enrichies de nucléotides pourraient renforcer les réponses immunitaires des nourrissons et diminuer l'incidence des épisodes diarrhéiques.

À l'heure actuelle, Neosure est la seule préparation pour nourrissons prématurés qui contienne 72 mg/L de nucléotides, niveau le plus proche de celui du lait humain.

Bienfaits pour la santé d'un enrichissement en nucléotides des préparations pour nourrissons

Une méta-analyse² évaluant les avantages potentiels de l'ajout de nucléotides aux préparations pour nourrissons indique que les preuves sont suffisamment robustes pour étayer les bienfaits pour la santé des préparations enrichies par comparaison à des préparations témoins et même au lait maternel.

Le D^r Pedro Gutiérrez-Castrellón, Centre d'analyse des preuves en santé pédiatrique, Institut National, Mexico, Mexique, et ses collaborateurs ont repris l'analyse de 15 essais cliniques avec randomisation au cours desquels des préparations pour nourrissons enrichies en nucléotides (PEN) étaient comparées à des préparations ne contenant pas de nucléotides ou au lait maternel. Les paramètres étudiés comprenaient les réponses immunitaires aux vaccinations pédiatriques habituelles et l'incidence des infections respiratoires aiguës et des épisodes diarrhéiques.

Les résultats de cette nouvelle analyse ont révélé que, lorsqu'ils étaient nourris de PEN, les nourrissons présentaient des réponses immunitaires plus vigoureuses après l'administration du vaccin contre *Haemophilus influenzae*, de la toxine tétanique et du vaccin oral contre la poliomyélite et souffraient de moins d'épisodes diarrhéiques que les enfants nourris de préparations témoins ou de lait maternel. Cependant, l'incidence des infections respiratoires aiguës était similaire dans les trois groupes.

On observe des bienfaits pour la santé dès que les préparations sont enrichies d'au moins 1,9 mg/418,4 kJ de nucléotides, soulignent les auteurs. Ces bienfaits persistent et peuvent même être améliorés lorsqu'on augmente les doses jusqu'à 10,78 mg/418,4 kJ. Ainsi, on peut s'attendre à ce que les préparations additionnées d'au moins 5 mg/418,4 kJ (33 mg/L) soient bénéfiques, notent les auteurs.

Les préparations enrichies de nucléotides à des doses considérablement plus élevées – à savoir 10,78 mg/418 kJ ou 72 mg/L comme ce que l'on trouve dans Neosure – exerçaient des «effets bien plus considérables» sur les paramètres d'évaluation.

Les préparations sans oléine d'huile de palme facilitent l'absorption des graisses et du calcium

Selon les résultats d'une recherche américaine, les nourrissons qui reçoivent une préparation ne contenant ni huile de palme (comme Similac) ni sa fraction à basse température de fusion, l'oléine de palme (OP), absorbent mieux les graisses, l'acide palmitique et le calcium que ceux nourris d'une préparation qui en contient.

Le D^r Winston Koo, Wayne State University, Détroit, Michigan, et ses collaborateurs ont soigneusement réévalué les études qui évaluaient les effets physiologiques liés à l'utilisation de préparations qui contenaient de l'OP comme source principale de lipides dans le mélange de graisses et les effets liés à des préparations ne contenant pas d'OP³. Au total, les chercheurs ont repéré neuf études qui comparaient des groupes de nourrissons de la naissance à 192 jours de vie selon qu'ils recevaient des préparations contenant de l'OP ou non.

«On notait une certaine variabilité dans l'ampleur de l'effet entre les groupes avec OP et sans OP dans chacune des études publiées, rapporte le D^r Koo. Néanmoins, la conclusion globale est que l'ajout d'OP dans les préparations infantiles dans le but de reproduire le contenu en acide palmitique du lait humain a des conséquences physiologiques non voulues et qu'il faut s'en passer ou le substituer par du triacylglycéride synthétique afin de prévenir ses effets néfastes.»

On peut faire en sorte que les nourrissons recevant une préparation aient une absorption optimale des graisses, de l'acide palmitique et du calcium en leur donnant une préparation sans OP comme Similac.

Références

1. Heird W. Progress in promoting breast-feeding, combating malnutrition and composition and use of infant formula, 1981-2006. *J Nutr* 2007;137:499S-502S.
2. Gutiérrez-Castrellón et al. Immune responses to nucleotide-supplemented infant formulae: systematic review and meta-analysis. *Br J Nutr* 2007;98:S64-S67.
3. Koo WK, Hockman E, Dow M. Palm olein in the fat blend of infant formulas: effect on the intestinal absorption of calcium and fat and bone mineralization. *J Am Coll Nutr* 2006;25(2):117-22.

RAPPORT DE MÉDECINE INTÉGRÉE®

Cette publication a été préparée par l'équipe de rédaction du Réseau d'éducation médicale Canada inc.

Pour obtenir la version informatisée de cette publication, visitez le site www.mednet.ca/2009/ho10-002f

© 2009 L'Odyssée de la santé internationale inc. Tous droits réservés. Rapport de médecine intégrée est un service indépendant de journalisme médical. Les vues exprimées sont celles des participants et ne reflètent pas nécessairement celles de l'éditeur ou du commanditaire. La distribution de la présente publication éducative est possible grâce au financement de Abbott Nutrition Canada en vertu d'un accord écrit qui garantit l'indépendance. Tout traitement mentionné dans la présente publication doit être utilisé conformément aux renseignements posologiques en vigueur au Canada. Aucune allégation ou recommandation n'y est faite quant aux produits, aux utilisations ou aux doses à l'étude. Aucune partie de la présente publication ne peut être reproduite sous quelque forme que ce soit ni être distribuée sans le consentement écrit de l'éditeur. L'information contenue dans la présente publication n'est pas destinée à justifier à elle seule les soins à prodiguer à quiconque. Notre objectif est d'aider les médecins et les autres professionnels de la santé à mieux comprendre les tendances actuelles de la médecine. Nous aimerions avoir vos commentaires.

