

# Interventions visant à promouvoir l'allaitement maternel : application des données probantes à la pratique clinique

## Recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

**Valerie A. Palda, Jeanne-Marie Guise, C. Nadine Wathen,  
avec le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs**

*Le Médecin du Québec* publie à l'intention des médecins un sommaire des recommandations officielles du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP). On peut consulter les résumés de synthèse des rapports complets en ligne au [www.ctfphc.org](http://www.ctfphc.org) et se procurer les rapports techniques complets des analyses systématiques et des recommandations qui les accompagnent auprès du bureau du Groupe de travail :

À l'attention de M<sup>me</sup> Nadine Wathen  
Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs  
117-100 Collip Circle, London (Ontario) N6G 4X8  
Télec : (519) 858-5112 ; courriel : [ctf@ctfphc.org](mailto:ctf@ctfphc.org)

**D**ANS CE DOCUMENT, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) met à jour ses recommandations antérieures sur l'allaitement maternel<sup>1</sup> en présentant des données probantes sur des interventions qui améliorent les taux d'allaitement ou prolongent la durée de l'allaitement (ou les deux). Il a été prouvé à la fois dans les pays en développement et dans les pays industrialisés que l'allaitement maternel améliore l'état de santé des nourrissons et de leur mère, ce qui en fait la façon optimale de nourrir les nouveau-nés<sup>2,3</sup>. Même si la prévalence de l'allaitement maternel a augmenté au Canada, où plus de 75 % des mères pensent maintenant allaiter, la durée de l'allaitement est inférieure aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), soit allaitement exclusif pendant six mois et allaitement partiel jusqu'à deux ans<sup>4,5</sup>. Des données canadiennes récentes indiquent que 22 % des nouvelles mères de 15 à 49 ans allaitent pendant moins de trois mois et

35 % le font pendant au moins trois mois<sup>6</sup>. Cet arrêt prématuré découle bien plus des difficultés inhérentes à l'allaitement, y compris le manque d'information et de soutien, que du choix des femmes<sup>7</sup>. En fait, seulement 5 des 523 hôpitaux canadiens ayant répondu à une enquête effectuée en 1993<sup>9</sup> respectent les critères de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés<sup>MC</sup> de l'OMS et de l'UNICEF<sup>8</sup>. Selon l'UNICEF, un seul hôpital avait obtenu cette accréditation en 2002<sup>10</sup>.

Dans un projet conjoint, le GECSSP et le US Preventive Services Task Force ont étudié systématiquement les résultats d'études à répartition aléatoire pour déterminer l'efficacité de toutes les interventions de counselling qui commencent dans le cabinet d'un clinicien (comme les

\* Reproduit et adapté avec la permission du *Journal de l'Association médicale canadienne*. Titre de la version originale anglaise : Interventions to promote breast-feeding: applying the evidence in clinical practice. *CMAJ* 2004 ; 170 (6) : 976-8.

groupes d'entraide avant et après l'accouchement, l'éducation, l'appui téléphonique ou les mères-conseils) pour augmenter les taux d'allaitement ou prolonger la durée de l'allaitement<sup>11,12</sup>. Nous présentons ici les nouvelles recommandations du GECSSP fondées sur l'étude systématique conjointe, ainsi que sur une étude canadienne clé<sup>1</sup> (publiée après cette étude systématique) axée sur le contexte des soins de santé au Canada (*tableau*). Les définitions de la qualité des preuves et des catégories de recommandations utilisées dans le *tableau* sont disponibles en ligne au [www.cmaj.ca/cgi/content/full/170/6/976/DC2](http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/170/6/976/DC2) dans une annexe du présent article.

Comparativement aux soins habituels, les interventions consistant à donner avant l'accouchement des renseignements structurés sur l'allaitement maternel réussissent à augmenter à la fois le nombre de mères qui choisissent d'allaiter et celles qui le font pendant les deux premiers mois suivant l'accouchement<sup>14-28</sup>. Ces interventions, comportant une ou plusieurs séances d'information individuelles ou de groupe sur l'allaitement maternel, les techniques pratiques et la résolution de problèmes, se sont révélées efficaces lorsqu'elles étaient assurées par des spécialistes de l'allaitement ou des infirmières. Autant les séances uniques que multiples se sont avérées efficaces. Le soutien téléphonique ou en personne donné après l'accouchement par des spécialistes de l'allaitement, des infirmières ou des conseillères peut améliorer l'efficacité de ces interventions. En outre, le recours aux services de conseillères a amélioré les taux d'allaitement et la durée; ces types de services peuvent donc représenter une solution de rechange rentable aux services assurés par des professionnels, particulièrement à des endroits ou dans des contextes où les professionnels sont rares ou non disponibles<sup>13,20,29-32</sup>. Le GECSSP se prononce contre l'utilisation de documents écrits (dont l'efficacité n'a pas été prouvée lorsqu'ils étaient utilisés seuls<sup>16,19,22,26,33-36</sup>, même s'ils n'ont pas nui) et contre la distribution aux nouvelles mères à leur sortie de l'hôpital de préparations commerciales (il a été prouvé que cette dernière initiative réduit les taux d'allaitement)<sup>37</sup>. On n'a malheureusement pas évalué suffisamment les conseils prodigués par le principal clinicien d'une femme (médecin de famille, obstétricien ou sage-femme), révélant des lacunes dans la recherche à ce sujet.

Les présentes recommandations (*tableau*) ne portent

pas sur les avantages cliniques de l'allaitement maternel, démontrés selon le GECSSP dans ses recommandations antérieures sur l'allaitement<sup>1</sup>. Nous avons plutôt surtout cherché à recommander des interventions qui favorisent l'adoption initiale et la durée de l'allaitement.

La Société canadienne de pédiatrie, les Diététistes du Canada et Santé Canada ont recommandé l'allaitement maternel exclusif pendant au moins les quatre premiers mois, puis l'allaitement conjugué à l'ingestion d'aliments complémentaires au moins jusqu'à l'âge de deux ans<sup>43</sup>. L'*American Academy of Pediatrics* a recommandé l'allaitement exclusif pendant environ les six premiers mois et l'allaitement continu pendant au moins 12 mois, puis aussi longtemps que la mère et l'enfant le souhaitent<sup>44</sup>. La plupart des groupes recommandent aussi de fournir un soutien individuel et de groupe adéquats conformément aux recommandations de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés<sup>8</sup>. ❧

## Références

1. Wang EEL. Allaitement maternel. Dans : Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. *Le Guide canadien de médecine clinique préventive*. Ottawa : Santé Canada ; 1994. 262-74.
2. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S et coll. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001 ; 285 (4) : 413-20.
3. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet* 2002 ; 360 (9328) : 187-95.
4. Organisation mondiale de la santé. *The optimal duration of exclusive breastfeeding: report of an expert consultation*. Genève : L'Organisation mondiale de la santé ; 2002. Disponible au [www.who.int/nut/documents/optimal\\_duration\\_of\\_exc\\_bfeeding\\_report\\_eng.pdf](http://www.who.int/nut/documents/optimal_duration_of_exc_bfeeding_report_eng.pdf) (consulté le 6 février 2004).
5. Organisation mondiale de la santé. *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*. Genève : L'Organisation mondiale de la santé ; 2003. Disponible au [www.who.int/nut/documents/g\\_s\\_infant\\_feeding\\_text\\_fre.pdf](http://www.who.int/nut/documents/g_s_infant_feeding_text_fre.pdf) (consulté le 16 février 2004).
6. Allaitement maternel. *Indicateurs de la santé* [série en ligne] 2002 ; 2002 (1). Ottawa : Statistique Canada ; N° 82-221-XIF au catalogue. Disponible au [www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00502/high/canada/cbreast-f.htm](http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00502/high/canada/cbreast-f.htm) (consulté le 19 février 2004).
7. Barber CM, Abernathy T, Steinmetz B, Charlebois J. Using a breastfeeding prevalence survey to identify a population for targeted programs. *Can J Public Health* 1997 ; 88 (4) : 242-5.

## Recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs au sujet des interventions visant à promouvoir l'allaitement maternel

Intervention visant à promouvoir l'allaitement	Efficacité	Niveaux de preuves*	Recommandation*
Séances de renseignements et soutien après l'accouchement	L'information structurée sur l'allaitement maternel donnée avant l'accouchement accroît le nombre de femmes qui choisissent d'allaiter et le nombre de femmes qui continuent de le faire pendant une courte période après l'accouchement, comparativement aux soins habituels <sup>†</sup> . Le soutien en personne ou au téléphone renforce l'information reçue et entraîne une augmentation de 5 % à 10 % du nombre de femmes ayant choisi d'allaiter et de la durée de l'allaitement sur une courte période. Le soutien en personne ou au téléphone peut, en soi, augmenter les taux d'allaitement pendant une courte ou une longue période.	<b>Éducation</b> Niveau I – Moyen <sup>14-19</sup> Niveau I – Médiocre <sup>20-24</sup>  <b>Éducation + soutien</b> Niveau I – Moyen <sup>15,18,19,25-27</sup> Niveau I – Médiocre <sup>20,28</sup>	On dispose de bonnes preuves nous incitant à recommander la prestation de programmes d'information structurés avant l'accouchement et de soutien après l'accouchement <sup>1</sup> pour promouvoir la décision d'allaiter et la durée de l'allaitement. <b>Recommandation de catégorie A</b>
Counselling par les pairs	Les conseillères peuvent avoir un effet important sur le taux d'allaitement et la durée.	Niveau I – Moyen <sup>13</sup> Niveau I – Médiocre <sup>20</sup> Niveau II-1 – Médiocre <sup>29-32</sup>	On dispose de preuves raisonnables nous incitant à recommander le counselling par les pairs pour promouvoir la décision d'allaiter et la durée de l'allaitement. <b>Recommandation de catégorie B</b>
Distribution aux nouvelles mères de documents écrits pour promouvoir l'allaitement	Les documents écrits n'offrent aucun avantage lorsqu'ils sont utilisés seuls.	Niveau I – Bon <sup>33</sup> Niveau I – Moyen <sup>16,19,26</sup> Niveau I – Médiocre <sup>22,34-36</sup>	On dispose de bonnes preuves nous incitant à ne pas recommander la distribution de documents écrits utilisés seuls pour promouvoir l'allaitement maternel. <b>Recommandation de catégorie D</b>
Conseils des prestataires de soins primaires sur l'allaitement (médecin ou sage-femme) aux futures ou aux nouvelles mères	Efficacité inconnue	On n'a trouvé aucune étude.	On ne dispose pas de preuves suffisantes pour formuler une recommandation au sujet des conseils donnés par des prestataires de soins de santé primaires pour promouvoir la décision d'allaiter. <b>Recommandation de catégorie I</b>
Distribution de préparations commerciales aux nouvelles mères à leur sortie de l'hôpital	Les femmes qui recevaient des préparations commerciales au moment de leur sortie de l'hôpital allaitaient moins longtemps que celles qui n'en recevaient pas.	Niveau I (analyse systématique) – Bon <sup>37</sup>	On dispose de bonnes preuves nous incitant à ne pas recommander la distribution de préparations commerciales aux nouvelles mères. <b>Recommandation de catégorie E</b>
Cohabitation et contact rapide de l'enfant avec la mère	La seule étude nouvelle sur la cohabitation incluait de multiples interventions; on n'a pas pu en tirer de conclusions. Les nouvelles données concernant le contact rapide avec la mère sont insuffisantes.	<b>Cohabitation</b> Niveau I (une seule étude) – Moyenne <sup>38</sup> <b>Contact rapide avec la mère</b> Niveau I (méta-analyse) – Bon <sup>39-42</sup>	On dispose de bonnes preuves nous incitant à recommander la cohabitation et le contact rapide de l'enfant avec la mère pour promouvoir la décision d'allaiter. <b>Recommandation de catégorie A<sup>‡</sup></b>

\* Les définitions des niveaux de preuves et des catégories de recommandations utilisées par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs sont disponibles dans une annexe en ligne du présent article, au [www.cmaaj.ca](http://www.cmaaj.ca)

† Dans les études analysées, ces interventions étaient habituellement fournies dans le contexte clinique par des spécialistes de l'allaitement ou des infirmières et consistaient en des consignes individuelles ou collectives sur l'allaitement, les habiletés pratiques et les solutions à certains problèmes.

‡ Dans les recommandations de 1994 du GECSSP<sup>1</sup>, on passait en revue de « bonnes » données probantes de niveau I. Les données probantes analysées ici n'annulent pas ces recommandations classées comme recommandations de catégorie A.

8. Organisation mondiale de la santé. *Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement*. Genève : L'Organisation mondiale de la santé ; 1998. Disponible au [www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/NUTRITION/WHO\\_CHD\\_98.9-fr.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CHD_98.9-fr.pdf) (consulté le 16 février 2004).
9. Dunlop M. Few Canadian hospitals qualify for "Baby Friendly" designation by promoting breast-feeding: survey. *JAMC* 1995 ; 152 (1) : 87-9.
10. Current status of baby-friendly hospital initiative: March 2002 [tableau en ligne]. New York : UNICEF ; 2002. Disponible au [www.unicef.org/programme/breastfeeding/assets/statusbfhi.pdf](http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/assets/statusbfhi.pdf) (consulté le 16 février 2004).
11. Guise JM, Palda V, Westhoff C, Chan BKS, Helfand M, Lieu TA. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: systematic evidence review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force. *Ann Fam Med* 2003 ; 1 : 70-8.
12. Palda VA, Guise JM, Wathen CN. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Interventions to promote breastfeeding: updated recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Rapp. tech. 03-6 du GECSSP. London (Ontario) : Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs ; octobre 2003.
13. Dennis CL, Hodnett E, Gallop R, Chalmers B. The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial. *JAMC* 2002 ; 166 (1) : 21-8.
14. Duffy EP, Percival P, Kershaw E. Positive effects of an antenatal group teaching session on postnatal nipple pain, nipple trauma and breastfeeding rates. *Midwifery* 1997 ; 13 (4) : 189-96.
15. Pugh LC, Milligan RA. Nursing intervention to increase the duration of breastfeeding. *Appl Nurs Res* 1998 ; 11 (4) : 190-4.
16. Hill PD. Effects of education on breastfeeding success. *Matern Child Nurs J* 1987 ; 16 (2) : 145-56.
17. Kistin N, Benton D, Rao S. Breastfeeding rates among black urban low income women: effect of prenatal education. *Pediatrics* 1990 ; 86 : 741-6.
18. Brent NB, Redd B, Dworetz A, D'Amico F, Greenberg JJ. Breast-feeding in a low-income population. Program to increase incidence and duration. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995 ; 149 (7) : 798-803.
19. Redman S, Watkins J, Evans L, Lloyd D. Evaluation of an Australian intervention to encourage breastfeeding in primiparous women. *Health Promot Int* 1995 ; 10 (2) : 101-13.
20. Sciacca JP, Dube DA, Phipps BL, Ratliff MI. A breastfeeding education and promotion program: effects on knowledge, attitudes, and support for breastfeeding. *J Community Health* 1995 ; 20 (6) : 473-90.
21. McEnery G, Rao KP. The effectiveness of antenatal education of Pakistani and Indian women living in this country. *Child Care Health Dev* 1986 ; 12 (6) : 385-99.
22. Rossiter JC. The effect of a culture-specific education program to promote breastfeeding among Vietnamese women in Sydney. *Int J Nurs Stud* 1994 ; 31 (4) : 369-79.
23. Wiles LS. The effect of prenatal breastfeeding education on breastfeeding success and maternal perception of the infant. *JOGN Nurs* 1984 ; 13 (4) : 253-7.
24. Reifsnider E, Eckhart D. Prenatal breastfeeding education: its effect on breastfeeding among WIC participants. *J Hum Lact* 1997 ; 13 (2) : 121-5.
25. Oakley A, Rajan L. Social support and pregnancy outcome. *Br J Obstet Gynaecol* 1990 ; 97 : 155-62.
26. Frank DA, Wirtz SJ, Sorenson JR, Heeren T. Commercial discharge packs and breastfeeding counseling: effects on infant-feeding practices in a randomized trial. *Pediatrics* 1987 ; 80 (6) : 845-54.
27. Serafino-Cross P, Donovan P. Effectiveness of professional breast-feeding home support. *J Nutr Educ* 1992 ; 24 (3) : 117-22.
28. Jones D, West R. Lactation nurse increases duration of breastfeeding. *Arch Dis Child* 1985 ; 60 : 772-4.
29. Caulfield LE, Gross SM, Bentley ME, Bronner Y, Kessler L, Jensen J et coll. WIC-based interventions to promote breastfeeding among African-American Women in Baltimore: effects on breastfeeding initiation and continuation. *J Hum Lact* 1998 ; 14 (1) : 15-22.
30. Schafer E, Vogel MK, Viegas S, Hausafus C. Volunteer peer counselors increase breastfeeding duration among rural low-income women. *Birth* 1998 ; 25 : 101-6.
31. Kistin N, Abramson R, Dublin P. Effect of peer counselors on breastfeeding initiation, exclusivity, and duration among low-income urban women. *J Hum Lact* 1994 ; 10 (1) : 11-5.
32. McInnes R, Love J, Stone D. Evaluation of a community-based intervention to increase breastfeeding prevalence. *J Hum Lact* 2000 ; 22 : 138-45.
33. Curro V, Lanni R, Scipione F, Grimaldi V, Mastroiacovo P. Randomised controlled trial assessing the effectiveness of a booklet on the duration of breastfeeding. *Arch Dis Child* 1997 ; 76 (6) : 500-3.
34. Kaplowitz DD, Olson CM. The effect of an educational program on the decision to breastfeed. *J Nutr Educ* 1983 ; 15 : 61-5.
35. Loh NR, Kelleher CC, Long S, Loftus BG. Can we increase breast feeding rates? *Ir Med J* 1997 ; 90 (3) : 100-1.
36. Grossman LK, Harter C, Sachs L, Kay A. The effect of postpartum lactation counseling on the duration of breastfeeding in low-income women. *Am J Dis Child* 1990 ; 144 (4) : 471-4.
37. Donnelly A, Snowden H, Renfrew M, Woolridge M. Commercial hospital discharge packs for breastfeeding women [étude Cochrane]. Dans : The Cochrane Library ; Issue 3, 2001. Oxford : Update Software.
38. Winikoff B, Myers D, Laukaran VH, Stone R. Overcoming obstacles to breastfeeding in a large municipal hospital: applications of lessons learned. *Pediatrics* 1987 ; 80 (3) : 423-3.
39. De Chateau P, Wiberg B. Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. II. A follow-up at three months. *Acta Paediatr Scand* 1977 ; 66 : 145-51.
40. Salariya E, Easton P, Cater J. Duration of breastfeeding after early initiation and frequent feeding. *Lancet* 1978 ; 2 : 1141-3.
41. Thomson M, Hartsock T, Larson C. The importance of immediate postnatal contact: its effect on breastfeeding. *Le médecin de famille canadien* 1979 ; 25 : 1374-8.
42. Taylor PM, Maloni JA, Taylor FH, Campbell SB. Extra early mother-infant contact and duration of breast-feeding. *Acta Paediatr Scand Suppl* 1985 ; 316 : 15-22.
43. La nutrition du nourrisson né à terme et en santé. Énoncé du Groupe de travail mixte : Société canadienne de pédiatrie, les Diététistes du Canada, Santé Canada. Ottawa : ministre de la Santé ; 1998. Disponible au [www.hc-sc.gc.ca/dca-dea/publications/pdf/](http://www.hc-sc.gc.ca/dca-dea/publications/pdf/)

infant\_f.pdf (consulté le 16 février 2004).

44. American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997; 100 (6) : 1035-9. Disponible au [www.aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pédiatrique%3b100/6/1035](http://www.aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pédiatrique%3b100/6/1035) (consulté le 16 février 2004).
45. Harris RP, Helfand M, Woolf SH, Lohr KN, Mulrow CD, Teutsch SM et coll. Current methods of the US Preventive Services Task Force. *Am J Prev Med* 2001; 20 (3 Suppl) : 21-35.

Université de Toronto, Toronto (Ontario); Christopher Patterson, professeur et directeur, Division de la médecine gériatrique, Département de médecine, Université McMaster, Hamilton (Ontario); et Bruce A. Reeder, professeur, Département de santé communautaire et d'épidémiologie, Université de la Saskatchewan, Saskatoon (Saskatchewan). **Personnes-ressources :** Nadine Wathen, coordonnatrice; Ruth Walton, agrégée de recherche; Jana Fear, agrégée de recherche, Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, Département de médecine familiale, Université Western Ontario, London (Ontario).

Cet article a fait l'objet d'un examen critique par des pairs.

© Imprimé avec la permission du *Journal de l'Association médicale canadienne*.

Valerie A. Palda, Département de médecine, Hôpital St. Michael's, Toronto (Ontario).

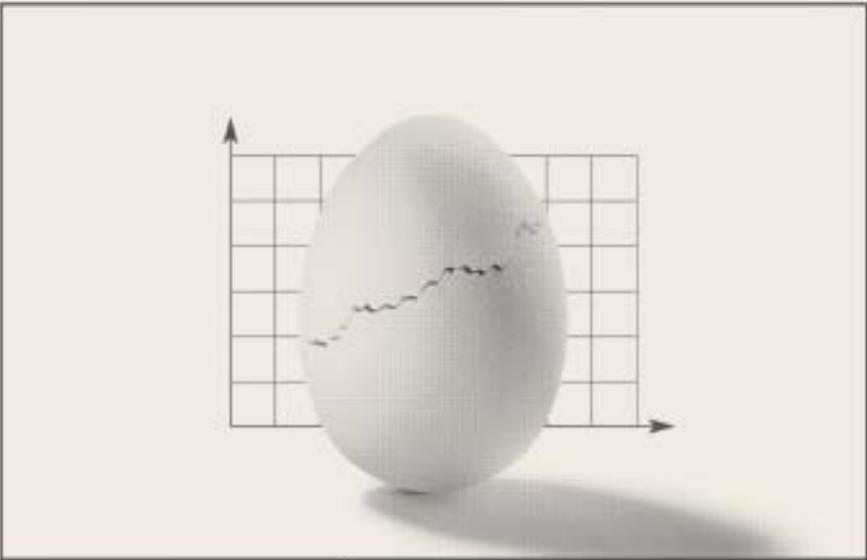
Jeanne-Marie Guise, Département d'obstétrique et de gynécologie et Département d'informatique médicale et de recherche sur les résultats, Oregon Health and Science University, Portland (Oregon).

C. Nadine Wathen, Centre Offord d'études de l'enfance, Université McMaster, Hamilton (Ontario).

**Intérêts concurrents :** aucun déclaré.

**Contributeurs :** Valerie Palda a étudié les données probantes et rédigé les recommandations et le présent commentaire. Jeanne-Marie Guise et Nadine Wathen ont étudié les données probantes et rédigé les recommandations, soumis l'article courant à une révision critique et étudié les révisions subséquentes. Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs a soumis les données probantes à un examen critique et élaboré les recommandations conformément à ses méthodologies et à son processus de dégagement de consensus. Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs est un groupe indépendant financé par Santé Canada.

**Membres du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs :** **Président :** D<sup>r</sup> John W. Feightner, professeur, Département de médecine familiale, Université Western Ontario, London (Ontario). **Vice-présidente :** D<sup>r</sup> Harriet MacMillan, professeure agrégée, Département de psychiatrie et de neurosciences du comportement et de pédiatrie, Centre canadien d'études de l'enfance à risque, Université McMaster, Hamilton (Ontario). **Membres :** D<sup>r</sup> Paul Bessette, professeur titulaire, Département d'obstétrique-gynécologie, Université de Sherbrooke, Sherbrooke (Québec); R. Wayne Elford, professeur émérite, Département de médecine familiale, Université de Calgary, Calgary (Alberta); Denise Feig, professeure adjointe, Département de médecine, Université de Toronto, Toronto (Ontario); Joanne M. Langley, professeure agrégée, Départements de pédiatrie et de santé communautaire et d'épidémiologie, Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse); Valerie Palda, professeure agrégée, Département de médecine,



## UNE PROTÉINE QUI A LA COTE

**Une excellente source de protéines de grande qualité**

En fait, les œufs sont utilisés comme mesure étalon pour évaluer la qualité des autres protéines alimentaires. L'œuf moyen contient 6 grammes de protéines, seulement 70 calories et 5 grammes de matières grasses.

Voilà une très bonne nouvelle pour les personnes soucieuses de leur poids puisque les œufs font un repas nutritif. Peut-être vos patients devraient-ils *tous* consommer plus d'œufs.

**AVEZ-VOUS PARLÉ D'ŒUFS À VOS PATIENTS RÉCEMMENT ?**

Photo: une variété d'œufs est présentée sans leur coque dans un bol. Les œufs sont utilisés comme mesure étalon pour évaluer la qualité des autres protéines alimentaires. Les producteurs d'œufs au Canada approuvés ont obtenu le programme Quality One®. La Fondation de la protéine vous remercie. Voir [www.eggcanada.org](http://www.eggcanada.org) pour plus de renseignements. © 2004, Image Trademark, produit par Canadian Grain Producers' Association.



[www.eggcanada.ca](http://www.eggcanada.ca)