



Mémoire

Sur la proposition législative de Santé Canada

Dans le cadre du

RENOUVEAU LÉGISLATIF EN MATIÈRE DE PROTECTION DE LA SANTÉ

Présenté à

SANTÉ CANADA

Avril 2004

L'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) est un organisme autonome de santé publique, sans but lucratif, qui a pour mission de promouvoir, d'améliorer et de maintenir la santé et le bien-être de la population.

L'ASPQ remercie toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.

Partie 1 - La mise en marché des substituts du lait maternel

Recherche et rédaction :

Julie Lauzière, Dt.P., agente de recherche

Avec la collaboration de :

Micheline Beaudry, PhD, nutritionniste, domaines d'expertise : l'influence des politiques sur l'allaitement et l'influence des déterminants psychosociaux et environnementaux sur le maintien de l'allaitement

Dre Suzanne Dionne, médecin, experte-conseil principale pour la rédaction des Lignes directrices en allaitement, Ministère de la santé et des services sociaux

Dr Jean-Claude Mercier, pédiatre, expert-conseil en allaitement pour le Ministère de la Santé et des services sociaux

Dr Pierre Lévesque, gynécologue-obstétricien, membre du Comité Canadien pour l'Allaitement en tant que représentant de la SOGC

Monik St-Pierre, répondante régionale en allaitement, Direction de la santé publique de Québec, membre du Comité québécois en allaitement

Partie 2 - Le contrôle de l'industrie des produits, services et moyens amaigrissants

Recherche et rédaction :

Mireille Vennes, B. Sc., B. Sc. A., agente de recherche ASPQ/INSPQ

Avec la collaboration de :

Lyne Mongeau, Dt. P. M. Sc., PhD (candidate), conseillère scientifique INSPQ

Brigitte Lachance, Dt. P., conseillère en habitude de vie et maladies chroniques, Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec, Direction générale de la santé publique, Service de la promotion de saines habitudes de vie et dépistage

Avant-propos et révision :

Lysane Grégoire, directrice générale ASPQ

ASPQ - 819, rue Roy Est, Montréal (Québec) - Tél. : (514) 528-5811) - Fax : (514) 528-5890

www.aspq.org / info@aspq.org

Plan du mémoire

Avant-propos	4
Partie 1 - La mise en marché des substituts du lait maternel	
1. Quelques définitions	8
2. Introduction	9
3. L'allaitement maternel : la norme pour l'alimentation des nourrissons	11
4. Les préparations commerciales pour nourrissons	12
4.1. Les risques pour la santé associés au non-allaitement et à l'utilisation des préparations commerciales pour nourrissons	12
4.2. Des risques coûteux pour tous	15
5. Protéger le droit à la santé	16
6. Les déterminants des comportements relatifs à l'alimentation du nourrisson	17
7. Quelques exemples de pratiques commerciales et leurs impacts	18
7.1. Publicité directe	18
7.2. Étiquetage et allégations de santé	19
7.3. Échantillons gratuits, rabais, et autres promotions	20
7.4. Information aux professionnels de la santé et commandites	20
8. Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel	22
8.1. L'approche du Canada face au Code	23
9. Loi fédérale en matière de protection de la santé	25
10. Les bénéfices d'un meilleur contrôle des pratiques commerciales	26
11. Recommandation	26
Partie 2 - Le contrôle de l'industrie des produits, services et moyens amaigrissants	
1. Introduction	28
2. Éléments issus de la recherche sur les pratiques de perte de poids et leur effet sur la santé	29
2.1. L'obésité : importance et gravité	29
2.2. La préoccupation à l'égard du poids	29
2.3. Les pratiques de contrôle du poids et leurs risques	30
2.4. Risques associés à l'utilisation des PSMA	31
2.4.1. Risques associés aux variations pondérales	31
2.4.2. Impacts physiologiques	32
2.4.3. Effets psychologiques et désordres alimentaires	33
2.4.4. Risques associés à l'utilisation de médicaments et produits naturels pour la perte de poids	33
3. Analyse de l'offre de PSMA au Québec	35
3.1. Analyse des PSMA	35
3.1.1. Classification en 8 catégories des PSMA analysés	35
3.1.2. Critères de saine gestion de contrôle du poids	36
3.1.3. Résultats d'analyse	37
4. Conclusion	40
5. Réponses à des points spécifiques du renouveau législatif en matière de protection de la santé	41
Références - Partie I	58
Références - Partie II	63
Annexe I - Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel	68
Annexe II - Exemples de pratiques commerciales de l'industrie des préparations pour nourrissons	69
Annexe III - Recension des principales lignes directrices existantes en matière de saines pratiques de contrôle du poids	70
Annexe IV - Exemples de pratiques commerciales de PSMA	71

Avant-propos

L'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) remercie Santé Canada pour l'opportunité qui lui est offerte de présenter sa position sur la proposition législative élaborée dans le cadre du Renouveau législatif en matière de protection de la santé. Par cette vaste consultation, Santé Canada fournit l'occasion aux citoyens et aux organisations d'intérêt public de participer à l'élaboration de ce renouveau législatif et reconnaît ainsi leurs droits de participer aux décisions qui concernent leur santé.

L'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ)

L'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) est un organisme sans but lucratif, autonome et non gouvernemental qui regroupe des membres représentant un large éventail de disciplines et qui proviennent tant des sciences humaines et sociales que des sciences de l'éducation et du secteur communautaire. Elle accueille également des citoyens engagés et des corporations.

Créée en 1943, par les médecins, infirmières et ingénieurs sanitaires désireux de « promouvoir la santé publique », elle a été connue, jusqu'en 1975, sous le nom de « Société des hygiénistes de la Province de Québec ». Puis, à la disparition des unités sanitaires, elle a ouvert ses fenêtres au vent de réforme et à l'arrivée du mouvement de santé communautaire, elle a pris son nom actuel et a accueilli dans ses rangs des spécialistes en sciences sociales, ce qui l'a transformée profondément.

La mission de l'ASPQ est de constituer au Québec une ressource particulière pour améliorer la santé et le bien-être de la population en agissant sur leurs déterminants par des stratégies de prévention, de promotion et de protection. En tant que ressource non institutionnelle, elle agit en complémentarité et souvent en appui et en partenariat avec les ressources du réseau de la santé et des services sociaux, dont celles de Santé Canada. Dans le passé et jusqu'à nos jours, l'ASPQ a oeuvré dans l'animation de la concertation autour de problématiques négligées ou en émergence - tabagisme, humanisation des soins en périnatalité, allaitement, santé des femmes, obésité et préoccupation excessive à l'égard du poids, santé gaie, effet de la pauvreté sur la santé, développement social, etc. - et elle amène le débat sur la place publique. Elle se fait remarquer aussi par son appui au développement d'approches et de pratiques de santé publiques novatrices, tel que le développement du Réseau Villes et villages en santé, la légalisation de la pratique des sages-femmes ou les stratégies de développement des communautés ou de développement social. Elle joue un rôle d'agent de changement et entretient des liens avec les communautés de santé publique canadienne et internationale.

Cependant la contribution la plus spécifique de l'ASPQ, c'est la mobilisation sociale et la prise de position, publique ou autre, en appui aux politiques publiques favorables à la santé. Comme exemple, on peut citer le parrainage par l'ASPQ de la *Coalition québécoise pour le contrôle du tabac*, qui a joué et qui continue de jouer un rôle clé dans le processus de législation et de réglementation en ce domaine.

Ainsi, l'ASPQ répond à des consultations ou à des commissions parlementaires en produisant des mémoires traitant de problèmes de santé publique. Au fil des ans, outre les mesures législatives

contre le tabagisme, ces prises de position ont porté sur la Loi de la gouverne, la Loi de la santé publique, la législation pour le contrôle des armes à feu et la législation relative à la pratique des sages-femmes et à son organisation professionnelle. Ces documents de réflexion sont autant de moyens d'éducation et de sensibilisation pour la population que d'outils appréciables pour les décideurs croyons-nous.

Au niveau de ses valeurs, l'ASPQ attache une importance primordiale à la justice sociale et à l'équité dans le partage des ressources comme facteur de santé. Outre l'appui aux politiques publiques favorables à la santé, l'ASPQ contribue à la santé publique en favorisant l'émergence d'environnements propices à l'épanouissement du plein potentiel humain. Elle privilégie le développement et l'empowerment des communautés locales car elle croit en la capacité des personnes et des communautés de prendre en charge leur santé et leur bien-être. Elle fait la promotion de leur autonomie et du respect de leur droit à participer aux décisions qui les concernent, tout en visant le maintien d'un juste équilibre entre les droits individuels et les droits collectifs.

Le Renouveau législatif et un défi de taille

L'ASPQ voit dans le Renouveau législatif de Santé Canada en matière de protection de la santé un réel potentiel d'amélioration de la santé publique, en autant que les dispositions qui seront déterminées et les moyens déployés pour la mise en application de la loi soient à la mesure des valeurs qui y sont préconisées. Tel qu'avancé par la proposition législative, la santé et la sécurité de la population doivent être la motivation première de toutes les mesures prises en vertu de la nouvelle loi et l'un des défis particuliers propres à notre époque, est la protection de la population des épidémies industrielles.

« Les épidémies industrielles concernent les maladies ou les morts précoces (entre 15 et 70 ans) provoquées par la commercialisation licite ou illicite des produits dangereux pour la santé ou pour la vie, par des industries puissantes et organisées qui déploient des stratégies internationales, cohérentes et à long terme. »¹

Béatrice Majnoni d'Intignano, économiste

Dans un article publié par le Figaro, Raymond Barre commente l'ouvrage de Béatrice Majnoni d'Intignano, consacré notamment, à la santé en tant que facteur de développement et à la responsabilité des industries dans l'émergence de risques nouveaux. À ce propos, Raymond Barre note : « Les entreprises promeuvent leurs produits au nom de l'individualisme ou de la liberté, de la virilité, de la révolte contre l'autorité des parents. Elles encouragent, le tabagisme, l'alcoolisme, la drogue, l'obésité... Ainsi apparaissent ces "nouvelles épidémies industrielles" ».

En effet, considérons l'ampleur des dégâts causés par une seule industrie, celle des fabricants de tabac. Une hécatombe qui n'en finit plus de faire des victimes, bien que la situation s'améliore depuis l'adoption de la *Loi canadienne sur le tabac* en 1997 puis de la *Loi québécoise* en 1998. Ces lois visent notamment le contrôle d'une industrie dont l'intérêt premier est financier et dont les stratégies de marketing sont non seulement finement mises au point mais bénéficient de sommes d'argent faramineuses.

¹ Référence : Majnoni d'Intignano B. "Economie de la santé" (PUF), *Epidémies industrielles*.

L'intérêt économique des industries ainsi que leur puissance sont des enjeux de premier plan à considérer en matière de protection de la santé. Nous partons de la prémisse suivante : les buts lucratifs d'une industrie placent celle-ci en conflit patent d'intérêt avec la protection de la santé de la population. Par ailleurs, le pouvoir d'une industrie, en particulier son pouvoir de lobby, doit être considéré dans la promotion du droit de la société civile à participer aux processus décisionnels. L'examen par le public des mesures prises par le gouvernement en matière de sécurité doit bien sur être encouragé, tout comme son concours aux processus décisionnels, mais ceci doit se faire avec des moyens appropriés, en tenant compte de l'inégalité des forces pour tendre vers un certain équilibre.

Ce mémoire vise à démontrer la nécessité de légiférer de façon à assurer un meilleur contrôle de deux industries en particulier : l'industrie des préparations commerciales pour nouveaux-nés et celle des produits, services et moyens amaigrissants (PSMA). Les stratégies de marketing se raffinent et sont devenues un art. Les industries développent des moyens sophistiqués afin de mieux connaître sa clientèle, d'anticiper ses besoins (ou de les créer), de suivre l'évolution du marché et faire face à la concurrence. Assurément, le marketing joue un rôle fondamental dans la rentabilité d'une l'entreprise et il étend ses tentacules jusqu'aux confins des foyers. Le commerce électronique permet même de tout acheter sans se déplacer et en toute confidentialité, c'est un paradis pour les promoteurs de PSMA. Quand à elle, l'industrie des préparations lactées développe des bases de données pour constituer sa clientèle potentielle à qui elle diffuse ensuite ses cadeaux promotionnels et ses échantillons. Les grandes sociétés améliorent constamment leurs relations avec leurs clients en imaginant toujours de nouveaux moyens d'aller au-delà de leurs attentes et s'assurer leur fidélité. Par ailleurs la recherche sur leurs produits et sur ce qui entoure leur utilisation est très souvent financée par les industries elles-mêmes. Ces pratiques et ses objectifs d'augmentation de part du marché priment sur la protection de la santé de la population.

Les substituts du lait maternel

Notre recommandation s'articule autour du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (OMS) pour lequel nous demandons que la nouvelle Loi fédérale en matière de protection de la santé, donne force à tous ses articles. Le lait maternel est la norme de l'alimentation du nourrisson et on doit considérer les risques liés à tout autre type d'alimentation car aucun ne peut prétendre en être l'équivalent. L'alimentation artificielle du bébé comporte des risques significatifs pour sa santé et celle de sa mère et il faut les en protéger ; sans compter les risques encore inconnus à ce jour pour lesquels il faut appliquer le principe de précaution.

Par ailleurs, les pressions commerciales exercées par l'industrie peuvent avoir des effets négatifs sur le choix du mode d'alimentation que privilégiera la mère pour son nourrisson. Il faut des lois et des normes pour encadrer les pratiques commerciales de façon appropriée et ainsi, protéger la santé. Ces normes existent et sont réunies dans le Code en vertu duquel, tous les pays qui l'ont adopté et endossé (et le Canada en fait partie) doivent prendre les mesures nécessaires et appropriées pour donner plein pouvoir au Code, incluant l'adoption d'une législation, d'une réglementation ou d'autres mesures nationales appropriées. Une vingtaine de pays ont donné force de loi au Code dont la Norvège qui, avec d'autres mesures de soutien à l'allaitement, affiche un taux d'allaitement à la naissance de 99%.

Les produits, services et moyens amaigrissants (PSMA)

Avec l'augmentation de la prévalence de l'obésité et de l'excès de poids, se développe une industrie florissante, celle des PSMA (produits, services et moyens amaigrissants). La préoccupation excessive à l'égard du poids contribue également à la croissance de cette industrie. Or, non seulement les PSMA ne contribuent pas à soulager la population de son augmentation pondérale, mais ils participent plutôt à ce phénomène que nous n'hésitons plus à qualifier d'épidémie. L'excès de poids et l'obésité menacent la santé et le bien-être global de la population tout en entraînant des coûts majeurs pour nos systèmes de santé. En effet, la majorité des PSMA ne répondent pas aux critères retenus par les autorités de santé, pour une saine pratique de contrôle de poids.

Par ailleurs, la clientèle ciblée par l'industrie des PSMA est vulnérable et encline à recourir aux divers moyens qui s'offrent à elle pour se sortir d'un état très pénible, tant physiquement que psychologiquement. Les allégations sont alléchantes, les promesses donnent espoir, mais plus souvent qu'autrement, l'utilisation des PSMA mène à l'échec, elle peut accentuer les troubles alimentaires et entraîner une augmentation du poids supérieure au poids de départ. La législation canadienne en matière de protection de la santé doit protéger la population des pratiques commerciales de l'industrie de l'amaigrissement qui présente des produits pouvant porter atteinte à la santé et qui profite de la vulnérabilité de sa clientèle. L'industrie des PSMA doit être imputable de ses allégations, doit pouvoir démontrer l'innocuité de ses produits et un système de surveillance approprié doit être mis en place. Les mesures punitives actuellement dérisoires doivent être renforcées et tout comme doit l'être la responsabilisation des médias.

Partie I

La mise en marché des substituts du lait maternel

1. Quelques définitions

Afin de faciliter la compréhension du document, nous vous proposons les définitions suivantes pour les termes qui sont utilisés à maintes reprises dans le document.

Allaitement exclusif

Signifie que le nourrisson ne reçoit aucun aliment ni boisson autre que le lait maternel, pas même de l'eau. Le lait maternel exprimé et servi d'une autre façon qu'au sein (à l'aide d'un gobelet par exemple) est accepté de même que les médicaments et les gouttes de vitamines ou de sels minéraux, si nécessaire (adaptée de l'OMS, 1991).

Commercialisation ou mise en marché

Ensemble des techniques et méthodes ayant pour objet la stratégie commerciale dans tous ses aspects et notamment l'étude des marchés commerciaux (Le Robert Méthodique, 1990) ; y sont inclus la promotion, la distribution, la vente, la publicité d'un produit ainsi que les relations avec le public et les services d'information le concernant (OMS, 1981).

Préparation commerciale pour nourrissons

Substitut du lait maternel formulé industriellement, conformément aux normes applicables du *Codex Alimentarius*, pour satisfaire les besoins nutritionnels normaux du nourrisson jusqu' à l'âge de quatre à six mois et adapté à ses caractéristiques physiologiques (OMS, 1981). Des termes tels que « humanisé », « maternisé » ou tout autre terme similaire ne devraient pas être utilisés pour parler de ces produits.

Santé

« la capacité d'un individu ou d'un groupe d'une part, de réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et d'autre part, de modifier son environnement ou s'y adapter » (OMS 1978); ou « la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci » (Charte d'Ottawa, 1986); ou « la capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie » (MSSS, 1998 :11).

Substitut du lait maternel

Tout aliment commercialisé ou présenté de toute autre manière comme produit de remplacement partiel ou total du lait maternel, qu'il convienne ou non à cet usage (OMS, 1981). Les substituts du lait maternel incluent, entre autres, les préparations commerciales pour nourrissons.

2. Introduction

Tout parent désire ce qu'il y a de mieux pour le bien-être et la santé de son enfant. L'alimentation et les soins que celui-ci reçoit au cours des premières années de sa vie jouent un rôle crucial dans son développement. L'allaitement maternel est, et a toujours été, le mode d'alimentation normal pour le nourrisson; il lui permet d'atteindre un niveau optimal de santé, de croissance et de développement (AMS, 2001; AAP, 1997). Les préparations commerciales pour nourrissons, bien que souvent présentées comme étant comparables au lait maternel, ne constituent ni une alternative équivalente à celui-ci, ni même une qui s'en rapproche. D'ailleurs, la littérature scientifique regorge d'études qui démontrent les risques auxquels sont exposés les enfants qui ne sont pas allaités ou ceux qui reçoivent des préparations commerciales. Aussi, il est primordial que chaque parent puisse prendre des décisions éclairées pour tout ce qui a trait à la santé, au développement et à la sécurité de son enfant. Pour ce faire, il doit disposer d'information fiable, juste et complète qui ne soit pas influencée par des pratiques commerciales qui pourraient la teinter. Le Canada, tout comme quelques 160 autres pays dans le monde, a ratifié la *Convention relative aux droits de l'enfant*. Or cette Convention reconnaît non seulement à l'enfant le droit de jouir du meilleur état de santé possible et de recevoir une alimentation saine, mais elle y consigne aussi la responsabilité des États

« de faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein...et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information (article 24). »

C'est dans le cadre de cette responsabilité que le Canada a endossée que nous tenterons de convaincre de la nécessité de mieux contrôler les pratiques de mise en marché utilisées par les compagnies qui produisent et/ou distribuent des préparations commerciales pour nourrissons. Car tous conviendront que la santé et la sécurité de l'enfant et de sa mère, doivent toujours constituer une considération primordiale et doivent avoir préséance sur toute autre considération.

Au cours des dernières décennies, plusieurs initiatives ont été développées afin de contribuer à soutenir les femmes désireuses d'allaiter et à recréer une culture d'allaitement maternel. Ces stratégies visaient à contrer la baisse importante des taux d'allaitement observée au cours des années 60 dans diverses régions du monde et les conséquences négatives pour la santé qui y sont associées. Déjà en 1974, l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS), consciente du rôle particulier des pratiques de commercialisation des substituts du lait maternel dans la baisse des taux d'allaitement, demandait entre autres, aux pays membres, de réviser les pratiques de l'industrie et de les restreindre lorsque nécessaire. En 1979, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) furent mandatés, à la suite d'une conférence mondiale sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, pour rédiger un code de commercialisation à l'intention des industries de préparations commerciales pour nourrissons. En mai 1981, après deux années d'intenses négociations entre des représentants de gouvernements, d'organisations du système des Nations Unies, d'organismes intergouvernementaux,

d'organisations non gouvernementales, de l'industrie des aliments pour nourrissons et d'experts de disciplines connexes, l'AMS adopta le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* (ci-après appelé 'le Code') sous forme d'une recommandation dans sa Résolution 34.22. Ce Code devint alors le premier outil à l'échelle internationale visant à protéger l'allaitement maternel par l'encadrement des pratiques de commercialisation des substituts du lait maternel. À ce jour, il est endossé par 166 pays dont le Canada. Au niveau mondial, le lait maternel est le seul aliment pour lequel il existe un tel code de conduite ce qui montre bien son importance

Par la suite, d'autres outils de portée mondiale se sont ajoutés au Code en vue de renforcer la promotion et la protection des pratiques alimentaires appropriées pour les nourrissons et les jeunes enfants, principalement en ce qui a trait à l'allaitement maternel. Parmi ceux-ci, mentionnons :

- les Résolutions subséquentes au Code qui y réfèrent (1986, 1994, 1996, 2001);
- la Convention relative aux droits de l'enfant (1989);
- les Dix conditions pour le succès de l'allaitement (1989);
- la Déclaration d'Innocenti (1990);
- l'Initiative des hôpitaux amis des bébés (1992);
- les Conventions et Recommandations de l'Organisation internationale du Travail (OIT) sur la maternité (1952 et 2000) ;
- l'Initiative Amis des Bébé (1998) ;
- et la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (2002).

Toutes ces initiatives sont inter-reliées et se complètent. Afin qu'elles portent fruit, les gouvernements doivent avoir une position ferme et non-équivoque envers elles et adopter des mesures concrètes pour les appuyer. Leur plein succès exige le respect du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*. Puisque le gouvernement est la seule entité habilitée à exercer un contrôle réel sur ces pratiques de commercialisation il a le devoir de les encadrer afin qu'elles ne se fassent pas au détriment de la santé des nourrissons et des mères. Nous demandons donc que la nouvelle Loi fédérale en matière de protection de la santé inclue et donne force à tous les articles du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*.

3. L'allaitement maternel : la norme pour l'alimentation des nourrissons

L'allaitement maternel est le mode d'alimentation normal pour le nourrisson. Il lui permet d'atteindre un niveau optimal de santé, de croissance et de développement (AMS, 2001; AAP, 1997). Les bénéfices de l'allaitement au sein sont multiples. Les enfants, les mères, les familles et la société dans son ensemble profitent de ses bienfaits sur les plans de la santé, de la nutrition, de l'immunité, de la psychologie, de l'économie et de l'environnement (ADA, 2001). L'allaitement devrait être exclusif pendant les six premiers mois de la vie de l'enfant et poursuivi par la suite avec des aliments de complément appropriés jusqu'à deux ans et même au delà (AMS, 2001; Kramer et Kakuma, 2004; Naylor et Morrow, 2001). Soulignons également que les effets protecteurs de l'allaitement maternel sont souvent fonction de l'exclusivité de l'allaitement et de sa durée (effet dose-réponse). Ainsi, plus la durée de l'allaitement augmente et plus il est exclusif pendant les six premiers mois, plus grande est la protection qu'il confère, et vice-versa.

« L'enfant nourri au sein est la référence, ou le modèle normatif, contre lequel tous les autres modes d'alimentation doivent être mesurés quant à la croissance, la santé, le développement, et tout autre résultat à court ou à long terme. » (Traduction libre, AAP, 1997 : 1035).

Le lait maternel doit être considéré comme la norme de l'alimentation du nourrisson. Ainsi, il est plus juste de parler non pas des avantages de l'allaitement maternel mais plutôt des inconvénients et des risques liés aux autres modes d'alimentation.

4. Les préparations commerciales pour nourrissons

Les préparations commerciales pour nourrissons ont fait leur apparition il y a un peu plus d'un siècle. Dans la majorité des cas, les compagnies utilisent le lait de vache comme substrat pour ces préparations. Le lait de soja est aussi utilisé dans une moindre mesure. Pourtant, la composition des laits de vache et de soja est très différente de celle du lait humain (protéines et acides aminés, lipides et acides gras, glucides, minéraux, éléments vivants, etc.). L'industrie doit donc effectuer de nombreuses opérations et manipulations dans le but de tendre vers la composition du lait maternel. Malgré les efforts soutenus de l'industrie, les préparations commerciales sont loin d'être similaires au lait maternel. Entre autres,

- elles contiennent plus de protéines que le lait maternel, mais pas les mêmes; ni les mêmes acides aminés; pas les mêmes acides gras;
- elles ne contiennent aucune cellule immunocompétente, ni ne contiennent d'anticorps humains, d'enzymes, d'hormones;
- elles contiennent certains éléments en quantité beaucoup plus grande que celle retrouvée dans le lait maternel, dont entre autres le fer, l'aluminium, le cadmium, le manganèse, les phytoestrogènes (formules à base de soja).

De plus, puisque la composition du lait maternel a la propriété de s'adapter aux besoins changeant des nourrissons, elle devient pratiquement impossible à reproduire. L'industrie n'a donc d'autres choix que de tenter de fabriquer un lait dont la composition est semblable à une valeur « moyenne » du lait maternel et ce pour les composantes qui peuvent être incluses, soit bien moins de la moitié des composantes retrouvées dans le lait maternel. Ce lait moyen ne peut pas répondre adéquatement aux besoins variables des nourrissons. Cela n'est pas banal puisque, pour la majorité des nourrissons qui ne sont pas allaités, les préparations commerciales constituent le seul aliment qu'ils reçoivent pendant cette période déterminante de leur vie.

4.1 Les risques pour la santé associés au non-allaitement et à l'utilisation des préparations commerciales pour nourrissons

Une abondante littérature documente les risques pour la santé des enfants liés au non-allaitement (AAP, 1997; Davis, 2001; MSSS, 2001; Scariati et al., 1997; Kramer et Kakuma, 2004; Naylor et Morrow 2001; Bachrach et al., 2003). En comparaison avec les enfants allaités, ceux nourris avec des préparations commerciales ont un plus grand risque de développer des maladies aiguës et chroniques. Des études effectuées dans divers pays industrialisés indiquent que le non-allaitement augmente l'incidence et la sévérité de plusieurs maladies.

Non-allaitement des bébés: *incidence et sévérité accrue* de :

Diarrhée

Certaines infections des voies respiratoires inférieures

Oïtes moyennes

Bactériémies

Méningites bactériennes

Botulisme

Infections urinaires

Entérocolite nécrosante

Non-allaitement des bébés: *possibilité* de risque accru de :

Diabète insulino-dépendant

Maladie de Crohn

Colite ulcéreuse

Lymphome

Leucémie infantile aiguë

Allergies

Syndrome de mort subite du nouveau-né

De plus, l'utilisation des préparations commerciales pour l'alimentation des nourrissons prive ceux-ci de plusieurs autres bénéfices associés à l'allaitement maternel tels qu'une incidence plus faible d'obésité (AAP, 2003; ICIS, 2004) et de maladies cardio-vasculaires (OMS, 2003). Les nourrissons qui reçoivent des préparations commerciales pourraient également avoir un développement cognitif sub-optimal en comparaison avec ceux nourris au sein (p.ex. : Anderson et al., 1999; Horwood et Ferguson, 1998; Mortensen et al., 2002).

L'utilisation des préparations commerciales pour nourrissons ajoute d'autres risques à ceux liés au non-allaitement. En effet, les nourrissons qui reçoivent ces préparations sont davantage à risque d'être exposés à des métaux lourds et des contaminants provenant des bouteilles de plastiques et des tétines (IBFAN, 2004). Cela pose également les problèmes d'un risque accru relié à des erreurs de mesure ou d'ingrédients et à la présence de contaminants chimiques ou bactériens lors de la fabrication (Walker, 1993), ce qui peut entraîner des conséquences graves et même la mort. Des cas récents nous en ont malheureusement apporté la preuve.

Au Canada, soulignons le rappel actuel d'un lot du produit Enfalac Pregestimil de la compagnie Mead Johnson (ACIA, 2004). Le format de la cuillère qui accompagne le produit pourrait être inadéquat ce qui pourrait rendre la préparation trop concentrée si elle est préparée selon les indications inscrites sur l'étiquette et entraîner des problèmes médicaux graves dont la diarrhée et la déshydratation.

En Belgique, un enfant né à terme et en santé et nourri avec la préparation pour nourrissons Beba de Nestlé est décédé en 2002 après avoir contracté la bactérie *Enterobacter Sakazakii* (ICDC, 2003a). Cette bactérie a la capacité de survivre dans le lait en poudre et peut causer

des septicémies, des méningites et des entérocolites nécrosantes. D'ailleurs, le problème des microorganismes pathogènes dans les préparations commerciales, tel *Enterobacter Sakazakii*, est pris très au sérieux et est considéré comme une question émergente de santé publique (OMS, 2004).

Aussi, en novembre 2003, l'OMS a émis un avertissement concernant l'utilisation en Israël d'une préparation pour nourrissons à base de soja appelé Remedia Super Soy de la compagnie allemande Humana. Cette préparation ne contenait pas la quantité de thiamine annoncée sur l'étiquette; elle aurait induit une carence aiguë affectant 15 enfants et causant deux morts (ICDC, 2003b). Enfin, des erreurs potentielles de la part des utilisateurs dans la préparation des produits vendus sous forme concentrée s'ajoutent aux risques déjà mentionnés.

« Il faut attirer l'attention sur le fait que l'introduction et la commercialisation des substituts du lait maternel et l'expansion explosive de l'alimentation artificielle des enfants sont un exemple extraordinaire d'une grande expérience *in vivo* faite sans protocole de recherche et sans groupe témoin. »
(Traduction libre, Hambraeus, 1977 : 17)

L'utilisation des préparations commerciales pour l'alimentation des nourrissons entraîne également des conséquences pour la santé des femmes en les privant des bénéfices reliés à l'allaitement maternel (MSSS, 2001; Dermer, 1998; Labbok, 2001). Ainsi, les femmes qui n'allaitent pas ont un plus grand risque d'hémorragie post-partum (Chua et al., 1994). Elles présentent également une augmentation des risques de cancer du sein en période de pré-ménopause (Newcomb et al., 1994; Helewa et al., 2002; Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2002), de cancer des ovaires et de l'utérus (Roseblatt et Thomas, 1993; Newcomb et Trentham-Dietz, 2000) ainsi que de fractures de hanche liées à l'ostéoporose (Cumming et Klineberg, 1993). Les femmes qui n'allaitent pas ne bénéficient pas non plus de la modeste perte de poids et de gras corporel qui accompagne souvent l'allaitement maternel (Winkvist et Rasmussen, 1999; Dewey et al., 1993; Kac et al 2004).

Au Canada, les résultats de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) indiquent que le taux d'allaitement à la naissance² a augmenté passant de 75,1% en 1994-1995 à 81,9% en 1998-1999 (Dzakpasu, 2003). Ceci montre que les efforts faits pour promouvoir l'allaitement maternel portent fruit. Par contre, la durée de l'allaitement a peu augmenté indiquant que des efforts supplémentaires sont nécessaires pour soutenir les femmes qui allaitent et pour protéger l'allaitement maternel. À 3 mois, la proportion d'enfants non-allaités, et donc d'enfants et de mères privés des bénéfices de l'allaitement maternel, atteint 37% ce qui n'est pas négligeable. De plus, le risque n'est pas distribué également sur le territoire canadien. Les taux et la durée de l'allaitement maternel varient considérablement d'une province à l'autre; la Colombie-Britannique affichant les valeurs les plus élevées et les provinces de l'Atlantique, les plus faibles.

L'alimentation artificielle du nourrisson affecte significativement la santé des mères et des bébés.

² Les données de l'ELNEJ pour les territoires n'étaient pas disponibles.

4.2 Des risques coûteux pour tous

Du point de vue économique, le non-allaitement et l'utilisation des préparations commerciales pour l'alimentation des nourrissons engendrent des coûts importants pour :

- les parents (préparations commerciales, temps, médicaments, etc.);
- les employeurs (absentéisme au travail, perte de productivité, primes d'assurances, etc.);
- les services de santé (traitement des otites et gastro-entérites, hospitalisations, etc.);
- les services sociaux et éducatifs (coûts associés au déficit intellectuel ou social, etc.);
- et l'environnement (traitement des déchets additionnels, effets des déchets sur l'environnement, etc.) (Ball et Bennett, 2001; AAP, 1997).

À tout cela s'ajoutent les coûts émotionnels incalculables liés à la souffrance d'un bébé malade.

Une étude réalisée dans la région de Lanaudière (au Québec) a permis d'estimer que le coût moyen de surutilisation des services de santé par enfant non allaité se chiffrait à 160,01\$ en 1998 (Guillemette et Badlissi, 2001). Ce chiffre ne couvre que les coûts associés aux consultations médicales, à l'hospitalisation et aux médicaments pour les trois principales pathologies qui affectent les enfants au cours de leur première année de vie soient les gastro-entérites, les otites moyennes et les maladies respiratoires (bronchiolite, bronchite, pneumonie, etc.). Cette même étude permet également d'estimer qu'il aurait été possible d'épargner 5 millions de dollars en soins de santé en 1998 si 60% des enfants nés dans la province de Québec avaient été allaités exclusivement durant 3 mois.

Ces résultats vont dans le même sens que ceux de plusieurs autres études réalisées dans des pays industrialisés (p.ex. : Ball et Wright, 1999; Drane, 1997; Riordan, 1997; Tuttle et Dewey, 1996; Weimer, 2001). Si de telles économies sont possibles au niveau provincial, en tenant compte seulement des coûts reliés au services de santé, pour un nombre très limité de pathologies affectant les nourrissons et sans considérer les coûts de santé pour les mères, nous pouvons aisément figurer que des économies substantielles seraient possibles à l'échelle du Canada

5. Protéger le droit à la santé

Les études citées plus haut ne sont que quelques-unes de celles qui constituent les bases scientifiques relatives aux risques associés au non-allaitement et à l'utilisation des préparations commerciales, tant pour la santé et le développement des nourrissons que pour la santé de leur mère. Bien qu'il n'ait pas été possible jusqu'à présent d'apporter des preuves irréfutables de l'augmentation de l'incidence et de la sévérité pour *toutes* les pathologies citées précédemment, nous devons être prudent afin de ne pas mettre en péril la santé de ceux-ci. Plus encore, des découvertes futures pourraient mettre en évidence d'autres bénéfices liés à l'allaitement maternel ainsi que d'autres impacts négatifs associés au non-allaitement qui sont encore inconnus à ce jour. Pour toutes ces raisons, il est primordial que la Loi sur la protection de la santé au Canada se base sur le principe de précaution en ce qui concerne les modes d'alimentation des nourrissons.

Également, cette loi doit donner aux femmes désireuses d'allaiter toutes les chances de réussir à le faire, soit reconnaître et faciliter le respect du droit :

➤ des femmes d'allaiter :

« ... il faudrait que chaque femme ait la *possibilité* de nourrir son enfant au sein exclusivement... » (Déclaration d'Innocenti, 1990);

➤ de l'enfant à la santé et à une alimentation saine (Convention relative aux droits de l'enfant, 1989; article 24);

➤ à l'information sur l'allaitement :

Il en va de la responsabilité des États de prendre les mesures appropriées pour « faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein...et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information » (Convention relative aux droits de l'enfant, 1989; article 24).

6. Les déterminants des comportements relatifs à l'alimentation du nourrisson

Afin de promouvoir des comportements optimaux d'alimentation du nourrisson, il est nécessaire d'intervenir non seulement au niveau individuel de la mère, mais également au niveau de la famille et de la société afin de changer l'environnement dans lequel s'opèrent les comportements liés aux modes d'alimentation des nouveaux-nés (Lutter, 2000).

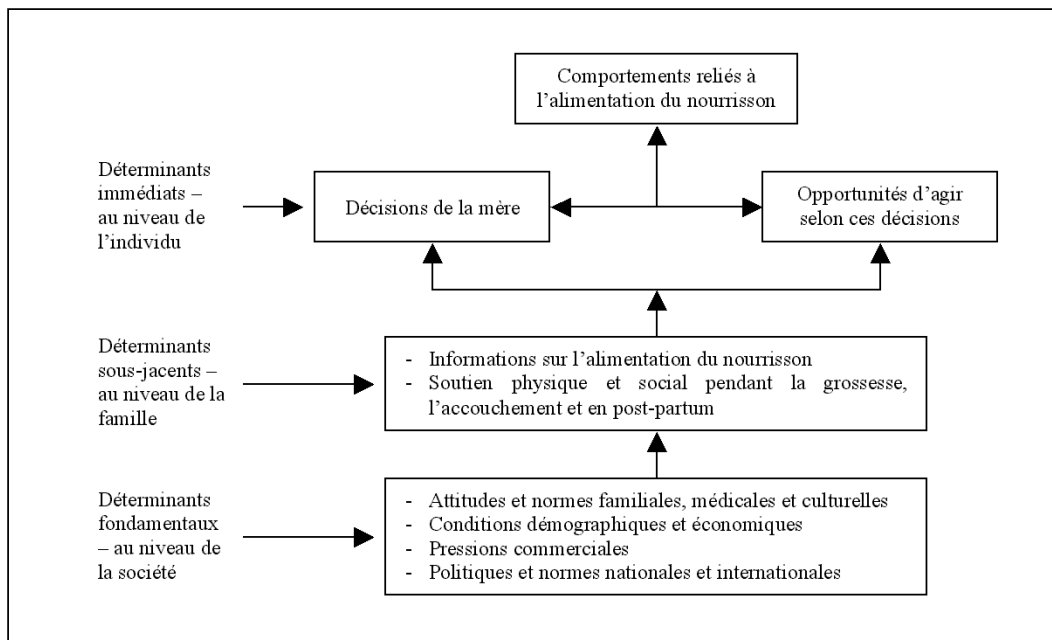


Figure 1 : Modèle des comportements d'alimentation des nourrissons (adapté de Lutter, 2000)

Ainsi, pour qu'un enfant soit mis au sein et allaité d'une manière considérée comme optimale, la mère doit pouvoir prendre une décision éclairée et avoir la possibilité d'agir selon cette décision (Figure 1). Ce sont les déterminants immédiats du comportement éventuel de la mère. Les deux doivent être présents pour que l'allaitement ait lieu, et ils sont à leur tour influencés directement par l'information que la mère reçoit concernant l'alimentation de son enfant et par le soutien physique et social qu'elle reçoit pendant la grossesse, l'accouchement et en post-partum. Ces facteurs sous-jacents sont à leur tour influencés par les attitudes et les normes familiales, médicales et culturelles, les conditions démographiques et économiques, les pressions commerciales ainsi que les politiques et les normes nationales et internationales.

Les pressions commerciales exercées par l'industrie peuvent ainsi avoir des effets négatifs sur tout ce système qui mène au mode éventuel d'alimentation de chaque nourrisson. Des lois et des normes qui encadreraient ces pratiques de façon appropriée influenceront positivement l'environnement dans lequel s'opèrent ces comportements et protégeront la santé.

7. Quelques exemples de pratiques commerciales et leurs impacts

Malgré les risques connus et bien documentés pour la santé des nourrissons non-allaités et de leur mère, ainsi que les coûts considérables qui y sont associés, l'industrie des préparations commerciales se porte bien. En effet, le marché mondial des préparations commerciales pour nourrissons représentait près de 11 milliards de dollars américains en 2001 (Euromonitor International, 2001). Pour maintenir leur place sur ce marché où la concurrence est très forte, les compagnies utilisent habilement divers moyens afin de promouvoir leurs produits : publicité directe, allégations sur les étiquettes, échantillons gratuits, commandites, etc. Malheureusement, cette compétition ne se fait pas seulement entre les différentes compagnies mais également entre l'allaitement maternel et l'alimentation artificielle (p.ex. : Howard et al., 2000; Donnelly et al., 2004).

7.1 Publicité directe

Les compagnies de préparations commerciales et d'aliments pour bébés nous bombardent de publicité de toute sorte : dépliants, vidéos, émissions publicitaires payées, publicité dans des magazines, site Internet, clubs pour bébés (« baby clubs ») et autres. Les compagnies rejoignent aussi directement les femmes enceintes ou les nouvelles mamans à travers leur participation à des salons de la maternité et de la paternité (« baby expos ») où elles prétendent jouer un rôle éducationnel en les renseignant sur les modes d'alimentation des nourrissons. Elles peuvent également entrer en contact avec les parents par la poste après avoir obtenus leurs coordonnées de façon directe ou indirecte (p. ex. : suite à l'achat de jouets ou de vêtement de maternité).

Toute cette publicité vise à promouvoir les produits de chacun par rapport à ceux de ses concurrents et aboutit dans le processus à idéaliser l'alimentation artificielle. Plusieurs de ces publicités contiennent des informations désuètes concernant l'allaitement au sein (Valaitis et al., 1997). D'autres, bien qu'à jour, recommandent l'allaitement maternel mais sans grande conviction ou encore en insistant sur les contraintes que la mère doit s'imposer ainsi que sur les problèmes et les difficultés qui peuvent y être reliés. Plus inquiétant encore, les compagnies ciblent également les mères qui allaitent (Sterken, 2002). Par exemple, la compagnie Ross par l'intermédiaire d'un envoi postal leur suggère d'introduire un biberon de lait artificiel même si elles désirent poursuivre l'allaitement. Toutefois, la compagnie n'informe pas les mères que cette pratique peut nuire à leur production de lait et compromettre la durée de l'allaitement au sein (Howard et al., 2003). Ces pratiques publicitaires partisans contribuent à créer de la confusion chez les mères et peuvent les induire en erreur.

Publicité directe : le cas SMA au Royaume-Uni

En juillet 2003, SMA Nutrition, filiale de la compagnie Wyeth, un des plus grand fabricant de préparations commerciales pour nourrissons, a été reconnue coupable de six infractions pour avoir fait de la publicité illégale directement aux consommateurs. La loi du Royaume-Uni stipule qu'aucune publicité concernant les préparations pour nourrissons pour les bébés jusqu'à six mois ne peut être faite directement auprès du public. Pourtant, la compagnie a fait paraître une

publicité dans six magazines destinées aux parents de jeunes enfants. Cette publicité recommandait aux parents de rechercher quatre ingrédients spécifiques lorsqu'ils choisissaient une préparation commerciale. Cependant, la seule préparation qui répondait à ces critères à ce moment était la préparation SMA Gold. La compagnie s'est défendue en prétendant qu'il ne s'agissait pas de publicité mais plutôt d'information, ce qui est permis par la loi du Royaume-Uni. Le juge Ross qui présidait la Cour n'était pas de cet avis. Il a affirmé que la compagnie a « délibérément dépassé les limites en faisant de la publicité auprès d'une partie vulnérable de la population » et a condamné la SMA Nutrition à payer une amende équivalente à 37 200 Euros. (Traduction libre, Laurent, 2003 : 307)

7.2 Étiquetage et allégations de santé

Les étiquettes des préparations commerciales pour nourrissons sont également exploitées pour faire de la promotion. Elles arborent dans la majorité des cas des images qui visent l'idéalisation du produit : des cœurs pour Bon Départ (Nestlé), des lapins qui donnent un biberon à leur petit pour Similac Advance (Ross), des jouets pour SMA (Nestlé), etc. Les compagnies d'aliments pour bébés exploitent la même technique; par exemple, Pablum et Heinz utilisent des visages de bébé en santé, et souvent plus jeunes que l'âge de six mois, sur les emballages de leurs produits.

Pour bien informer les mères concernant l'alimentation des nourrissons, les compagnies devraient toujours mentionner, et ce bien à la vue, que le lait maternel est le meilleur aliment pour les nourrissons. Toutefois, cette mention n'est malheureusement pas toujours présente. Ou lorsque cette mention est faite, il s'agit généralement d'un énoncé en lettres minuscules à l'endroit le moins visible de l'étiquette. De plus, toutes les compagnies devraient, dans le but de donner une information juste et complète, inclure un avertissement sur les risques et les coûts liés à l'alimentation artificielle ce qui n'est pas fait présentement.

L'étiquetage actuel amène aussi un risque de confusion quant à l'âge approprié pour l'introduction des aliments pour bébés. Le cas des céréales Milupa nous le démontre bien : la compagnie commercialise ses produits « par étape » où l'étape 3 indique « À partir de 6 mois » ce qui laisse sous-entendre que d'autres produits céréaliers (ceux des étapes 1 et 2) pourraient être introduits avant cet âge. Rappelons que l'introduction des aliments autres que le lait n'est pas recommandée avant l'âge de 6 mois (AMS, 2001; Kramer et Kakuma, 2004; Naylor et Morrow, 2001).

Certaines compagnies ont également recours à des allégations qui peuvent induire les parents en erreur quant aux caractéristiques, à la valeur, à la sécurité et à l'efficacité des préparations commerciales pour nourrissons en regard du lait maternel. Par exemple, le lait Bon Départ (Nestlé) porte la mention « plus facile à digérer » ce qui pourrait laisser sous-entendre qu'il est plus facile à digérer que le lait maternel. La compagnie Mead Johnson, pour sa part, fait la promotion de sa préparation Enfamil A+ avec des mentions telles que : « Par sa composition, Enfamil A+ est notre préparation qui se rapproche le plus du lait maternel. » ainsi que « La seule préparation pour nourrissons qui a démontré, lors d'études cliniques, qu'elle entraîne des résultats plus élevés lors de l'évaluation du développement mental précoce chez les bébés. ».

Les publicités affichées en avril 2004 au Salon de la maternité, paternité, enfants de Montréal, déclaraient « Conçu pour le développement mental, éveille son esprit ». De telles allégations ne peuvent qu'interférer dans la décision des parents quant à l'alimentation de leur bébé. Plus

insidieux, ce message peut amener la mère désireuse d'allaiter à opter pour l'alimentation mixte pour vraiment donner tout ce qu'il y a de meilleur pour son enfant. Soulignons que la préparation commerciale Enfamil A+ est vendue à un prix de 20 à 30 % plus élevé que les autres préparations du même fabricant ainsi que celles de ses concurrents. Par ailleurs, selon une enquête menée par le magazine Marketplace de la CBC, l'étude ayant permis ces allégations a été faite sur seulement 56 bébés nourris durant 17 semaines avec différentes formules de Mead Johnson. Un an plus tard, les bébés nourris avec Enfamil A+ auraient démontré un mois d'avance dans leur développement comparativement à ceux nourris aux autres formules. Aucune étude à plus long terme n'a été faite et aucun groupe témoin de bébés allaités au sein n'a été étudié.

7.3 Échantillons gratuits, rabais, et autres promotions

Autres pratiques courantes, des échantillons et des coupons-rabais sont remis aux futurs ou nouveaux parents afin de les fidéliser à un produit particulier. Ces échantillons peuvent leur être remis directement par des représentants lors de divers salons ou encore par des professionnels de la santé en qui ils ont confiance. Un autre moyen utilisé par les compagnies, par exemple Nestlé, est d'offrir un abonnement à un magazine et d'envoyer des « coupons intéressants et des échantillons » par la même occasion. Les parents peuvent aussi recevoir des coupons-rabais ou des cadeaux avec l'achat de préparations commerciales d'une compagnie toujours dans le but de les convaincre d'acheter ses produits. Cependant, ils ne seront jamais informés des risques auxquels la mère et le bébé seront exposés s'ils les utilisent. Également, plusieurs mères reçoivent directement à l'hôpital ou au centre de santé des paquets-cadeaux contenant des échantillons de préparations commerciales pour nourrissons ou encore du matériel promotionnel de compagnies. Une revue de neuf études nord-américaines randomisées indique que ces pratiques peuvent réduire l'exclusivité de l'allaitement maternel (Donnelly et al., 2004).

7.4 Information aux professionnels de la santé et commandites

Les compagnies de préparations commerciales pour nourrissons ciblent aussi les professionnels de la santé. En effet, les informations qu'elles leur présentent ne sont pas seulement factuelles mais aussi promotionnelles. De plus, les compagnies cherchent à être endossées par des professionnels de la santé (médecins, diététistes, infirmières, etc.) qui sont perçus comme des sources crédibles d'information sur l'alimentation des enfants. Par leurs méthodes, elles amènent ces derniers à présenter l'alimentation artificielle comme étant équivalente à l'allaitement maternel. Les compagnies tentent également de séduire les professionnels de la santé en offrant des commandites importantes pour des événements reliés à la santé (p. ex. des conférences) ou encore par des publicités dans des revues médicales. Ceci place les professionnels de la santé en situation de conflit d'intérêt, tout comme le sont les compagnies, et peut avoir des conséquences déplorables sur la santé des nourrissons et des mères. Cette situation peut même aller jusqu'à contrevenir aux divers codes de déontologie régissant la pratiques de ces professionnels.

Somme toute, les moyens utilisés par l'industrie pour promouvoir les préparations commerciales ont pour effet de discréditer l'allaitement au sein et d'idéaliser l'alimentation artificielle. De plus, les messages, souvent subtils, utilisés par l'industrie amènent les mères à douter de leur habileté à

allaiter. Rappelons que ces pressions commerciales font partie des déterminants fondamentaux des comportements d'alimentation des nourrissons (Figure 1) et c'est ainsi qu'elles en viennent à influencer négativement la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel. Puisque le non-allaitement et l'utilisation des préparations commerciales pour nourrissons peuvent entraîner des conséquences graves pour la santé des nourrissons et de leur mère, la Loi fédérale en matière de protection de la santé doit encadrer les pratiques commerciales de l'industrie afin que celles-ci ne nuisent pas à l'allaitement maternel et protègent réellement la santé.

8. Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

Le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* (Annexe I) a été élaboré dans le but

« de contribuer à procurer aux nourrissons une nutrition sûre et adéquate en protégeant et en encourageant l'allaitement maternel et en assurant une utilisation correcte des substituts du lait maternel, quand ceux-ci sont nécessaires, sur la base d'une information adéquate et au moyen d'une commercialisation et d'une distribution appropriées. » (article 1 du Code).

Ainsi, le Code n'interdit ni la production ni la vente des substituts du lait maternel; il vise plutôt à encadrer leur commercialisation afin de ne pas nuire à l'allaitement au sein.

« L'industrie de l'alimentation infantile, par exemple, a un rôle à jouer dans la nutrition des bébés, celui de proposer des produits de qualité et à des prix raisonnables pour la minorité de bébés qui en a besoin. » (Judith Richer, 2002 : 9)

Le Code s'applique à la commercialisation et aux pratiques relatives aux produits suivants : substituts du lait maternel, y compris les préparations pour nourrissons; autres produits lactés, aliments et boissons lorsqu'ils sont commercialisés ou présentés de toute autre manière, avec ou sans modification, pour remplacer partiellement ou totalement le lait maternel, de même qu'aux biberons et aux tétines.

Le Code a été adopté et endossé par les ministres de la santé des pays membres de l'AMS et leurs conseillers comme un **standard minimum** pour protéger les pratiques saines en matière d'alimentation du nourrisson et de l'enfant en bas âge. Il s'applique à tous les pays à travers le monde. Aussi, les Résolutions subséquentes de l'AMS qui y réfèrent (1986, 1994, 1996, 2001) ont le même statut. Bien que moins contraignantes qu'un traité ou une convention, les Résolutions de l'AMS « ont un poids moral et politique puisqu'elles constituent le jugement, sur un enjeu de santé, émanant de l'ensemble des membres de l'organisme suprême dans le domaine de la santé » (Traduction libre, Shubber, 1985 : 884).

En vertu de l'article 11 du Code, chaque pays doit prendre les mesures nécessaires et appropriées pour donner plein pouvoir au Code. Les gouvernements sont appelés à « prendre des mesures pour donner effet aux principes et au but du [présent] Code, eu égard à leurs structures sociales et législatives, y compris par l'adoption d'une législation, d'une réglementation ou d'autres mesures nationales appropriées » (Résolution 34.22, article 11.1). Jusqu'à présent, 25 pays ont inclus dans leur cadre législatif la majorité des articles du Code et des Résolutions subséquentes de l'AMS qui y réfèrent (UNICEF, 2003).

Résumé du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1981

En résumé, le Code comprend les 10 importantes dispositions qui suivent :

1. Interdire la promotion des laits artificiels, tétines ou biberons auprès du grand public.
2. Interdire la distribution d'échantillons gratuits aux femmes enceintes ou aux parents.
3. Interdire la promotion de ces produits dans le système de soins de santé (pas d'échantillons ni d'approvisionnement gratuits).
4. Interdire le recours à du personnel payé par les fabricants pour donner des conseils aux parents.
5. Interdire la distribution de cadeaux et d'échantillons personnels aux professionnels de la santé.
6. Interdire la promotion d'aliments commerciaux pour bébés comme les solides en pots, les céréales, les jus, l'eau embouteillée afin de ne pas nuire à l'allaitement exclusif.
7. Exiger que chaque emballage ou étiquette mentionne clairement la supériorité de l'allaitement au sein et comporte une mise en garde contre les risques et le coût de l'alimentation artificielle.
8. S'assurer que les fabricants et les distributeurs fournissent aux professionnels de la santé une information scientifique et se limitant aux faits.
9. S'assurer que tous les produits sont de bonne qualité, que la date limite de consommation y est indiquée, et que les emballages ne comportent pas des termes comme « humanisé » ou maternisé ».
10. Afin d'éviter les conflits d'intérêt, faire en sorte que les professionnels de la santé, qui travaillent auprès des nourrissons et des jeunes enfants ne reçoivent pas de soutien financier des compagnies de produits alimentaires pour bébés (ex. : vacances, invitations à des congrès, etc.).

(Adapté de MSSS, 2001)

En endossant le Code, le Canada s'est engagé à protéger la santé des nourrissons et des jeunes enfants en mettant de l'avant des structures nationales, sociales et législatives pour protéger l'allaitement et en encadrant la commercialisation des substituts du lait maternel. Pour y arriver, il ne suffit pas de se prononcer en sa faveur, il faut aussi prendre des mesures pour en faciliter et assurer le respect complet.

8.1 L'approche du Canada face au Code

Jusqu'à présent, le Canada a choisi l'auto-réglementation volontaire par l'industrie comme moyen « d'encadrer » la commercialisation des substituts du lait maternel. Cette approche est beaucoup moins contraignante pour l'industrie que ne le serait une modification des lois du pays. En 1987, la Canadian Infant Formula Association (CIFA), en collaboration avec le gouvernement canadien, introduit son propre code de pratique. Ce code du CIFA reflète en quelque sorte l'interprétation que fait l'industrie du Code. Plusieurs différences peuvent être observées, entre autres, le code de pratique du CIFA n'interdit pas la publicité directe faite aux femmes enceintes ou aux nouvelles mamans, ni la distribution d'échantillons de préparations

commerciales, ni l'utilisation d'images idéalisant l'alimentation artificielle. En agissant ainsi, l'industrie contrevient au Code et peut nuire à la santé des nourrissons et de leur mère en minant l'allaitement maternel. De plus, des observations faites sur une période de 18 mois par INFACT Canada ont révélé que les membres de la CIFA violaient leur propre code de pratique (Sterken, 2002). En tout, 40 violations ont été présentées par le Dr. Jack Newman, président du conseil d'administration de INFACT Canada, au Président de la CIFA, M. Marion Antoniak, sans qu'aucune investigation ou action quelconque ne soit entreprise par la suite. Cet exemple montre bien les lacunes de l'approche actuelle d'auto-réglementation de l'industrie instaurée par le gouvernement canadien.

9. Loi fédérale en matière de protection de la santé

Le présent renouveau législatif concernant la santé est une opportunité pour le Canada de respecter les engagements qu'il a pris envers les Canadiens en endossant et en ratifiant les diverses ententes internationales relatives à l'allaitement maternel et au droit des enfants à la santé. Pour les parents, la décision quant au mode d'alimentation de leur bébé ne se résume pas à une simple alternative de style de vie. L'allaitement maternel est le mode d'alimentation normal pour les nourrissons et les jeunes enfants. Il est donc essentiel de créer un environnement qui y soit favorable afin de protéger la santé et le développement des nourrissons de même que la santé de leur mère. Ceci nécessite le renforcement de la « culture d'allaitement » et sa défense vigoureuse contre les incursions de la « culture du biberon ».

Jusqu'à présent, les efforts pour promouvoir l'allaitement donnent des résultats encourageant puisque les taux à la naissance sont en progression au Canada. En effet, la majorité des mères au Canada optent maintenant pour l'allaitement à la naissance. Cependant, un grand nombre d'entre elles ont cessé d'allaiter avant que leur bébé soit âgé de six mois. Les raisons évoquées réfèrent le plus souvent à des difficultés qu'elles percevaient et auxquelles elles n'ont pu trouver de réponses satisfaisantes plutôt qu'au choix de la mère (Dennis, 2002; Dumas et Lepage, 1999). Mais ces femmes souhaitaient allaiter. C'est pour appuyer ces femmes qui désirent allaiter que Santé Canada doit mettre en œuvre des stratégies qui, en plus de promouvoir l'allaitement maternel, visent aussi, et surtout, sa protection et son soutien. Ces efforts sont nécessaires afin d'assurer le respect du droit de chacun à la santé en facilitant un allaitement exclusif durant les 6 premiers mois de vie pour tous les nourrissons et la poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans et même au-delà avec l'ajout d'aliments de complément appropriés.

L'utilisation des préparations commerciales, bien qu'elle puisse répondre aux besoins des mères qui décideront de ne pas allaiter, n'est pas une alternative équivalente à l'allaitement maternel. Ces préparations comportent de nombreux risques bien documentés pour la santé et le développement des nourrissons et pour la santé des mères. Il est donc primordial que chaque parent puisse prendre une décision éclairée quant au mode d'alimentation à privilégier pour son enfant et reçoive ensuite le soutien approprié pour lui assurer une bonne alimentation.

Pour promouvoir leurs produits, les compagnies ont recours à des pratiques commerciales agressives qui nuisent à l'allaitement maternel (p.ex. : Howard et al., 2000; Donnelly et al., 2004). Ces pratiques ont pour effet d'idéaliser l'alimentation artificielle et d'amener les femmes à douter de leur habileté à allaiter leur enfant. Les pratiques de l'industrie doivent donc être mieux encadrées. Le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* et les Résolutions subséquentes de l'AMS qui y réfèrent, constituent un outil de choix développé à cette fin. Il s'agit d'un standard minimum que tous les gouvernements sont appelés à respecter. Les résultats obtenus dans des pays tels la Norvège et le Brésil démontrent que l'application du Code par une démarche rigoureuse donne de bons résultats.

10. Les bénéfices d'un meilleur contrôle des pratiques commerciales

Dès l'adoption du Code en 1981, le gouvernement norvégien a pris des décisions importantes afin de rendre ses politiques plus favorables à l'allaitement (Beaudry, 2001). Il a notamment négocié une entente avec les compagnies qui produisent et distribuent des substituts du lait maternel en vue du respect du Code, entente qui a été renouvelée à la fin des années 90. Le gouvernement norvégien a aussi négocié une entente avec les professionnels de la santé en regard de leur responsabilité face au respect du Code.

De plus, il a appuyé l'*Initiative des hôpitaux amis des bébés* (IHAB) dès son lancement en 1992 en finançant une campagne nationale et en y incluant une formation pour les professionnels de la santé. Soulignons que le respect du Code est un élément clef de l'IHAB. Le gouvernement norvégien a ainsi travaillé à la création d'un environnement favorable à l'allaitement. La publicité de préparations commerciales pour nourrissons y est interdite et celle portant sur les aliments de compléments est restreinte. Le pays compte plusieurs banques de lait humain pour les mères qui ne pourraient allaiter au sein mais qui désirent tout de même nourrir leur enfant avec du lait maternel. Les conditions de congé parentaux sont excellentes et le système de santé très soutenant pour l'allaitement. La Norvège est parmi les pays industrialisés qui affichent les taux d'allaitement les plus élevés. À la naissance, 99% des nourrissons y sont allaités et 80% le sont toujours à l'âge de six mois (Statistics Norway, 2003). De plus, 70% des bébés sont nourris exclusivement au lait maternel à l'âge de 3 mois.

Pour sa part, le gouvernement brésilien adopta, en 1988, des normes de commercialisation pour les aliments pour nourrissons (*Norma de Comercializacao de Alimentos para Lactentes*). Elles furent révisées en 1992 et renforcées, dépassant ainsi les recommandations du Code et des Résolutions subséquentes de l'AMS qui y réfèrent. Elles furent révisées de nouveau en 2002 et sont maintenant incluses dans trois lois qui couvrent la commercialisation des produits destinés aux enfants jusqu'à l'âge de trois ans. La promotion de ces produits auprès du public, de même qu'aux professionnels de la santé, est interdite.

Parmi les autres actions mises de l'avant au Brésil afin de créer un environnement favorable à l'allaitement maternel, mentionnons la participation à l'*Initiative des hôpitaux amis des bébés* de même que la création de plus de 150 banques de lait humain. L'impact de ces actions se reflète, entre autres, sur le taux d'allaitement. En effet, le taux d'allaitement exclusif des enfants âgés de quatre mois a progressé, en dix ans, de façon constante d'environ 4% par année pour atteindre 42% en 1996 (UNICEF, 1999).

Une vingtaine de pays dans le monde ont ainsi enchâssé le Code dans leurs lois et leur nombre augmente régulièrement. Quelques 31 autres pays ont enchâssé plusieurs articles du Code dans leurs lois (UNICEF, 2003).

Par opposition à ces pays où les lois sont plus contraignantes envers l'industrie, l'approche actuelle du Canada face au Code, c'est-à-dire l'auto réglementation volontaire par l'industrie, ne semble pas avoir donné les résultats escomptés. En effet, cette industrie, par ses pratiques commerciales, viole régulièrement le Code avec tous les risques que cela comporte pour la

santé des nourrissons et des mères. Au même titre que les pratiques de l'industrie du tabac, les pratiques de commercialisation de l'industrie des préparations commerciales pour nourrissons doivent être réglementées dans le but de donner priorité réelle à la protection de la santé. Les bénéfices commerciaux ne devraient jamais passer avant le droit à la santé des enfants et des mères. Il est donc impératif de prendre les moyens qui s'imposent afin de protéger les générations à venir.

11. Recommandation

Intégrer les provisions du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* et des Résolutions subséquentes de l'AMS qui y réfèrent à la Loi fédérale en matière de protection de la santé est une opportunité concrète et à notre portée de protéger la santé et le développement de nos enfants et le bien-être de leurs familles et de la société.

Partie II

Le contrôle de l'industrie des produits, services et moyens amaigrissants

1. Introduction

Actuellement, au Canada, il n'existe pas de normes précises régissant les pratiques, l'innocuité ou l'efficacité des produits, services et moyens amaigrissants (PSMA). Toutefois une partie de ceux-ci est régie par la Loi sur les aliments et drogues qui portent sur les substituts de repas, sur les repas préemballés pour régimes amaigrissants, sur les médicaments en vente libre et ceux qui sont vendus sur ordonnance ainsi que les produits naturels, d'où notre intérêt pour la nouvelle loi sur la protection de la santé.

Dans le cadre d'une analyse des PSMA faite entre octobre 2003 et février 2004 par l'ASPQ et plusieurs partenaires, près de 70 % des PSMA identifiés étaient des produits pharmaceutiques sans ordonnance dont de nombreux produits naturels ou qui se disent naturels. Nous nous attarderons plus aux questions touchant ce type de produit, de même que celles en lien avec la problématique du poids. Vous retrouverez en première partie le contexte dans lequel s'est fait notre analyse des PSMA et un résumé de celle-ci. En deuxième partie, se trouvent les réponses aux questions soulevées dans le cadre du renouveau législatif en matière de protection de la santé en regard des PSMA.

2. Éléments issus de la recherche sur les pratiques de perte de poids et leur effet sur la santé

Nous vous présentons ici un aperçu de la problématique du poids, son évolution et sa prévalence, ainsi qu'un aperçu du revers de cette problématique, la préoccupation excessive à l'égard du poids. Nous verrons qui est la clientèle de l'industrie de l'amaigrissement et surtout, quels sont les risques associés à l'usage des PSMA comme pratiques de contrôle du poids. Nous nous appuyerons sur ces éléments pour formuler nos recommandations suivant les questions soulevées dans le cadre du renouveau législatif.

2.1 L'obésité : importance et gravité

L'obésité est un facteur de risque important pour de nombreuses conditions de santé dont les maladies cardiovasculaires, l'hypertension, l'hyperlipidémie, le diabète de type II. Par exemple, selon Birmingham *et al.* (1999), 51% des cas de diabète de type 2 au Canada seraient attribuables à l'obésité. Les coûts directs de santé associés à l'obésité au Canada sont estimés à 2,4% des dépenses de soins de santé, soit 1,8 milliards de dollars en 1997 (Birmingham *et al.* 1999). L'obésité est en augmentation à peu près partout, tant dans les pays développés que ceux en voie de développement. L'organisation mondiale de la santé (OMS) parle même d'épidémie (OMS 1998). D'après les données de prévalence disponibles, l'excès de poids et l'obésité sont en croissance dans la population canadienne et québécoise. Chez les Québécois de 15 ans et plus, l'excès de poids a augmenté de 47% entre 1987 et 1998, passant de 19% à 28% (Schaefer et Mongeau 2000). Chez les Québécois de 20 à 64 ans, l'obésité est passée de 9% à 13% durant cette même période, constituant une augmentation de 44% (Schaefer et Mongeau 2000). Si ce phénomène n'est pas ralenti ou prévenu, les cas de co-morbidités résultant d'un excès de poids ou de l'obésité et, par conséquent, les coûts de santé associés à ces problèmes augmenteront.

2.2 La préoccupation à l'égard du poids

Il est bien connu que l'excès de poids est très difficile à enrayer une fois installé (OMS 1998 ; Wadden 1999). Bien qu'il demeure pertinent de poursuivre la recherche d'interventions efficaces pour réduire le poids des personnes, il apparaît aussi judicieux, donc, de mettre les efforts sur la prévention et de favoriser un mode de vie sain pour tous. En outre, la préoccupation pour le contrôle du poids est très présente dans notre population. Au Québec, en 1998, 34 % des hommes et 53 % des femmes de 15 et plus souhaitaient diminuer leur poids (Ledoux et Rivard 2000). Pour leur part, les adolescents sont très actifs dans le contrôle du poids, comme l'ont démontré plusieurs enquêtes. En 1999, l'Institut de la statistique du Québec menait l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois des deux sexes. Selon les données récoltées, 45 % des enfants de neuf ans, 60 % des jeunes de 13 ans et 60 % des adolescents de 16 ans sont insatisfaits de leur image corporelle. Cette insatisfaction se concrétise en action : au moment de l'enquête, 24 % des garçons et 35 % des filles de 9 ans tentaient de

perdre du poids ; chez les 13 ans et chez les 16 ans, c'est un tiers des garçons et deux tiers des filles qui tentent de perdre ou de contrôler leur poids (Ledoux et al, 2002). Il est intéressant de souligner que la très grande majorité de ces adolescents se situaient dans un intervalle de poids acceptable.

L'obsession de la minceur dans notre culture génère des problèmes de préoccupation excessive à l'égard du poids et ce, surtout chez la population féminine. Qu'elles soient de poids insuffisant, au poids santé ou présentant un excès de poids ou de l'obésité, beaucoup plus de femmes que d'hommes (56 % c. 37 %) dans la classe 20 à 64 ans désirent perdre du poids (Ledoux et Rivard 2000).

Les raisons invoquées pour perdre du poids sont, principalement, pour améliorer la santé ou améliorer l'apparence. Chez les hommes, ces deux raisons sont mentionnées dans des proportions comparables alors que l'apparence est la raison la plus souvent mentionnée par les femmes (Ledoux et Rivard 2000).

2.3 Les pratiques de contrôle du poids et leurs risques

Déjà en 1991, le groupe de travail canadien sur le traitement de l'obésité rapportait que les Canadiens dépensent des milliers de dollars chaque année, uniquement pour des régimes amaigrissants dont l'efficacité n'a pas été prouvée (Santé et Bien-être social Canada, 1991). En plus des moyens personnels et de ceux proposés dans des articles de revues populaires, l'industrie de l'amaigrissement offre une multitude de produits et services pour le contrôle du poids : aliments pré-préparés, substituts de repas, comprimés anorexigènes, appareils de stimulation électrique, programmes de diètes restrictives, clubs de renforcement, produits naturels qui absorbent les gras ou qui augmentent le métabolisme, ou d'autres se proposant comme cure nettoyante agissant sur le poids qui sont en fait à base de diurétique ou de laxatif, etc.

Malheureusement, la réglementation étant pratiquement inexistante dans cette industrie, les méthodes et produits suggérés aux consommateurs ne sont soumis à aucune évaluation scientifique rigoureuse quant aux risques possibles pour la santé, aux effets secondaires ou même aux résultats obtenus (Santé et Bien-être social Canada 1991). D'une part, la population peut se trouver lésée par une industrie qui n'est pas adéquatement contrôlée. D'autre part, puisque le désir de perdre du poids est fortement motivé par l'amélioration de l'apparence, il est logique pour l'industrie de l'amaigrissement d'utiliser cette corde sensible pour vendre ses produits. Par ailleurs, à l'ère du culte du corps et de l'instantanéité, il est certainement plus attrayant pour plusieurs personnes de se voir promettre une perte de poids rapide et sans efforts, plutôt qu'un changement de mode de vie qui implique une démarche rigoureuse et soutenue qui sera réalisée au prix d'efforts constants.

Bien que les différentes méthodes de contrôle du poids proposées par l'industrie de l'amaigrissement aient fait l'objet de trop peu de recherche, entre autres en ce qui a trait à leur effet à long terme, certaines conséquences sont bien documentées et justifient de mettre en garde la population.

2.4 Risques associés à l'utilisation des PSMA

2.4 1 Risques associés aux variations pondérales

Tandis que la prévalence de l'obésité augmente dans la population, il apparaît que la prévalence de la préoccupation excessive à l'égard du poids augmente aussi. Certains auteurs se questionnent sur la responsabilité potentielle de la préoccupation à l'égard du poids, du désir de perdre du poids et du recours à certaines pratiques de contrôle du poids dans la croissance de l'obésité (French *et al.* 1994 ; Coakley *et al.* 1998; Mongeau et Schaefer, 2001). Le phénomène de la reprise de poids qui suit généralement un programme amaigrissant est bien connu. En effet, le constat général en regard du traitement traditionnel de l'obésité est que 90-95% des sujets ayant subi une perte de poids ont repris le poids perdu, et parfois plus, à l'intérieur des cinq années suivant la diète ou le programme prescrit (Wooley et Garner 1994). Les variations de poids cycliques (ou phénomène «yo-yo») résultant des efforts de perte de poids, tel l'usage de diètes restrictives, comportent des inconnus. Les résultats des études sur les effets des pertes de poids cycliques sur la santé sont contradictoires. Même si des épisodes répétés de pertes et reprises de poids ne semblent pas associés à une augmentation de mortalité ou à des effets négatifs à court terme chez les personnes obèses, les effets à long terme sur la santé restent toutefois moins clairement définis dû au manque de données probantes sur cet aspect (Atkinson et Stern, 1998). Il est aussi possible que les effets secondaires potentiels des cycles de variation de poids soient confondus avec les problèmes de santé reliés à l'obésité. Il n'en est pas nécessairement de même pour les individus ayant déjà un poids santé et qui peuvent éprouver des conséquences importantes à la perte de poids et aux variations de poids (Atkinson et Stren, 1998).

Parmi les dangers soupçonnés, on cite : le regain de poids menant à l'obésité, la réduction de l'efficacité des tentatives subséquentes de perte de poids, les changements dans le métabolisme énergétique, les changements dans la composition corporelle, etc. (Atkinson et Stern 1998). Récemment, des études prospectives chez les adolescentes et chez une population adulte ont mis en évidence la responsabilité des tentatives de perte de poids sur le gain de poids à long terme (French *et al.* 1994; Stice *et al.* 1999 ; Korkeila *et al.* 1999 ; Field *et al.* 2003). L'étude prospective de Korkeila *et al.* (1999) démontre, entre autres, que les femmes d'âge moyen suivant des diètes avaient un risque significativement plus élevé de gain de poids substantiel à long terme comparativement aux femmes qui n'en faisaient pas. Selon cette même étude, le risque de gain de poids tend à augmenter dans pratiquement tous les groupes de sujets à l'étude, initialement de poids normal, et qui ont eu recours aux diètes, augmentant du même coup la proportion de la population sujette à présenter des pathologies associées à l'obésité et à l'excès de poids. Cet effet est particulièrement marqué chez celles qui ont commencé les diètes à l'adolescence (Stice *et al.* 1999; Field *et al.* 2000, 2003). La baisse du métabolisme de base lors de restrictions alimentaires sévères est un des effets connus de la perte de poids. Cet effet est considéré comme négatif parce qu'il est associé à une baisse du métabolisme de base lequel induit une diminution de la dépense énergétique et a le potentiel de favoriser le gain de poids ou de nuire à la perte de poids (Leibel *et al.* 1995).

2.4.2 Impacts physiologiques

L'utilisation de méthodes pour maigrir est associée à divers symptômes physiques. Une partie des effets secondaires sont mineurs et sont souvent associés aux diètes hypocaloriques suivies sur une période de temps relativement courte (4 à 6 semaines). On retrouve la fatigue, la constipation, la nausée et les diarrhées. Les choses rentrent généralement dans l'ordre quelques temps après la cessation de la diète (NIH, 1995). Selon la sévérité des restrictions alimentaires et la fréquence d'utilisation des conséquences importantes peuvent être notées telles l'arythmie cardiaque (Rasio, 1970), les déséquilibres électrolytiques (Razzino, 1970), la formation de calculs biliaires (Liddle et al, 1989; Weinsner et al, 1995) et une perte de masse osseuse, souvent associée à l'ostéoporose (Felson et al, 1993; Langlois et al, 2001). Dans les pires cas, des décès sont survenus lors de l'utilisation de diète à très basse calorie (Wadden et al, 1990). Les médicaments pour maigrir, dont certains produits dit naturels, ont aussi engendré des effets secondaires graves et plusieurs décès (Mundy, 2001; Favreau et al, 2002; Shekelle et al, 2003)

Lors d'une étude de suivi de 321 jeunes ayant un surplus de poids fréquentant une clinique d'endocrinologie, un déficit anormal en fer a été observé chez les jeunes, la cause principale présumée étant les diètes restrictives à répétition et le contenu alimentaire appauvri qui les accompagne (Pinhas-Hamiel et al, 2003). Même sur une courte période de temps, les diètes très faibles en calories causent des modifications notables des réserves en fer (Beguvin et al, 1997).

La perte de poids a aussi été associée à une augmentation du risque de formation de calculs biliaires (Liddle et al; 1989; Weinsner et al, 1995). Entre autres, le risque de cholécystectomie est associé aux perte de poids « yoyo » peu importe le poids atteint (Syngal et al, 1999). Ce risque est d'autant plus grand que la perte de poids est rapide soit plus de 1,5 kg par semaine (Weinsner et al, 1995).

Le risque de fracture de la hanche (Meyer et al, 1998) et de diminution de la densité osseuse au niveau de la hanche (Knöke et Barret-Connor, 2003) ont été fortement associés à la perte de poids, et ce, même lorsque celle-ci est intentionnelle (Ensrud et al, 2003). Ce risque est particulièrement important lorsque la perte de poids dépasse 10 % du poids maximum atteint (Langlois et al, 2001).

Selon Fleming (2000), le suivi de deux groupes de patients, dont un groupe suivait une diète hyperprotéinée a démontré une hausse des facteurs de risque indépendants (cholestérol, triglycéride, homocystéine lipoprotéine) et une progression de leurs maladies vasculaires et coronariennes. De même Fleming en 2002, lors d'une étude comparative de personnes suivant différentes diètes basées sur la teneur en gras, obtient des résultats similaires avec le groupe ayant une diète élevée en gras. Une analyse comparative de Anderson et al (2002) de huit diètes populaires a démontré que les diètes hyperprotéinées et élevées en gras pourraient augmenter les risques de la progression de l'athérosclérose. Une utilisation prolongée de ce type de diète peut significativement augmenter la concentration de cholestérol et les risques d'accidents cardiovasculaires et cela en dépit d'une perte de poids substantielle (Anderson et al, 2000). Une revue systématique de l'efficacité et de la sûreté des diètes faibles en glucides conclue qu'il n'y a pas suffisamment d'évidences pour faire des recommandations pour ou contre ces diètes, surtout pour une utilisation au delà de 90 jours ou de moins de 20 gr par jour de glucides. Le constat est aussi que la perte de poids est principalement associé à une

réduction des calories et une augmentation de la durée indépendamment du contenu en glucide (Bravata et al, 2003).

2.4.3 Effets psychologiques et désordres alimentaires

Même s'il n'a pas été démontré clairement que la dépression puisse apparaître suite aux reprises de poids, il n'en reste pas moins que des effets psychosociaux, notamment d'estime de soi, de confiance en soi et satisfaction corporelle, ont été constatés suite aux diètes répétitives (Wadden et al, 2002). Aussi, les femmes qui sont insatisfaites face aux résultats de leur traitement, éprouveront plus de culpabilité et un sentiment d'échec.

Parmi les facteurs de base associés à l'échec de la perte de poids, on retrouve les pertes et reprises de poids répétés (Carels et al, 2003). Selon Cameron (1999), la participation d'un groupe de jeune souffrant d'obésité à un programme de perte de poids, comparé à un groupe contrôle de jeunes obèses n'ayant jamais été enrôlé dans des programmes de perte de poids, a démontré une baisse d'estime de soi dans le premier groupe. Tant chez les sujets obèses que de poids normal, un lien positif a été démontré entre les diètes répétitives et l'apparition de désordres alimentaires (Polivy et Herman, 1985). Cette conséquence étant particulièrement importante chez les adolescents et adolescentes, (Patton et al 1999; Neumark-Stainer et Hannan, 2000; Jones et al 2001). De plus dans une analyse statistique par corrélation entre différentes variables chez les adolescents (tes), Rafiroiu et al, (2003), ont établi un lien entre l'utilisation de techniques de diètes modérées et extrêmes et la consommation de cigarettes et de marijuana.

2.4.4 Risques associés à l'utilisation de médicaments et produits naturels pour la perte de poids

L'utilisation de médicaments ou produits naturels dans un but de perdre de poids n'est pas sans risque. Plusieurs d'entre eux ont engendrés des problèmes graves pouvant aller jusqu'à la mort.

Dans le Bulletin canadien des effets indésirables (2002), Santé Canada nous transmet l'information selon laquelle plus de 50 % des Canadiens utilisent maintenant des produits de santé naturel sous forme de produits traditionnels à base d'herbes médicinales, de suppléments de vitamine et de minéraux, de produits traditionnels chinois, ayurvédiques de même que d'autres formes de traitement et de préparations homéopathiques. Selon Barnes et al (2002), les gens semblent croire en général et à tort que ces agents sont naturellement sans danger parce qu'ils proviennent de plantes naturelles.

L'utilisation de produits à base d'herbes médicinales, entre autres ceux faisant la promotion de la perte de poids, peut être liée à des effets indésirables attribuables à des facteurs comme la substitution d'ingrédients, une dose insuffisante ou excessive, la qualité médiocre des herbes

médicinales ou des suppléments, des espèces végétales mal identifiées, la variabilité des éléments constitutants, la contamination par des métaux lourds, l'adultération par des médicaments prescrits, la fortification et l'enrichissement (McCutcheon, 2002), les interactions avec des médicaments d'ordonnance (Boon et Jurgens, 2001) et les réactions allergiques (Bielory, 2002). Il y a aussi des ingrédients qui proviennent d'herbes naturellement toxiques (Barnes et al, 2002). De plus, les consommateurs reçoivent parfois, au sujet d'herbes médicinales ou d'ingrédients, de l'information promotionnelle trompeuse qui peut masquer les risques associés à leur utilisation ou en exagérer l'efficacité.

Plusieurs ingrédients ont déjà fait l'objet de mise en garde de la part de Santé Canada et de la FDA aux États-Unis dont l'éphédra (FDA, 2004; 2003; Santé Canada, 2001; 2002; 2003) l'aristoloche (FDA, 2001; Santé Canada, 2001) et le millepertuis (Santé Canada, 2000) qu'on retrouve dans certains produits amaigrissants. D'autres composés ont fait l'objet d'études et des questions d'innocuité ont été soulevées, notamment pour la perte de poids, soit le picolinate de chrome (Pittler et al, 2003), le chitosan (Pittler et al, 1999), la gomme de guar (Pittler et Ernst, 2001) le fucus et le psyllium (Allison et al, 2001). En fait, selon une méta-analyse de Pittler et Ernst (2004), les données pour la majorité des suppléments alimentaires comme adjuvant à la perte de poids ne sont pas concluantes et aucun des produits révisés ne devraient être vendu sans ordonnance. D'autres ingrédients régulièrement retrouvés dans les produits amaigrissants sont contre-indiqués pour la perte de poids comme le cassia ou le séné et la cascara sagrada qui ont des effets laxatifs et/ou diurétiques. Les produits laxatifs et diurétiques peuvent provoqués de sérieux déséquilibres électrolytiques, des dommages aux reins, des complications gastro-intestinales, de l'arythmie cardiaque (Berg, 1999).

Suite à une enquête conduite dans cinq états américains, Blanck et al (2001) ont constaté que 8 % des utilisatrices de produits amaigrissants en vente libre avaient un poids normal et ils se sont questionnés sur les risques auxquels s'exposent ces personnes pour lesquels il n'y a aucun effet bénéfique. De plus, 33,8 % des personnes de cette enquête prenant des médicaments prescrits pour la perte de poids prenaient aussi des produits en vente libre dans le même but. Considérant que dans une étude de Hensrud et al (1999), la moitié des patients questionnés sur leur utilisation de supplément diététique, ne le déclarait pas à leur médecin et considérant les interactions possible entre les médicaments et les produits naturels, il y a lieu de s'inquiéter des risques encourus par les utilisateurs.

Malgré des avis de santé sur des ingrédients comme l'éphédrine, l'attrait pour des produits en contenant dans un but de perte de poids est encore là. Whisenhunt et al (2003), ont pu établir que des femmes qui n'avaient pas besoin de perdre du poids, mais éprouvaient une préoccupation excessive face à leur image corporelle, étaient prêtes à utiliser un produit amaigrissant malgré le risque potentiel à leur santé de celui-ci.

Un autre problème rencontré est la présence de biais dans le protocole de recherche, entre autres par le financement de la recherche. Par exemple dans le cas d'une méta-analyse sur l'efficacité du picolinate de chrome pour la perte de poids, les auteurs (Pittler et al, 2003) ont constaté que les deux études les plus importantes et cinq autres, parmi celles répertoriées, étaient toutes financées en partie par le même manufacturier de produits commerciaux contenant du picolinate de chrome.

3. Analyse de l'offre de PSMA au Québec

L'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) a mis sur pied le projet « Éducation aux saines pratiques de contrôle du poids comme stratégie de promotion d'un mode de vie sain ». Le projet avait pour but de diminuer le recours aux pratiques malsaines de contrôle du poids afin de favoriser l'adoption d'un mode de vie sain comme stratégie pour prévenir l'obésité et le développement de complications qui y sont reliées.

La première partie du projet consistait en une analyse critique de pratiques de contrôle du poids offertes, entre autres, par l'industrie privée. Il visait à identifier et à documenter les différents PSMA disponibles au Québec en vue d'analyser les écarts entre ces produits, services et moyens et les saines pratiques de contrôle du poids établies en collaboration avec un comité d'experts. Il s'agit, en d'autres mots, d'une analyse comparative entre les diverses caractéristiques des PSMA et les différents indicateurs découlant des critères de saines pratiques de contrôle du poids. Suite à l'analyse, le constat général qui s'en est dégagé est le suivant : **La majorité des PSMA analysés jusqu'à maintenant ne répondent pas à plusieurs des critères retenus pour une saine pratique de contrôle du poids.** De fait, les PSMA n'offrent pas de solutions adaptées aux besoins des personnes qui souhaitent entreprendre une réelle démarche de perte de poids (ASPQ, 2003). Il est à noter 70 % des PSMA répertoriés se classent parmi les produits naturels.

3.1 Analyse des PSMA

Entre octobre 2002 et février 2003, plus de 350 PSMA furent sélectionnés à partir de différentes sources - journaux, magazine, télévision, Internet, points de vente. Ce résultat n'est pas exhaustif, car à cause du temps dont nous disposions, il nous a été impossible de tenir compte de tous les produits sur le marché. Si on pense seulement à ce qui est offert sur Internet, entre autres via le marché américain, faire le tour de la question représente en quelque sorte une quête sans fin. Le marché des PSMA évolue rapidement et on voit presque quotidiennement apparaître de nouveaux produits. Sur ces 350 PSMA, 210 ont été confrontés à une grille d'analyse établie à partir des critères de saines pratiques de contrôle du poids.

3.1.1 Classification en 8 catégories des PSMA analysés

Les catégories de PSMA qui ont été analysés sont classées de la façon suivante :

1. Médicaments sans ordonnance et produits naturels (incluant les supprimeurs d'appétit, les «brûleurs de graisses», les inhibiteurs d'amylase, les laxatifs, les diurétiques, les produits naturels associés à des prétentions de perte de poids, etc.)
2. Substituts de repas et produits alimentaires
3. Programmes de perte de poids
4. Centres ou cliniques de perte de poids

5. Régimes populaires
6. Timbres (patches), crèmes amincissantes, vaporisateurs et techniques d'enveloppement corporel
7. Appareils et dispositifs (ex. : dispositifs d'électro-stimulation, dispositifs basés sur l'acupressure ou les champs magnétiques, divers appareils et accessoires d'exercices, différentes techniques comme la pressothérapie)
8. Méthodes alternatives (ex. : hypnose, aromathérapie, acupuncture, jeûne)

3.1.2 Critères de saine gestion de contrôle du poids

Une recension des principales lignes directrices existantes en matière de contrôle du poids avait été établie comme point de départ (Annexe III). Un comité d'experts formé de 8 membres ayant différentes expertises en lien avec la problématique du poids (nutrition, obésité, santé publique, kinésiologie, pharmacologie et toxicologie, sociologie de la santé et droits des consommateurs) a été constitué. Ce comité a entériné des critères de saines pratiques de contrôle du poids, issus de la littérature scientifique et reconnus par des organisations ayant un intérêt pour la problématique du poids. Par la suite, les PSMA répertoriés ont été confrontés à cet ensemble de critères de saines pratiques de contrôle du poids. Les critères suivants ont été retenus par le groupe d'experts :

1. Le rythme de perte de poids : *Sachant qu'une perte de poids de 5% à 10% du poids initial, lorsqu'elle est indiquée, peut améliorer la santé des gens, la démarche devrait favoriser une perte de poids graduelle, c'est-à-dire une moyenne de perte de poids d'au plus 1 à 2 lbs (0,5 à 1 kg) par semaine, correspondant à un déficit de l'apport énergétique de 500 à 1000 kcal (2000 à 4000 kJ) par jour, et un apport en énergie n'allant pas en deçà d'un seuil minimal de 1200 kcal (5000 kJ) à 1500 kcal (6500 kJ) par jour, pour les femmes et les hommes respectivement. Idéalement, il y aurait lieu d'utiliser une stratégie mixte, c'est-à-dire qui favorise également une augmentation de la dépense énergétique, afin de réduire l'ampleur de la restriction énergétique.*
2. L'approche utilisée (incluant l'encadrement) : *L'approche en lien avec une démarche de perte de poids devrait être globale (c'est-à-dire miser sur l'alimentation, l'activité physique et une démarche de modification des comportements), tout en étant individualisée (c'est-à-dire fondée sur une évaluation bio-psycho-sociale de la personne, en tenant compte de son âge) . Dans le cadre d'une démarche de perte de poids misant sur une approche globale, aucun produit, supplément alimentaire ou appareil ne devrait être requis en complément du plan alimentaire et du plan d'activité physique. L'encadrement offert lors d'une démarche de perte de poids devrait être assuré par un personnel qui compte un ou des professionnels de la santé comme les médecins, les diététistes et les kinésioles, et idéalement par une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé. Les concepteurs de la méthode devraient être ou inclure des professionnels de la santé, comme les médecins, les diététistes et les kinésioles, qui ont, en plus, une formation reconnue dans l'un des domaines suivants : nutrition,*

métabolisme, physiologie ou tout autre domaine pertinent. Conformément à une approche globale, les concepteurs devraient faire partie d'une équipe multidisciplinaire permettant d'offrir une expertise pour chacun des trois axes de base.

3. L'intervention alimentaire : La démarche de perte de poids devrait favoriser une alimentation saine dont la consommation d'une variété d'aliments provenant des quatre grands groupes du Guide alimentaire canadien pour manger sainement, conformément aux Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens. Conformément à une approche individualisée, la démarche de perte de poids devrait comporter une intervention alimentaire basée sur une évaluation des habitudes alimentaires de la personne.
4. L'activité physique : La démarche de perte de poids devrait favoriser la pratique d'activité physique sur une base régulière (idéalement un minimum de 30 minutes par jour) et ce, de façon progressive, en tenant compte de l'âge et des habitudes d'activité physique de la personne.
5. L'efficacité de la démarche : La démarche de perte de poids devrait reposer sur des principes scientifiques bien établis, entre autres selon le concept de données probantes, et son efficacité à long terme (au minimum un an) devrait être évaluée.
6. L'innocuité (dangerosité) de la démarche : La démarche de perte de poids devrait être sécuritaire, c'est-à-dire qu'il ne devrait pas y avoir de doute quant à sa dangerosité.
7. La promotion et la publicité associées à la démarche : Les allégations associées à la démarche de perte de poids devraient être conformes aux lois et règlements en place. Elles devraient, entre autres, faire appel à des affirmations réalistes et à une information juste et complète.
8. Les coûts de la démarche : Les produits et les moyens amaigrissants devraient être accompagnés d'une information complète sur le coût total potentiel de la démarche de perte de poids (incluant tous les composants). Les services en matière d'amaigrissement devraient offrir une information complète sur le coût total potentiel de la démarche de perte de poids (incluant tous les composants, dont le suivi) ainsi que des modalités de paiement en plusieurs versements.

3.1.3 Résultats d'analyse

Selon un des critères, la perte de poids doit être graduelle. Pourtant, environ 30 % des PSMA analysés comportent des allégations qui promettent une perte de poids "rapide" et environ 10 % avancent des chiffres sensationnels du style "Perdez 25 livres en 30 jours". Pour environ 50 % des PSMA répertoriés, on ne trouve aucune mention du rythme de perte de poids. En fait, pour moins de 10 % des PSMA répertoriés, les allégations précisent une perte de poids de moins de 2 livres par semaine tel que défini dans le cadre de nos critères. (critère 1)

La démarche devrait notamment comporter une approche individualisée et un encadrement approprié. **Or, moins de 1 % des PSMA analysés proposent une approche individualisée. Dans bien des cas, il n'y a pas d'encadrement structuré offert par du personnel qualifié. De plus, la**

solution Internet, ou clinique de perte de poids "en ligne", augmente en popularité. Il y a lieu de s'interroger sur la qualité de l'information ainsi donnée et les compétences du personnel. (critère 2)

Une démarche de perte de poids devrait aussi inclure une prise en charge au niveau de l'alimentation et de l'activité physique. Or, près de la moitié des produits ne tiennent pas compte de l'un ou de l'autre, parfois des deux. Dans plusieurs cas, c'est tout juste si on prend la peine de préciser l'importance d'une alimentation saine et de l'activité physique. Le «discours alimentaire» associé à certains PSMA apparaît plutôt confus : tantôt on minimise l'importance de l'alimentation par des phrases du type « manger tout ce que vous voulez»; tantôt on fait valoir l'importance de «manger santé». Certains PSMA dont le «discours alimentaire» apparaît, somme toute, très sensé, proposent néanmoins de nombreux produits en complément de la démarche. Ajoutons que dans plusieurs cas d'ailleurs, c'est plutôt la saine alimentation qui est proposée en complément des produits.

En fait, moins de 5 % des PSMA reposent sur une approche combinant alimentation, activité physique et démarche de modification de comportements. Par ailleurs, un certain nombre de produits minimise le rôle de l'alimentation et de l'exercice par des propositions du genre " Perdez du poids sans effort et en mangeant tout ce que vous voulez ". (critère 3 et 4)

Dans le cadre de l'analyse, il était difficile d'évaluer l'efficacité et la dangerosité ou l'innocuité des PSMA. Un des indicateurs retenus pour qualifier l'efficacité et l'innocuité d'un produit est le fait que celui-ci possède un DIN (*Drug Identification Number*). La majorité des produits analysés ne possèdent pas de DIN. Plusieurs d'entre eux prétendent agir sur l'obésité, alors que l'obésité fait partie des maladies répertoriées dans l'Annexe A de la Loi sur les aliments et drogues pour lesquelles il ne doit pas y avoir de publicité pour les médicaments. Plusieurs produits contenaient des ingrédients pour lesquels des effets secondaires sont reconnus sans qu'aucune mise en garde n'est pu être relevée sur les emballage.

Parmi ceux analysés et dans la mesure où la liste des ingrédients était présente, nous avons observés 49 produits contenant des ingrédients reconnus pour être associés à des effets secondaires, des contre-indication ou des interaction possibles avec certains aliments ou médicaments. La majorité de ces produits ne contenait aucune mise en garde et dans les autres cas il s'agissait souvent de mise en garde générale et non spécifique à l'ingrédient problème. Entre autres des produits se disaient spécifiquement sans danger ou sans effet secondaire et on retrouvait parmi la liste des ingrédients comme le fucus qui selon le PDR (Physician Desk Reference) for Herbal Medicines, la teneur élevée en iode augmenterait le risque d'hyperthyroïdisme et ne recommande pas d'en faire l'utilisation (Allison et al, 2001). Dans le cas des services amaigrissants, il y a peu de données ou de statistiques complètes sur la clientèle qui permettraient de documenter l'efficacité et la sécurité du service en question. Enfin, dans beaucoup de cas, il n'y a pas suffisamment de données fiables pour confirmer ou infirmer l'efficacité ou l'innocuité des PSMA. On peut se poser des questions sur la dangerosité des PSMA. (critère 5 et 6)

Dans notre sélection de PSMA, une stratégie publicitaire fréquemment utilisée est ce que nous appelons le "*discours santé*". Cette stratégie consiste à utiliser, dans les messages publicitaires, des statistiques récentes sur l'embonpoint et l'obésité, et les différents effets de ces conditions sur la santé. Les messages publicitaires insistent également sur l'aspect naturel de plusieurs PSMA, ce qui permet de gagner la confiance du consommateur et de l'amener à utiliser un produit qui lui

semble inoffensif. De fait, selon Santé Canada, l'intérêt des consommateurs canadiens pour les remèdes à base de plantes médicinales a grandi au cours des dernières années. Pourtant, l'adoption d'un mode de vie sain demeure sans aucun doute l'approche la plus naturelle pour contrôler son poids.

L'analyse de la promotion et de la publicité à l'égard des PSMA confrontés fut très révélatrice des différences entre les promesses de ces produits et de saines pratiques de contrôle du poids. Plus de 30 % des produits analysés utilisent dans leur promotion une des allégations considérées par un groupe d'experts réunis par le FTC comme étant non plausible selon l'état actuel des connaissances scientifiques (Federal Trade Commission, 2003). Plus du tiers des produits se disant efficaces pour la perte de poids contenaient un ou des ingrédients bannis des produits pour la perte de poids sans ordonnance, par la Food and Drug administration en 1991. (critère 7)

4. Conclusion

Le *National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity* (1994) émet clairement la recommandation à l'effet que les individus qui ne sont pas obèses et qui ne risquent pas de souffrir de complications liées à l'obésité ne devraient pas entreprendre une démarche de perte de poids mais devraient mettre l'emphase sur la prévention du gain de poids par un régime alimentaire équilibré et la pratique régulière d'activité physique (NTFPTO 1994). France Bergs (1999), suite à une revue des effets secondaires de différentes méthodes d'amaigrissement, suggère une nouvelle approche axée sur la santé plutôt que sur l'atteinte d'un poids idéal. Aussi, bien que l'obésité soit directement liée au risque de mortalité (Yang et al, 2003), on ne peut ignorer les doutes qui subsistent quant à l'influence de la perte de poids et des variations de poids sur le risque de mortalité (Blair et Lee, 1998; S_rnsen et al, 2003).

Parmi les facteurs influençant le poids des individus, les pratiques de contrôle du poids nous apparaissent comme un élément important de la toile de fond et elles ont fait l'objet de peu d'interventions. Pour le Groupe de Travail Provincial sur la Problématique du Poids (GTPPP, 2003), l'escalade dans l'utilisation de diverses méthodes amaigrissantes est contre-productive. En plus de rompre avec le plaisir, ces méthodes ne solutionnent pas le problème, mais au contraire semblent l'accroître. L'approche actuelle pour faire la lutte à l'obésité présente bien souvent le problème comme relevant uniquement de choix personnels. Cibler ainsi la responsabilité individuelle risque d'accroître les préjugés et la discrimination à l'égard des grosses personnes. De plus cette approche nourrit l'obsession de la minceur, encourage la population à un recours pressant vers les solutions miracles et la pousse à rechercher la perte de poids à tout prix sans se soucier vraiment de sa santé.

L'analyse a permis d'affirmer qu'il y a une offre importante de PSMA facilement accessibles et largement publicisés, lesquels ne se conforment pas à bon nombre des critères de saines pratiques de contrôle du poids ayant fait l'objet d'un consensus d'experts. Somme toute, dans l'ensemble, les PSMA étudiés offrent peu de solutions individualisées et à long terme, réellement adaptées aux besoins des personnes qui souhaitent entreprendre une démarche de perte de poids fructueuse et durable. Cette recherche ne constitue qu'un premier survol de l'offre en matière d'amaigrissement au Québec. Si elle permet de dégager certains constats, elle soulève également plusieurs questions qui mériteraient d'être explorées plus à fond, en particulier relativement à l'efficacité et à l'innocuité des PSMA ainsi qu'à toute la question de la législation entourant cette industrie. Pour l'heure, nous en savons suffisamment pour considérer que la population doit être protégée et mise en garde à l'égard des PSMA et de leurs effets secondaires nuisibles à la santé.

Il conviendrait même de se demander ce qui permet qu'on retrouve sur le marché des produits généralement considérés comme inefficaces, potentiellement nuisibles à la santé et qui prétendent malgré tout, au-delà de toute conformité aux lois actuelles en terme de promotion, de distribution, de sécurité de l'utilisateur et de démonstration d'efficacité, s'attaquer à un problème de santé majeur dans notre société tel que l'obésité et sa prévention.

5. Réponses à des points spécifiques du renouveau législatif en matière de protection de la santé

Dans l'orientation de la politique et au point A2.3.2.3, il est dit que le désir de chacun des canadiens concernant des questions relatives à leur propre santé doit être considéré lorsqu'ils sont raisonnablement en mesure de prendre une décision éclairée et que l'intérêt du public n'est pas menacé.

Tout en reconnaissant l'importance de respecter l'autonomie des individus et leur choix de produits ou de pratiques, il apparaît important de souligner certains aspects primordiaux à l'application de ce principe si l'on désire que la santé et la sécurité soient maintenues. La capacité de prendre une décision éclairée implique des connaissances, l'absence d'influence induite, de fausse représentation dans la promotion, un contrôle émotif parfois difficile à acquérir en situation de maladie ou de mauvaise santé physique et/ou mentale. Par exemple, pour une personne souffrant d'embonpoint, d'obésité ou très préoccupée par son image corporelle, l'attrait des produits amaigrissants et de l'image vendue par ces produits influencent grandement le choix de pratiques de contrôle du poids et les répercussions sur la santé qui en découlent. Il faudra donc assurer avec vigilance que l'information pertinente est facilement accessible et libre d'influence publicitaire, que l'encadrement de l'industrie des produits de santé, entre autres les PSMA, permette que dans la promotion du produit, l'intérêt pour la santé de l'utilisateur prédomine sur l'objectif de vente.

Dans le cadre de notre analyse de l'industrie des produits amaigrissants, nous avons pu observer de nombreuses publicités trompeuses ou exagérées et de fausse représentation auxquelles il semble difficile de mettre un terme. Cet état de chose a aussi été rapporté par d'autres instances qui se sont penchées sur les produits amaigrissants comme la Federal Trade Commission aux États-Unis. L'efficacité de la majorité de ces produits n'a pas été démontrée, de même que leur innocuité, ce qui ne les a pas empêchés à ce jour d'inonder le marché et de faire des promesses irréalistes. De nombreux effets secondaires ont été rapportés pour plusieurs de ces produits et il n'est pas toujours facile d'avoir accès à cette information. De plus, malgré des avis de santé sur des ingrédients comme l'éphédrine, l'attrait pour des produits en contenant dans un but de perte de poids est encore là (Whisenhunt et al, 2003). Aussi, lors de notre analyse nous avons pu constater que dans les publicités sur les PSMA, on ne décourage pas les sujets de poids normaux de d'utiliser des produits amaigrissants. Si cette pratique peut s'expliquer du point de vue commercial, il est démontré qu'elle ne respecte pas une saine pratique de contrôle du poids, dans la mesure où l'utilisation de ces produits chez des sujets n'ayant pas de problèmes pondéraux peut accentuer des troubles alimentaires, abaisser le poids d'un individu sous le seuil du poids santé et potentiellement entraîner une obésité iatrogénique.

La santé et la sécurité devant rester la motivation première des décisions prises dans l'orientation de la législation, l'application de ce point est donc un défi en ce qui concerne les PSMA, vu que la clientèle potentielle est vulnérable et que l'information sur les risques d'utilisation de ces produits est insuffisante et n'offre pas une perspective juste et équitable.

De même le principe d'orientation de la politique défini au point A2.3.2.4 : **Il faut reconnaître que les mêmes mesures peuvent affecter différemment diverses personnes selon des facteurs comme le sexe, l'âge, le situation sociale, les conditions économiques, l'éducation, la culture ou les convictions et les valeurs personnelles.**

Cet aspect est très pertinent. Par exemple, les effets de la culture sur la préoccupation excessive à l'égard du poids orientent les décisions qui affectent la santé. De même que l'utilisation des PSMA par des adolescentes qui ont souvent un poids santé, risque de porter atteinte à leur santé physique et mentale et d'engendrer comme nous l'avons vu plus haut des désordres alimentaires. De même, le niveau d'instruction, la condition économique et l'âge peuvent rendre plus difficile l'accès à l'information et la capacité de décoder celle-ci. La réglementation doit donc permettre de protéger tous les individus et particulièrement les plus vulnérables.

Dans le cadre de l'objet de la loi la question suivante est posée: Cette loi devrait-elle se concentrer sur la prévention des risques pour la santé physique et mentale de la population (une responsabilité déjà considérable) ou devrait-elle également comprendre toutes les questions liées à la promotion et la protection de son bien-être physique, mental et social ? Le point est aussi soulevé au niveau de l'interprétation : Le mot santé ne serait pas défini dans la loi proposée; il faudrait donc l'entendre suivant son sens ordinaire (état général du corps et de l'esprit). Cette mesure prévoirait l'évolution de la définition avec le temps. La loi proposée devrait-elle utiliser la définition de l'organisation mondiale de la santé qui renvoie au bien-être physique mental et social des personnes ? Est-il raisonnable de s'attendre à ce que la présente loi protège le bien-être social des personnes? Dans la négative, la loi devrait-elle définir de façon explicite le mot « santé » comme le bien-être physique et mental des personnes?

Le bien-être social des personnes, lorsqu'on parle d'obésité, est une notion qui n'est pas négligeable, dans la mesure où les personnes obèses ou en surpoids sont souvent victimes de discrimination. Le bien-être social peut affecter de façon marquée leur bien-être psychologique et physique et dans la mesure où la vente des produits amaigrissants joue aussi la carte de l'apparence et de l'amélioration des relations sociales plutôt que sur la santé physique dans certaines promotions, il serait donc souhaitable de reprendre la définition de la santé tel qu'elle est définie par l'Organisation mondiale de la santé. On peut aussi référer au principe de santé de la Charte d'Ottawa qui définit la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques.

Pour l'article A2.3.1 **Seules la science et des observations objectives doivent servir à évaluer un risque pour la santé. Exprimé différemment, l'utilisation convaincante de preuves scientifiques et de jugement devrait être la base pour déterminer la nature et l'importance du risque pour la santé. Ceci n'écarte pas la possibilité d'appliquer le concept de précaution et n'empêche pas l'apport des sources traditionnelles de la médecine qui ont, dans différentes parties du monde, évolué au fil du temps et sont devenues des entités importantes du savoir en matière de santé.**

Il nous apparaît important que les manufacturiers et vendeurs de produits naturels qui réfèrent souvent aux sources traditionnelles pour démontrer l'innocuité de leur produit aient à répondre

aux mêmes exigences de sécurité que les autres médicaments. Ces références aux médecines traditionnelles ou ancestrales venues d'ailleurs se retrouvent d'ailleurs souvent comme arguments publicitaires pour les produits amaigrissants, par exemple :

- « préparé à partir de différentes herbes rares d'orient...naturelle... »
- « partout dans le monde, depuis des milliers d'années, on utilise les herbes, les plantes doivent leur popularité accrue à leur effets secondaires minimaux et à leur efficacité »
- « produit historique en Asie »

Plusieurs études sur les produits à base d'herbes ont démontré qu'ils sont loin d'être inoffensifs qu'on pense seulement à ceux qui contiennent du Ma Huang (Shekelle et al, 2003) ou du germander (Laliberté et Villeneuve, 1996; De Berardinis et al, 2000). Il est important que malgré leur ancienneté, ils soient soumis à la même rigueur concernant l'innocuité et l'efficacité que les produits pour lesquels un DIN est attribué. Dans la promotion de ces produits, on sous-entend souvent qu'un produit ancestral et naturel est sécuritaire puisque utilisé depuis toujours, or ni l'efficacité ni l'innocuité de ces produits n'ont nécessairement fait l'objet d'études scientifiques sérieuses (Allison et al, 2001). De plus les informations concernant les produits à base de plante quant aux effets secondaires possibles sont souvent difficilement accessibles pour l'utilisateur et dans beaucoup de cas c'est un aspect qui est peu documenté. Il convient aussi d'ajouter les risques d'interactions médicamenteuses qui ont aussi fait l'objet de trop peu de recherche. Selon Boon et Jurgens (2001), il est souvent difficile d'obtenir de l'information de qualité sur ces interactions, y compris des estimations précises de leur incidence, ainsi que des renseignements sur leurs mécanismes d'action et sur leur importance clinique. Cela est dû à un certain nombre de facteurs tel le fait que le public (dont les professionnels de la santé) présument que les produits de santé naturels sont dotés d'une innocuité naturelle; le manque de connaissances des mécanismes d'enregistrement des interactions entre les PSN et les médicaments; enfin l'absence de recherches sur l'interaction entre les PSN et les médicaments.

Dans le choix des mesures qui devraient être prises en cas de risque pour la santé, on mentionne à l'article A2.3.2.1 **que les effets nuisibles éventuels doivent être jaugés par rapport aux avantages potentiels pour la population du Canada.**

Dans le cadre de l'application de la loi et de la définition des catégories de produit, les produits de santé naturels sont considérés comme un sous-ensemble des produits de santé. Il semble important de s'assurer que les produits de santé naturels qui font la promotion d'agir sur la perte de poids respectent la réglementation en vigueur pour les produits de santé. Depuis plusieurs années cette catégorie de produits a flotté entre deux catégories (drogues et aliments) tout en faisant des allégations santé clairement reconnues comme étant le propre des drogues selon La loi sur les aliments et les drogues.

B EXIGENCE GÉNÉRALE EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ

Paramètre d'une exigence générale en matière de sécurité

Aux termes d'une exigence générale en matière de santé, il serait interdit à quiconque de fabriquer, de promouvoir ou de commercialiser un produit qui pourrait présenter un risque indu

pour la santé dans des conditions d'emploi raisonnablement prévisible. Cette exigence s'appliquerait tout au long du cycle de vie d'un produit, depuis sa fabrication jusqu'à son élimination.

B2.2 De plus, une exigence générale en matière de sécurité s'appliquerait à tous les produits, même en l'absence de normes ou d'exigences précises dans la loi proposée ou les règlements. Celle-ci prévoirait notamment...

Cette proposition semble utile compte tenu qu'elle comprend des dispositions qui permettent d'englober des PSMA qui, par ailleurs, peuvent réussir à contourner d'autres articles de la loi.

Par exemple le fait de tenir compte de la probabilité et de la gravité des effets nuisibles potentiels sur la santé. Surtout si on considère le point **B2.2.1.2 : le produit pourrait ne pas produire le résultat auquel on peut raisonnablement s'attendre**. Dans le cas des PSMA, cet aspect auquel les utilisateurs sont régulièrement confrontés. S'ils peuvent faire maigrir à court terme, le poids est plus souvent repris (Ayyad et Anderson, 2000). Dans le cas de nombreux produits, même l'efficacité à court terme, basée sur la seule utilisation du produit, est loin d'avoir été démontré malgré les prétention de plusieurs d'entre eux (Allison et al, 2001). Ces échecs répétitifs peuvent être importants au niveau psychologique. De même que la perte de poids promise, permettant potentiellement l'amélioration de l'état de santé, ne se produisant pas ou n'étant pas durable, cela laisse l'utilisateur dans un état physique qui pourrait avoir des conséquences négatives importantes sur sa santé. De plus, la publicité qui accompagne ce type de produit amène souvent l'utilisateur à se sentir responsable de son échec. Des attentes démesurées quant à la réussite de la démarche et à la permanence de la perte de poids sont souvent engendrées par la publicité de plusieurs produits dont la promotion garantit des résultats importants et durables. Un groupe d'experts réunis par la Federal Trade Commission (2003) a pourtant considéré les allégations de perte de poids pour tous et de pertes de poids permanentes comme étant non plausibles selon l'état actuel des connaissances scientifiques

De même le point B2.2.1.12 Avant d'être annoncé ou commercialisé, le produit n'a pas été évalué objectivement afin de déterminer et de traiter des répercussions négatives possibles sur la santé :

Les effets secondaires et l'efficacité des produits amaigrissants sont l'objet de peu d'études reconnues avant la mise en marché. De plus les produits proposent souvent une perte de poids trop rapide, décourage la saine alimentation ou l'exercice qui font pourtant partie de saines habitudes de vie. Même lorsque des risques sont connus pour un ingrédient particulier, les utilisateurs sont rarement avisés par un étiquetage approprié comportant des mises en garde. Le consommateur dispose de peu d'informations sur l'innocuité et l'efficacité des produits

Les professionnels des soins de santé signalent volontairement les interactions qu'ils soupçonnent entre des PSN et des médicaments. Par contre, les fabricants canadiens de produits avec un DIN sont obligés de signaler les effets indésirables graves. Or lors d'une analyse d'un échantillonnage de PSMA disponibles au Québec nous avons pu constater que moins de 6 % des produits naturels échantillonnés avaient un DIN. Ce qui peut limiter le nombre d'effets secondaires

répertoriés. Pourtant plusieurs d'entre eux faisait des allégations santé normalement réservées aux médicaments (par exemple traiter et guérir). Il apparaît donc nécessaire que ces produits soient soumis aux mêmes exigences que les autres produits de santé. Si on prend le cas du millepertuis, qui a fait l'objet d'un avis de Santé Canada pour les interactions médicamenteuses, on trouve très peu de mises en garde à cet effet sur l'étiquetage des PSMA qui en contenaient.

B2.3 Des facteurs comme ceux qui suivent seraient considérés au moment de déterminer si le fournisseur a exercé une diligence raisonnable dans les circonstances :

B2.3.5 Le niveau de sécurité auquel la personne en danger peut raisonnablement s'attendre; Par exemple, la personne a-t-elle accepté le risque ?

Manque de clarté : par exemple pourrait-on prétendre qu'en achetant le produit la personne accepte le risque ? La réponse est non, surtout si le risque n'est pas mentionné ou que les manufacturiers de produits se mettent à insérer une notice complexe de risques associés écrits en caractères minuscules, cela ne suffit pas à protéger la santé. Les gens achètent un produit pour ce qu'il annonce en avant-plan et non en fonction de notices qu'on rend le plus invisibles possible.

B2.3.7 Les connaissances scientifiques et l'état actuel de la technologie applicables au produit;

À moins de situations très particulières, il ne devrait pas y avoir des produits pour lesquels on ne peut raisonnablement assurer l'innocuité.

B3- CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT

Les responsabilités des participants de la chaîne d'approvisionnement

Toute personne participant à la chaîne d'approvisionnement devrait :

- faire preuve d'une diligence raisonnable dans ses activités;
- s'abstenir de promouvoir ou de commercialiser un produit lorsqu'elle sait, ou devrait savoir, qu'il ne répond pas aux exigences en matière de sécurité;
- assurer sa coopération dans le cadre de la surveillance de l'innocuité des produits et de la mise en œuvre de mesures correctives comme des rappels de produits.

Les responsabilités des « fabricants » et des « importateurs »

Les responsabilités des « fabricants » et des « importateurs » s'appliqueraient à toutes les questions relevant directement ou indirectement d'eux et qui peuvent toucher l'innocuité du produit. Elles comprendraient la prise de mesures proportionnelles au risque que présente le produit afin de surveiller les incidents néfastes pour la santé et de prendre les mesures correctives appropriées le cas échéant.

Q24. Êtes-vous d'accord qu'un fabricant (y compris un importateur) soit tenu de surveiller les effets néfastes relatifs à un produit une fois vendu et de prendre des mesures correctives, au besoin?

Q25. Êtes-vous d'accord que la personne qui distribue le produit (par exemple, le détaillant) soit tenue de transmettre les renseignements relatifs à la sécurité d'un produit et de collaborer avec le fabricant dans la mise en œuvre de mesures correctives?

Il est très difficile d'avoir de l'information sur les effets indésirables des produits naturels et c'est encore plus vrai lorsqu'il s'agit des PSMA. De plus une prémisses sous-tend que tout ce qui peut faire perdre du poids est bon. Actuellement les personnes impliquées dans la chaîne d'approvisionnement on peu fait pour rendre accessible l'information sur les effets secondaires à l'utilisation de ces produits. Par ailleurs, les sources sont difficiles à valider quant à leur impartialité. Dans de nombreux cas, ce type de produits est indiqué sans effet secondaire sans qu'on puisse valider cette affirmation. Les mises en garde sont déjà peu fréquentes, souvent de nature générale, et nous avons constaté de nombreuses omissions dans des cas où il y aurait eu lieu d'en retrouver. Dans la mesure où les fabricants seraient responsables de surveiller les effets néfastes, il faudrait qu'ils soient tenus de rendre ces résultats publics et la transparence devrait être élevée.

Pour ce qui est du niveau de responsabilité des distributeurs : actuellement, les distributeurs de PSMA, ont une grande variété de produits naturels et leur degré de connaissance des produits est souvent variable. Les endroits de vente devraient être tenus d'avoir des employés bien informés et en mesure de fournir des renseignements et de répondre aux questions sur les produits. Il y a aussi beaucoup de vente par correspondance dont l'encadrement et le suivi sont presque impossibles à documenter. Par exemple, une étude américaine a analysée 552 sites Internet reliés aux suppléments à base d'herbe, 81 % contenaient des allégations sur la santé dont 55 % promettait de traiter, prévenir, diagnostiquer ou guérir une maladie spécifique. Plus de la moitié de ces sites n'affichaient pas les mises en garde requises par la FDA. Seulement 12 % des sites offraient de l'information sans lien avec la vente d'un produit (Morris et Avorn, 2003). L'offre de produits sur internet est très élevée et l'information qu'on y trouve est souvent incomplète.

L'exemple au point B3.1.2 au fait que les responsabilités du fabricant comprendrait notamment **la prise de mesures proportionnées au risque présenté par le produit afin de surveiller les effets néfastes pour la santé une fois que le produit a été mis sur le marché et la prise des mesures correctives appropriées (y compris un rapport à Santé Canada). Des mesures correctives appropriées pourraient inclure des mesures pour faire face à l'utilisation pour indication non-prévue sur l'étiquette, par exemple, en s'assurant que des mises en garde apparaissent sur l'étiquetage des produits qui sont l'objet d'une utilisation grandissante pour de telles indications.**

Par exemple, dans le cas où une nouvelle drogue devant favoriser la concentration s'avère être également utilisée comme coupe-faim, quel devrait être le devoir du promoteur? Il faudrait qu'il y ait un avertissement inscrit sur l'étiquette spécifiant que le produit n'est pas conçu à cette fin et que toute utilisation pour perte de poids soit à proscrire vu l'absence de données sur l'efficacité et l'innocuité.

La responsabilité des participants de la chaîne d'approvisionnement devrait être renforcée. Ce sont les premiers intéressés au plan commercial, donc susceptibles de rogner sur les manœuvres de sécurité.

B6- FAUSSES REPRÉSENTATIONS

Fausses représentations quant à une allégation de santé

Les allégations trompeuses concernant la santé et la sécurité seraient interdites en vertu de la nouvelle loi. Cette dernière exigerait aussi que quiconque fait une allégation relative à la santé puisse produire des données valides l'étayant, et établirait qu'il incombe à la personne faisant l'allégation d'en démontrer la véracité.

Les articles de loi proposés sont intéressants et permettraient de mieux encadrer la promotion des PSMA dans la mesure où l'application de la loi est renforcée et qu'un mécanisme de surveillance est en place. Le mécanisme actuel qui agit surtout à partir de plaintes des utilisateurs est peu approprié pour les produits amaigrissants. Entre autres, parce que dans l'esprit de l'individu qui entreprend une démarche de perte de poids, la responsabilité de l'échec de celle-ci lui est imputable, il ne remet pas en question l'efficacité du produit utilisé et porte rarement plainte.

Lors de l'analyse d'une sélection de PSMA disponibles au Québec, très peu font référence à des études cherchant à démontrer leur efficacité pour la perte de poids. Si on tient compte de l'efficacité à long terme tel, par exemple, le maintien de la perte de poids pour un an comme condition d'efficacité de la démarche, on constate l'absence de données pertinentes. En prenant par exemple le cas de l'éphédra, dans le cadre d'une méta analyse effectuée en 2003 (Shekelle et al), il ne fut pas possible d'obtenir des données au-delà de 6 mois de traitement. Lors de l'analyse des PSMA effectuée par l'ASPQ et ses partenaires, il a été possible de relever que plus de 15 % des produits faisaient l'allégation d'une perte de poids permanente sans aucune étude à l'appui de cette affirmation.

Un autre problème rencontré est la présence de biais dans le protocole de recherche, entre autres par le financement de la recherche. Par exemple dans le cas d'une méta- analyse sur l'efficacité du picolinate de chrome pour la perte de poids, les auteurs (Pittler et al, 2003) ont constaté que les deux études les plus importantes et cinq autres, parmi celles répertoriées, étaient toutes financées en partie par le même manufacturier de produits commerciaux contenant du picolinate de chrome.

En comparant les promotions entourant la vente des PSMA de notre sélection aux allégations santé entourant la perte de poids retenues par un groupe d'experts du Federal Trade Commission, comme étant non plausibles selon l'état actuel des connaissances scientifiques, on peut constater de nombreux exemples, telles la perte de poids permanente, perte de poids substantielle sans égard à l'alimentation ou l'exercice, perte de poids basée sur des concepts scientifiques non démontrés de blocage d'absorption des gras ou des calories. On a pu retrouver une ou plusieurs de ces affirmations dans plus de 30 % des produits analysés au Québec.

Parmi les produits analysés, près de 35 % listaient dans leur composition un ou plusieurs ingrédients bannis pour leur inefficacité des produits pour la perte de poids sans ordonnance par le Food and Drug Administration (FDA) aux États-Unis (Allison et al., 2001).

B6.3 Il incombe à la personne qui fait des allégations de démontrer leur véracité en se basant sur la science et sur des observations objectives.

Il serait important d'avoir des précisions sur ce qui serait considéré comme des observations objectives et comment l'application de cet article de la loi sur les fausses représentations serait réalisé. Il faut aussi qu'un mécanisme soit mis en place pour s'assurer de la rigueur et de la validité des preuves apportées à la véracité des allégations.

L'article **B6.6 La loi proposée interdirait à un média public de disséminer une annonce lorsqu'il savait ou aurait du savoir que la proposition contrevenait à la loi ou aux règlements.** Cette disposition est aussi d'un grand intérêt dans la mesure où il responsabiliserait les médias face à la publicité qu'ils diffusent. Nous avons pu constater entre autre la diffusion de publicité dans des tabloïds québécois alors que le produit et les fabricants avaient déjà été condamnés pour publicité frauduleuse. La Federal Trade Commission aux États-Unis vient de proposer aux Média un mécanisme d'auto-gestion des publicités pour les PSMA, en leur fournissant un document qui leur permet d'évaluer la conformité des publicités par rapport aux principales allégations trompeuses. Elle les invite aussi à dénoncer les produits qui utilisent des approches publicitaires déloyales pour le consommateur. Ce programme est appelé Reg Flag : Bogus Weight Loss Claims. Son impact sur les publicités sera évalué dans un an (FTC, 2003)

B7 CATÉGORISATION DES PRODUITS

B7.1.1- La loi sur la protection de la santé du Canada qui est proposée établirait des exigences de base en matière de santé et de sécurité, généralement applicables à tous les produits. Par conséquent, il ne serait pas nécessaire de définir des catégories de produits dans la loi.

B7.1.2- Les règlements adoptés par le gouvernement en vertu de la loi proposée établiraient des normes et des systèmes de contrôle supplémentaires adaptés à divers types de produits ou de dangers ou à diverses préoccupations particulières en matière de santé que chaque produit soulève. Il serait nécessaire de créer différentes catégories ou classes de produits dans ces règlements et de les adapter de temps à autre afin de veiller à ce que le niveau de contrôle exercé sur un produit donné continue d'être proportionnel au niveau de risque qu'il représente.

Q38. Êtes-vous d'accord pour donner à un « comité de classification » le mandat de déterminer la façon de classer les produits pour fins de réglementation?

Q39. Le « comité de classification » devrait-il pouvoir déterminer quelles parties de quels régimes de réglementation devraient s'appliquer aux produits hybrides et aux produits mixtes?

Actuellement dans le cas de plusieurs PSMA, la catégorisation des produits a permis à des fabricants d'éviter de s'assujettir aux articles de loi sur les drogues en se considérant comme

aliment. Des définitions plus claires sont donc souhaitables. Toutefois, la définition très large des allégations santé permise pour des aliments risque d'entraîner des excès dans la publicité accompagnant le produit. De nombreux PSMA, pourraient ainsi éviter d'avoir à rencontrer les exigences plus strictes relatives aux produits de santé tout en faisant des promesses alléchantes quant à leur potentiel de prise en charge de l'excès de poids. Ce qui ne serait pas dans le meilleur intérêt de la santé des utilisateurs. Les produits hybrides ne devraient-ils pas avoir l'obligation de se conformer à la réglementation la plus stricte qui peut leur être appliquée. Par exemple, une barre qui dit contenir des ingrédients qui ont la vertu de couper l'appétit, faire perdre du poids, etc. devrait être considérée comme un produit santé et devoir se conformer aux exigences encadrant les produits santé.

B7.2- Aliments (Définition)

Le mot aliment désignerait tout produit transformé, semi-transformé ou à l'état brut, qui lorsqu'il est utilisé selon les instructions ou certaines conditions usuelles ou habituelles, est destiné à être ingéré par des êtres humains et dont la principale caractéristique est de nourrir ou d'hydrater, de satisfaire la faim ou la soif, ou de satisfaire un goût, une texture ou une saveur.

B7.2.1.4 ...Est-ce qu'un produit qui est utilisé pour traiter ou guérir une maladie (par opposition à « prévenir ou atténuer ») devrait être automatiquement catégorisé comme un produit de santé plutôt qu'un aliment ?

Oui, et il faudrait même inclure atténuer dans la catégorie des médicaments. Quand on parle de la question du poids, le terme atténuer est utilisé dans la promotion des produits sous des termes comme : diminuer le tour de taille, réduire le tour de taille, réduire les gras. Cela pourrait permettre à plusieurs produits de se glisser dans la catégorie des aliments et ainsi éviter de se conformer à plusieurs exigences relatives aux médicaments. Il arrive qu'officiellement le produit ne prétend pas traiter ou guérir, mais que la publicité qui en fait la promotion, nous propose un produit qui agit malgré tout sur l'obésité en utilisant des images de personnes obèses retrouvant un tour de taille « très » atténué.

B7.2.1.6 ...ou pour laquelle un effet particulier doit être obtenu au moyen d'une ingestion contrôlée d'aliments...cette catégorie comprendrait les produits alimentaires destinés à une alimentation spéciale ou à un usage médical, telles que les préparations pour régimes liquides.

Encore une fois de nombreux PSMA pourraient se classer dans cette catégorie, mais nous ne croyons pas que cela soit souhaitable pour la sécurité et la santé des utilisateurs. De la distribution d'échantillon aux consommateurs à l'absence d'obligation de devoir démontrer l'efficacité, le fait d'être classé comme aliment plutôt que produit de santé pourrait entraîner des risques à la santé. Le fait d'être reconnu comme aliment permet aussi d'élargir la visibilité du produit et d'augmenter sa consommation. On permet au promoteur de faire la publicité d'un

produit santé mais en ayant la forme d'un aliment, ce qui lui permet d'éviter beaucoup de contrôle et d'exigences reliées aux produits de santé.

B7.3- Produit de santé (Définition)

B7.3.1- Un « produit de santé » s'entendrait de tout produit fabriqué, commercialisé ou, annoncé, comme pouvant servir à ce qui suit ou tout produit dont on pourrait facilement croire qu'il peut servir à :

B7.3.1.1- maintenir ou promouvoir la santé;

B7.3.1.2- traiter, atténuer, prévenir, réduire le risque ou guérir une maladie, un désordre ou un état physique ou leurs symptômes;

B7.3.1.3- tester ou diagnostiquer une maladie, un désordre, un état physique ou leurs symptômes; ou

B7.3.1.4- modifier, restaurer ou corriger une fonction ou une structure physiologique;

B7.3.1.5- chez les êtres humains ou les animaux.

Q44. Le paragraphe introductif de la définition proposée signifierait qu'un produit pourrait être considéré comme un produit de santé, même si le fournisseur ne fait pas d'allégations de santé, lorsque le consommateur pourrait vraisemblablement comprendre que ce produit est un produit de santé. Êtes-vous d'accord avec ceci?

Tout produit qui fait une allégation de santé devrait être considéré comme un produit de santé, de même que les produits qui se présentent sous un format qui en donne l'impression. Certaines marques de gélules de produits naturels, comme le garcinia cambogia, ne comportait aucune allégation sur le contenant lorsque vendues sous une marque-maison, et il n'y a pas vraiment de promotion spécifique à celle-ci comme pour une marque de fabricants de produits naturels reconnus, mais il reste clair qu'il s'agit d'un produit de santé compte tenu des allégations qui entourent habituellement le garcinia cambogia quant à la perte de poids.

Q45. Est-ce que la distinction entre « aliment » et « produit de santé » est clairement délimitée?

Non, le fait que certains aliments soient autorisés à faire des allégations santé risquent d'augmenter la confusion et de voir certains produits encore réussir à rester entre deux catégories et ainsi éviter de se conformer à ce qui apparaît nécessaire à la sécurité et la santé des utilisateurs. Comme par exemple des soupes ou des barres qui disent contenir des ingrédients qui aident à la transformation des gras en énergie et qui, par la suite, promettent une perte de poids facile, rapide et durable dans leur publicité.

B7.2.1.4- un produit alimentaire commercialisé sous une forme alimentaire facilement reconnaissable par le consommateur comme étant un aliment, modifié ou fortifié de façon à prévenir, atténuer, traiter ou guérir une maladie, un désordre, un état physique ou leurs symptômes ou à en réduire le risque, ou modifié ou fortifié de manière à restaurer, corriger ou modifier une structure ou une fonction physiologique du corps;

B7.3.1.8- un produit composé en tout ou en partie d'un aliment, commercialisé sous une forme facilement reconnaissable par le consommateur comme étant un aliment.

Par exemple, de la soupe au poulet contenant des herbes médicinales serait réglementée comme un aliment, que le fournisseur fasse ou non une allégation de santé. Un examen réglementaire approprié s'appliquerait et dans plusieurs cas, ceci aurait comme conséquence l'interdiction de la vente du produit.

Ces deux points semblent en contradiction, ou à tout le moins pourraient amener de la confusion dans l'interprétation de la loi. Un aliment peut faire des allégations santé au point B7.2.1.4, mais se verrait interdire de vente selon le point B7.3.1.8. Nous avons pu observer cette ambiguïté pour plusieurs produits. Par exemple, des poudres à mélanger qui ne se vendent pas comme des substituts de repas, donc ne se conforment pas aux règlements sur les substituts de repas, ayant l'apparence de « shake », mais qui contiennent des herbes qu'on prétend thermogéniques et qui allèguent aider à obtenir et maintenir un poids santé, augmenter le métabolisme, et ce, sans se conformer à la réglementation sur les médicaments.

B7.4- Produit de santé naturel (Définition)

B7.5- Cosmétiques

Tel qu'indiqué ci-dessus, les cosmétiques seraient exclus de la définition d'un produit de santé.

Un cosmétique ayant une allégation indiquant que le produit peut aider à maintenir, à promouvoir ou à modifier une structure ou une fonction physiologique du corps demeurerait un cosmétique, à la condition qu'une telle allégation soit autorisée en vertu de la législation s'appliquant aux cosmétiques.

Si une allégation thérapeutique non autorisée en vertu de la législation s'appliquant aux cosmétiques était faite, le produit serait réglementé en tant que produit de santé.

Il serait nécessaire d'avoir des précisions quant aux allégations thérapeutiques autorisées. Les crèmes dites amincissantes prennent une grande ampleur sur le marché et leur encadrement comme produit de santé, dans la mesure où elles empiètent le domaine de la perte de poids, serait souhaitable.

B8- PROCESSUS D'ÉVALUATION

Répercussions en ce qui concerne l'évaluation par Santé Canada des médicaments nouveaux, des aliments modifiés génétiquement et d'autres produits

Un certain nombre de dispositions auraient des répercussions en ce qui concerne l'évaluation de produits par Santé Canada. Par exemple, la loi proposée :

- **cautionnerait le concept de transparence et de participation du public dans la prise de décision du gouvernement;**
- **renforcerait l'autorité de Santé Canada à procéder à la collecte, utilisation et divulgation de renseignements dans l'intérêt du public tout en établissant un code de conduite pour protéger la confidentialité des renseignements personnels et commerciaux;**
- **permettrait à Santé Canada d'informer le public des actions de mise en application de la loi, incluant les rapports d'inspection, sous réserve de protéger des renseignements confidentiels;**
- **fournirait un mécanisme pour aider à résoudre les différends de manière constructive et transparente;**
- **fournirait des directives pour la gestion de comités consultatifs en ce qui concerne des questions comme les conflits d'intérêts et la transparence;**
- **exigerait que les processus réglementaires pour lesquels des frais sont imputés soient menés de façon indépendante des opérations reliées à la perception des frais;**
- **fournirait, dans différents secteurs, l'autorité réglementaire qui fait parfois défaut en vertu de la législation actuelle;**
- **accorderait les pouvoirs permettant de prendre des mesures pour faciliter l'accès à des produits considérés comme apportant un bienfait particulier à la santé publique;**
- **faciliterait la collaboration avec les organisations gouvernementales dans d'autres juridictions;**
- **fournirait l'autorité réglementaire nécessaire pour assurer que la sécurité et l'efficacité des produits de santé puissent faire l'objet d'une surveillance adéquate une fois qu'ils ont été approuvés pour la vente.**

Il serait souhaitable que ces mesures soient aussi mises en place pour les produits naturels dont les PSMA, car même si ces ingrédients sont parfois qualifiés d'ancestraux, les mélanges d'herbes et d'ingrédients sont souvent inédits et peuvent entraîner des effets secondaires qui ne sont pas documentés. De plus, les vertus qui leur sont attribuées et les allégations santé qui les accompagnent ne sont pas toujours reconnues dans la littérature existante. Il faudrait donc un suivi de ces produits après leur mise en marché et la mise en place d'une procédure efficace pour relever les effets indésirables dont le manque d'efficacité thérapeutique fait d'ailleurs partie.

B9- ALIMENTS

B10- PRODUITS DE SANTÉ

B10.3- Publicité

B10.3.2- « Annexe A »

Q67. Veuillez indiquer quelle option vous préférez et pourquoi.

Option 1

Nous considérons important le maintien d'une limite à la publicité telle que celle qui existe avec l'annexe A. Nous encourageons le renforcement qui permettrait de mieux contrôler la publicité déjà existante étant donné que nous avons pu constater par exemple que des produits amaigrissant (20/150 des produits analysés) sont associés à des allégations portant sur l'obésité, voire le diabète. Dans d'autres cas même si l'obésité n'est pas clairement indiquée, les images présentent clairement une personne obèse qui perd une grande quantité de poids suite à l'utilisation du produit. La référence non nominative à une maladie répertoriée à l'Annexe A, par des éléments visuels notamment, doit être considérée au même titre que sa nomination.

Il serait même souhaitable que le concept d'obésité soit élargi au problème de poids.

B10.3.3- Publicité directe au consommateur

Q70. Veuillez indiquer quels sont les outils qui selon vous devraient être utilisés afin de contrôler la publicité directe au consommateur des produits de santé et indiquer pourquoi.

Premier outil : La prohibition de la promotion des produits de santé sur ordonnance

Nous ajouterions que dans la mesure où un produit présente un risque particulier en contribuant au développement d'une maladie ou d'une condition de santé préjudiciable, la promotion ne devrait pas être permise. Par exemple, dans le cas des PSMA, il est fortement soupçonné que l'utilisation de ces produits entraîne un effet yo-yo, les reprises de poids conduisent à un poids plus élevé que celui au début de la démarche de perte de poids, de même que le développement d'un problème d'obésité chez des personnes qui ne sont pas obèses au départ. Plusieurs études récentes réalisées auprès d'adolescentes et de femmes adultes ont démontré une augmentation significative du poids moyen des personnes ainsi que de la proportion de personnes obèses parmi celles qui font fréquemment des tentatives de perte de poids comparativement à celles qui n'en font pas. Dans une enquête sur les méthodes de perte ou de contrôle de poids réalisée dans le cadre du projet « Éducation aux saines pratiques de contrôle du poids comme stratégie de promotion d'un mode de vie sain » en 2003, il a été possible de constater que 32 % des utilisatrices se tournaient vers les produits naturels malgré qu'elles constatent leur manque d'efficacité.

Deuxième outil : La diffusion de renseignements sur les produits de santé au consommateur

Si il peut sembler important que, dans la mesure où on veut que les gens fassent un choix éclairé, nous ayons un outil public qui diffuse l'information, celui-ci doit inclure aussi les réserves à

l'utilisation du produit, les contre-indications, les alternatives à l'utilisation du produit. Le danger semble aussi très grand que cet outil se transforme en organe de promotion et publicité de produits spécifique ou qu'on permette sous le principe de l'information et de l'éducation des messages qui deviennent clairement des publicités. Ces écarts sont régulièrement vus dans le cas des médicaments d'ordonnance, qu'on pense seulement à l'évolution des publicités pour le Viagra.

Troisième outil : Le contrôle du contenu de la promotion

B10.3.3.2.3.2- Les renseignements fournis au consommateur doivent s'appuyer sur des données valides;

Il faut aussi que cette information soit très accessible pour l'utilisateur. Elle devrait se retrouver dans les documents d'accompagnement du produit. L'absence de cette information permettrait à l'utilisateur de se questionner sur la valeur du produit quant à son efficacité et à son innocuité. Très peu des PSMA analysés font état d'étude sur l'efficacité ou l'innocuité de leur produit. Moins du 1/3 offre des mises en garde ou des précautions à l'utilisation des produits et souvent elles n'apparaissent pas sur l'étiquetage du produit. Dans plusieurs cas, elles étaient de nature générale et ne tenait pas compte des effets secondaires reconnus pour un des ingrédients contenu dans le produit. Certains produits ne donnent même pas la liste des ingrédients ou leur quantité.

B10.3.3.2.3.3- La promotion doit être équilibrée. Elle ne doit pas directement ou indirectement exagérer les bienfaits ou le besoin du produit et doit présenter justement les risques associés à son usage;

Il est aussi important que l'équilibre soit dans la présentation, les deux trois lignes en tout petits caractères illisibles dans le bas de page ou dans un feuillet à l'intérieur de la boîte ne permettent pas à l'utilisateur d'avoir une information juste et cela minimise la portée du message qui doit être transmis.

B10.3.3.2.3.4- Les déclarations concernant les risques et les avantages du produit doivent être exprimées, que ce soit sous forme de texte ou de données statistiques, d'une façon qui devrait être raisonnablement comprise par le public ciblé.

Ces déclarations doivent surtout être fondées et validées. Elles devraient aussi être facilement disponibles à l'utilisateur. Plusieurs produits font la promotion d'être sans effet secondaire, sans danger, et ne présentent aucune contre-indication alors que pour des personnes à risque ce pourrait ne pas être le cas ou que des ingrédients du produit ont des effets secondaires connus. De plus, bien que pour certains produits nous puissions supposer que les ingrédients ne sont effectivement pas dangereux, la démarche proposée par le produit pourrait poser des risques à la santé.

B10.3.3.2.3.5- Toute comparaison entre produits de santé, doit être conforme aux directives développées par Santé Canada.

Est-ce que de telles représentations devraient être permises?

Dans la mesure où cette comparaison n'offre pas d'information additionnelle, ce genre de publicité n'est pas utile. Dans le cas des PSMA, ce type de publicité peut conduire à une escalade de chiffre en terme de perte de poids qui n'est dommageable dans le cadre de saines pratiques de contrôle du poids.

B10.3.3.2.3.6- La promotion doit informer le consommateur des traitements de rechange et ne doit pas exagérer directement ou indirectement les avantages relatifs de l'usage du produit lorsqu'il est comparé à d'autres thérapies disponibles;

Est-ce réaliste de s'attendre à ce que le fournisseur informe le consommateur quant aux traitements alternatifs compte tenu des contraintes de temps ou d'espace en certains cas? Est-ce qu'il serait suffisant d'informer le consommateur de l'endroit où ces informations sont disponibles?

Dans le cas des produits amaigrissants, il est impératif que l'utilisateur soit informé de l'importance d'une saine alimentation, de l'exercice et de la nécessité de consulter un professionnel de la santé avant d'entreprendre une démarche de perte de poids. Cette information devrait accompagner toute promotion d'un PSMA et faire partie de la documentation accompagnant le produit. Dans plusieurs cas, les saines méthodes de contrôle du poids étaient minimisées par des énoncés où il est proposé, par exemple, de perdre du poids sans effort, sans faire d'exercice, sans modifier ses habitudes alimentaires.

B10.3.3.2.3.7- La promotion devrait rappeler au consommateur que le médecin traitant est bien placé pour déterminer si une autre forme de traitement serait plus appropriée dans les circonstances.

Comme nous l'avons dit plus haut, il serait important que les personnes désirant entreprendre une démarche de perte de poids en réfère à un professionnel de la santé. Aux États-Unis, la promotion publicitaire des PSMA doit être accompagné d'un avis semblable.

B10.3.3.2.3.8- La promotion ne doit pas encourager directement ou indirectement le consommateur à s'auto-diagnostiquer ou à se soigner lui-même lorsqu'une erreur pourrait causer une lésion corporelle importante ou la mort, en particulier si elle n'est pas diagnostiquée, traitée ou surveillée à temps par un praticien qualifié de la santé.

La promotion de plusieurs produits amaigrissants s'accompagnent de guide où l'utilisateur évalue sa condition et décide du degré d'intensité de son traitement ou de la quantité de produits à prendre selon les paramètres qu'il a autodéterminé. L'obésité et le surpoids son des problèmes complexes qui nécessitent une analyse détaillée et approfondie de plusieurs paramètres pour décider de la meilleure intervention à entreprendre et cette thérapie doit être encadrée par un praticien qualifié de la santé.

B10.3.3.2.3.10- La monographie du produit (y compris un sommaire rédigé dans un langage clair) doit être facilement accessible au public.

Tout membre du public pourrait ainsi obtenir les renseignements complets sur les conditions d'usage du produit et ses effets secondaires indésirables.

Oui, y compris les produits de santé naturels. Cette monographie doit être d'une source indépendante pour assurer la neutralité des informations qui sont fournies. Les renseignements doivent comprendre les différentes alternatives à l'utilisation du produit, les saines habitudes de vie et une incitation à consulter un professionnel de la santé qualifié.

B10.3.3.2.3.11- Les effets indésirables potentiels causés par le produit doivent faire l'objet d'une surveillance continue et les renseignements fournis au public doivent être ajustés en conséquence.

Ceci est en accord avec les responsabilités du fabricant telles que décrites dans la section sur la Chaîne d'approvisionnement.

Il est important de rappeler aux utilisateurs la définition des effets indésirables, entre autres que la consommation excessive, les surdoses, les interactions et le manque d'efficacité thérapeutique sont aussi considérés comme des réactions indésirables. Dans le cas de plusieurs produits naturels utilisés pour la perte de poids, il y a lieu de se questionner sur l'information actuellement disponible quant à l'efficacité et l'innocuité des produits. Il faudrait aussi un mécanisme qui incite les utilisateurs à rapporter tout effet indésirable et que cette information soit centralisée et puisse être retransmise clairement aux autres utilisateurs s'il y a lieu.

B10.3.3.2.3.12- Chaque annonce devrait inclure un encadré qui fournirait une quantité limitée de renseignements clés sous une forme pré-déterminée par Santé Canada.

Par exemple, ce résumé normalisé pourrait indiquer quels patients pourraient bénéficier du médicament, les résultats escomptés à court, moyen et long terme, les probabilités d'obtenir les mêmes résultats sans le médicament, les effets secondaires énumérés selon leur fréquence et leur sévérité, et les contre-indications.

Pour toute activité de promotion de produits de santé par un fabricant, devrait-on considérer l'établissement d'un système de permis où seulement les détenteurs de permis seraient autorisés à promouvoir un produit de santé, et où ce permis pourrait être restreint, suspendu ou enlevé, si les circonstances le justifient?

Cela pourrait être une façon de procéder qui assure une information claire et facilement repérable. Mais cette façon de faire peut devenir mécanique et ne pas retenir l'attention du consommateur surtout si elle est reléguée dans un petit encadré noyé dans l'ensemble de la publicité.

Quatrième outil : L'autorisation préalable

Idéalement, il serait souhaitable qu'il n'y ait pas de publicité sur les produits de santé, seulement la diffusion d'une information objective par une instance indépendante.

Le mécanisme actuel en concert avec le NCP, ne semble s'exercer que dans les situations de plaintes. De plus, les démarches faites auprès du NCP dans le cadre d'un de nos projets entourant la problématique du poids n'ont conduit qu'à une réponse remettant la responsabilité à l'individu sur cette question, sans tenir compte de l'impact médiatique et publicitaire entourant la gestion du poids. Nous croyons donc qu'il serait souhaitable qu'un organisme distinct du milieu publicitaire et industriel, et plus près des questions de santé, assure le suivi des contenus publicitaires et promotionnels.

H2- MISE EN APPLICATION DE LA LOI

Les dispositions de mise en application de la loi seraient renforcées

La loi proposée conserverait et renforcerait toutes les dispositions relatives à la mise en application de la loi figurant actuellement dans la *Loi sur les aliments et drogues*, la *Loi sur les produits dangereux*, etc. La loi proposée comprendrait aussi des pouvoirs de mise en application de la loi que l'on trouve dans des lois récentes, telles que la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement* et la *Loi sur le transport des marchandises dangereuses*. Par exemple : les amendes maximales imposées pour les infractions seraient augmentées de façon considérable; lorsqu'il reconnaît une personne coupable d'une infraction, le tribunal pourrait aussi imposer des mesures correctives; et les pouvoirs du ministre de prendre des mesures préventives ou correctives seraient élargis.

Le fardeau de la preuve dans des poursuites intentées contre un fournisseur

La loi proposée confirmerait le régime existant applicable dans la plupart des cas d'infractions réglementaires (désignées en droit comme étant des « infractions de responsabilité stricte »). Une fois l'existence d'une infraction établie, il incomberait au fournisseur de convaincre le tribunal qu'il a exercé une diligence raisonnable pour prévenir l'infraction. En d'autres termes, le gouvernement n'aurait pas à prouver d'intention criminelle et il appartiendrait au fournisseur de démontrer qu'il a pris des mesures raisonnables pour éviter le problème.

Les mécanismes de mises en application doivent être clairs et efficaces. Actuellement de nombreuses pratiques de publicité trompeuses sont utilisées impunément. Plusieurs PSMA, par exemple, font la promotion de traiter l'obésité alors que cette maladie fait partie de l'annexe A. Plusieurs produits font des allégations d'efficacité et d'innocuité sans fondement. Les mécanismes pour porter plainte sont complexes et ne sont pas à la portée des consommateurs. Si pour des questions financières, le fardeau de la preuve revient aux compagnies, il devrait y avoir un organisme indépendant qui évalue les données fournies afin de s'assurer de l'absence de biais et de la validité des preuves à l'appui des allégations.

Références - Partie I

- Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) (2004). *La consommation de « Enfalac Pregestimil Préparation pour nourrissons hypoallergénique » en poudre peut avoir des effets néfastes sur la santé.* Agence canadienne d'inspection des aliments, Index des rappels des aliments, 31 mars [En ligne]. <http://www.inspection.gc.ca/francais/corpaffr/recarapp/2004/20040331f.shtml> (page consultée le 13-04-2004).
- American Academy of Pediatrics (AAP) (1997). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 100 (6) : 1035-1039.
- American Academy of Pediatrics (AAP) (2003). Prevention of Pediatric Overweight and Obesity. *Pediatrics*, 112 (2): 424-430.
- American Dietetic Association (ADA) (2001). Breaking the barriers to breastfeeding - Position of ADA. *JADA*, 101: 1213.
- Anderson JW, BM Johnstone et DT Remley (1999). Breast-feeding and cognitive development : a meta-analysis. *Am J Clin Nutr*; 70 (4) : 525-535.
- Assemblée mondiale de la Santé (AMS) (2001). *La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant.* Cinquante quatrième assemblée mondiale de la santé.
- Ball TM et AL Wright (1999). Health Care Costs of Formula-feeding in the First Year of Life. *Pediatrics*, 103 (4) : 870-876.
- Ball TM et DM Bennett (2001). The Economic Impact of Breastfeeding. *Pediatr Clin North Am*, 48 (1): 253-262.
- Bachrach VRG, E Schwarz et LR Bachrach (2003). Breastfeeding and the Risk of Hospitalization for Respiratory Disease in Infancy – a Meta Analysis. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 157: 237-243.
- Beaudry M (2001). Recréer une culture d'allaitement maternel: Le rôle potentiel des politiques publiques. *Le Périscope*, 5 (1) [En ligne]. <http://www.aspq.org/bulletins/prscoop/vol6/recreerCultureAllaitement.htm> (page consultée le 2-02-2004).
- CBC - Marketplace : Genius in a bottle, diffusé le 14 février 2004, <http://www.cbc.ca/consumers/market/files/health/babyformula/#top>
- Chua S, S Arulkumaran, I Lim, et al. (1994). Influence of breastfeeding and nipple stimulation on postpartum uterine activity. *Br J Obstet Gynaecol*, 101: 804-805.
- Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé(1986). Conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa.
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (2002). Breast cancer and breastfeeding : collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 without the disease. *Lancet*, 360 (9328) : 187-195.

Convention relative aux droits de l'enfant (1989) [En ligne]. <http://www.unicef.org/french/crc/crc.htm> (Page consultée le 25-02-2004)

Cumming RC et RJ Klineberg (1993). Breastfeeding and other reproductive factors and the risk of hip fractures in elderly women. *Int J Epidemiol*, 22: 684-691.

Davis MK (2001). Breastfeeding and Chronic Disease in Childhood and Adolescence. *Pediatr Clin North Am*, 48 (1): 125-141.

Déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel (1990). Florence, Italie.

Dennis CL (2002). Breastfeeding Initiation and Duration: A 1990-2000 Literature Review. *JOGNN*, 31 (1): 12-32.

Dermer A (1998). Breastfeeding and Women's Health - Review. *J Women's Health*, 7 (4): 426-433.

Dewey KG, MJ Heinig et LA Nommsen (1993). Maternal weight-loss patterns during prolonged lactation. *Am J Clin Nutr*, 58: 162-166

Donnelly A, HM Snowden, MJ Renfrew et MW Woolridge (2004). Commercial hospital discharge packs for breastfeeding women (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Drane D (1997). Breastfeeding and Formula feeding : A Preliminary Economic Analysis, *Breastfeeding Review*, 5 (1) : 7-15.

Dumas L et M Lepage (1999). *Étude des facteurs de décision et de persistance à l'allaitement maternel dans la région de l'Outaouais suite à une action de concertation régionale*. Rapport de recherche subventionné soumis à la Régie Régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais, janvier.

Dzakpasu S (2003). Rate of Breastfeeding. In *Canadian Perinatal Health Report 2003*. Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada, Ottawa: 9-12. Disponible en ligne à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/index.html>

Euromonitor International (2001). *The World Market for Baby Food*. Forecast data to 2005.

Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance (UNICEF) (1999). *The Progress of Nation 1999*. Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance, New-York.

Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance (UNICEF) (2003). *National Implementation of the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes*. Nutrition Section, Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance, New-York.

Guillemette A et D Badlissi (2001). L'allaitement maternel : pour la santé et le bien-être des enfants et des mères et pour une réduction des coûts de santé. *REGARD sur la santé publique lanadoise*, 8 (1) : 1-8.

Hambraeus, L (1977). Proprietary milk versus human milk in infant feeding. *Pediatr Clin North Am*, 24 (1) : 17-36.

Helewa M, P Levesque, D Provencher, RH Lea, V Rosolowich et HM Shapiro (2002). Breast cancer, pregnancy, and breastfeeding. *J Obstet Gynaecol Can*, 24 (2) : 164-180.

- Horwood JL, Fergusson DM (1998). Breastfeeding and later cognitive and academic outcomes. *Pediatrics*; 101 (1) : 9, article électronique.
- Howard C, F Howard, R Lawrence et al. (2000). Office Prenatal Formula Advertising and Its Effect on Breast-Feeding Patterns. *Obst & Gyn*, 95 (2): 296-303. Howard CR, FM Howard, B Lanphear, et al. (2003). Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics*, 111 (3) : 511-518.
- Institut canadien d'information sur la nutrition (ICIS) (2004). *Améliorer la santé des Canadiens - Rapport sommaire*. Institut canadien d'information sur la nutrition, Ottawa. Disponible en ligne sur : <http://www.icis.ca>.
- International Baby Food Action Network (IBFAN) (2004). *Using international tools to stop corporate malpractice – does it work? Checks and balances in the global economy*. IBFAN International Report 2004. Baby Milk Action, Cambridge, UK.
- International Code Documentation Center (ICDC) (2003a). Contaminated formula... product liability cases. *ICDC Legal Update* : 2. Décembre. Disponible en ligne sur : <http://www.ibfan.org>
- International Code Documentation Center (ICDC) (2003b). Humana: a case of product liability. *ICDC Legal Update* : 1. Décembre. Disponible en ligne sur : <http://www.ibfan.org>
- Kac G, Benicio M, Velásquez-Meléndez G, Valente JG, Struchiner CJ (2004). Breastfeeding and postpartum weight retention in a cohort of Brazilian women. *Am J Clin Nutr*, 79: 487-493.
- Kramer MK et R Kakuma (2004). Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane review), In: *The Cochrane Library*, Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Labbok MH (2001). Effects of Breastfeeding on the Mother. *Pediatr Clin North Am* 48 (1): 143-158.
- Laurent C (2003). Baby milk company fined for advertising direct to consumers. *BMJ*, 327 : 307. News.
- Le Robert Méthodique* 1990. Dictionnaire méthodique du français actuel, Le Robert, Paris, 941 p.
- Lutter CK (2000). Breastfeeding Promotion – Is Its Effectiveness Supported by Scientific Evidence and Global Changes in Breastfeeding Behaviors ? In Koletzko, Berthold et al. (2000). *Short and Long Term Effects of Breast Feeding on Child Health*. Kluwer Academic/Plenum Publishers : 355-368.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (1998). La politique de la santé et du bien-être. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2001). *L'allaitement maternel au Québec. Lignes directrices*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Mortensen EL, KF Michaelsen, SA Sanders et JM Reinisch (2002). The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA*, 287 (18): 2365-2371. Naylor A.J, ed. et A Morrow, co-ed (2001). Developmental readiness of normal full term infants to progress from exclusive breastfeeding to the introduction of complementary foods : reviews of the relevant literature concerning infant immunologic, gastrointestinal, oral motor and maternal reproductive and lactational development, Wellstart international and the linkages project/Academy for educational development, Washington D.C.

- Newcomb PA, BE Storer, MP Longnecker et al. (1994). Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer. *N Engl J Med*, 330: 81-87.
- Newcomb PA et A Trentham-Dietz (2000). Breast feeding practices in relation to endometrial cancer risk, USA. *Cancer Causes Control*, 11 (7) : 663-667.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) (1978). Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires. Soins de santé primaires. Alma-Ata, URSS, 6-12 sept.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) (1981). *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) (1991). *Indicateurs servant à évaluer les modes d'allaitement maternel*. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation*. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2004). Joint FAO/WHO Workshop on *Enterobacter Sakazakii* and Other Microorganisms in Powdered Infant Formula, Geneva, 2-5 February 2004 [En ligne]. Disponible à l'adresse suivante:
<http://www.who.int/foodsafety/micro/meetings/feb2004/en>. (Page consultée le 27 mars 2004).
- Richter, Judith (2002). Code et contexte: Réglementation des entreprises multinationales dans une ère de dialogue. *Vers un développement Solidaire*, 168: 4-11. Disponible en ligne sur:
<http://www.ladb.ch>
- Riordan JM (1997). The Cost of Not Breastfeeding : A commentary (Review). *J Hum Lact*, 13 (2): 93-97.
- Rosenblatt KA et DB Thomas (1993). WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. *Int J Epidemiol*, 22: 192-197.
- Scariati PD, LM Grummer-Strawn et S Beck Fein (1997). A longitudinal analysis of infant morbidity and the extent of breastfeeding in the United States. *Pediatrics*, 99 (6).
- Shubber S (1985). *The International Code*. Digest of Health Legislation, 36 (4): 884.
- Statistics Norway (2003). Dietary survey among infants, 1998 – Norwegian women breastfeed as recommended [En ligne]. http://www.ssb.no/english/subjects/03/01/kostspe_en/art-2003-03-28-01-en.html (page consultée le 7-02-2004).
- Sterken E (2002). *Out of the Mouths of Babes – How Canada's Infant Foods Industry Defies World Health Organization Rules & Puts Infant Health At Risk*. INFACT Canada, Toronto.
- Tuttle CR et KG Dewey (1996). Potential cost savings for Medi-Cal, AFDC, Food Stamps, and WIC programs associated with increasing breastfeeding among low-income women in California. *JADA*, 96 (9): 885-890.
- Valaitis RK, JD Sheeshka et MF O'Brien (1997). Do Consumer Infant Feeding Publications and Products Available in Physicians' Offices Protect, Promote, and Support Breastfeeding? *J Hum Lact*, 13 : 203-208.
- Walker M (1993). A fresh look at the risk of artificial infant feeding. *J Hum Lact*, 9 (2) : 97-107.

Weimer J (2001). *The Economic Benefits of Breastfeeding : A Review and Analysis*. Food and Rural Economics Division, Economic Research Service, U.S. Department of Agriculture. Food Assistance and Nutrition Research Report No. 13.

Winkvist A et KM Rasmussen (1999). Impact of Lactation on Maternal Body Weight and Body Composition. *J Mammary Gland Biol Neoplasia*, 4 (3): 309-318. Review.

Références - Partie II

Allison, D.B. Fontaine, K.R., Heshka, S.Mentore, J.L., Heymsfield, S.B. (2001). Alternative Treatments for Weight Loss : A Critical Review. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 41 (1) : 1-28.

Anderson, J.W, Konz, E.C., Jenkins, J.A. (2000). Health advantages and disadvantages of weight-reducing diets: A computer analysis and critical review. *Journal of the American College of Nutrition*, vol. 19, no 5, p.578-590.

ASPQ (Association pour la santé publique du Québec). (2003). Produits, services et moyens amaigrissants offerts au Québec : Des promesses trop souvent irréalistes. Communiqué conférence de presse. 6 mai 2003. <http://www.aspq.org/news/index3.htm> (7 septembre 2003)

Atkinson, R.L. et Stern J.S. (1998). Weight cycling , dans G.A. Bray, C. Bouchard et W.P.T. James (sous la dir. de), *Handbook of Obesity*, New York, Marcel Dekker Inc., chap. 38, p. 791-804.

Ayyad, c., Anderson, T. (2000). Long-term efficacy of dietary treatment of obesity: a systematic review of studies published between 1931 and 1999.

Barnes, J., Anderson L.A., Phillipson, J.D. (2002) *Herbal Medicines*. 2nd Ed. Londres: Pharmaceutical Press. 530 p.

Beguin, Y. Grek, V., Weber, G., Sautois, B., Paquot, N., Pereira, N., Scheen, A., Lefebvre, P., Fillet, G. (1997). Acute functional iron deficiency in obese subjects during a very-low-energy all-protein diet. *American Journal of clinical Nutrition*. 66; 75-79.

Berg, F.M. (1999). Health risks associated with weight loss and obesity treatment programs. *Journal of social Issues*. 55 (2): 277-297.

Bielory, L. (2002). Adverse reactions to complementary and alternative medicine: ragweed's cousin, the coneflower (Echinacea), is a problem more than a sneeze. *Annual of Allergy, Asthma and Immunology*. 88: 7-9.

Birmingham C.L., Muller, J.L., Palepu, A., Spinelli, J.J., Anis, A.H. (1999). The cost of obesity in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, vol. 160, n° 4, p. 483-488.

Blair, S.N., Lee, I. (1998). Weight loss and risks of mortality, dans G.A. Bray, C. Bouchard et W.P.T. James (sous la dir. de), *Handbook of Obesity*. New York. Marcel Dekker Inc., chap. 39, p. 805-818.

Blanck, H.M., Khan, L.K., Serdula, M.K. (2001). Use of non-prescription weight loss products: results from a multistate survey. 286 (8) : 930-935.

Boon, H., Jurgens, T. (2001). Interactions entre les médicaments et les produits de santé naturels : document de travail. *Perspectives sur les produits de santé naturels*. Santé Canada. P. 1-27.

Bravata, Dena M., Sanders, L., Huang, J., Krumholz, H.M., Olkin, I., Gardner, C.D., Bravata, Dawn M. (2003). Efficacy and Safety of Low-carbohydrate Diets A systematic Review. *Journal of American Medical Association*. 289 (14): 1837-1850.

Cameron, J.W. (1999), Self-esteem changes in children enrolled in weight management programs. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 22(2-3): 75-85

Carels, R.A., Cacciapaglia, H.M., Douglass, O.M., Rydin, S. O'Brien, W.H. (2003). The early identification of poor treatment outcome in a women's weight loss program. *Eating Behaviors*. 4: 265-282.

Coakley, E.H., Rimm, E.B., Colditz, G., Kawachi, I., Willet, W. (1998). Predictors of weight change in men: results from the Health Professionals Follow-Up Study, *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, vol. 22, p. 89-96.

De Berardinis, V., Moulis, C., Maurice, M., Beaune, P., Pessatre, D., Pompon, D., Loeper, J. (2000). Human Microsomal Epoxide Hydrolase is the target of germander-induced autoantibodies on the surface of human hepatocytes. *Molecular pharmacology*. 58 : 542-551.

Ensrud, K.E., Ewing, S.K., Stone, K.L., Cauley, J.A., Bowman, P.J, Cummings, S.R. (2003). Intentional and unintentional weight loss increase bone loss and hip fracture risk in older woman. *Journal of American geriatric society*. 51 (12): 1740-1747.

Favreau, J.T., Ryu, L.R., Braunstein, G., Orchansky, G., Park, S.S., Coody, G.L., Love, L.A., Fong, T.L. (2002). Severe hepatotoxicity associated with the dietary supplement LipoKinetix. *Annals of Internal Medicine*. 136 (8): 590-595.

FDA (2003). Ephedra warning-FDA update. FDA News PO3-13. U.S. Food and Drug Administration. February 28, 2003.

FDA (2003). FDA announces plans to prohibit sales of dietary supplements containing Ephedra. U.S. Department of Health & Human Services December 30, 2003.

FDA (2004). FDA issues regulation prohibiting sale of dietary supplements containing ephedrine alkaloids and reiterates its advice that consumers stop using these products. FDA News PO4-17. US Food and Drug Administration. February 6, 2004.

Federal Trade Commission (2003). Red Flag: Bogus weight loss claims: A reference Guide for media on bogus weight loss claim detection. Washington. www.ftc.gov/redflag.

Federal Trade Commission (2003). Deception in weight-loss Advertising Workshop: seizing opportunities and building partnerships to stop weight-loss fraud. A federal Trade Commission Staff Report.

Felson, D.T., Zhang, Y., Hannan, M.T., Anderson, J.J. (1993). Effects of weight and body mass index on bone mineral density in men and women: the Framingham study. *Journal of Bone and Mineral Research*. 8(5): 567-573.

Field, A.E., Austin, S.B., Berkey, C.S., Rockett, H.R, Colditz, G.A. (2000). Frequent dieting predicts the development of obesity among preadolescent and adolescent girls and boys. Conférence annuelle NAASO 2000, Long Beach, Californie.

Field, A.E., Austin, S.B., Taylor. C.B., Malspeis, S., Rosner, B., Rockett, H.R, Gilman, M.W., Colditz, G.A. (2003). Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescent. *Pediatrics*. 112 (4): 900-906.

Fleming R.M. (2000). The effect of high-protein diets on coronary blood flow. *Angiology*. 51 (10): 817-826.

Fleming, R.M. (2002). The effect of high-, moderate-, and low-fat diets on weight loss and cardiovascular disease risk factors. *Preventive Cardiology*. 5 (3): 110-118.

- French, S.A., Jeffrey, R.W., Forster, J.L., McGovern, P.G., Kelder, S.H., Baxter, J.E. (1994). Predictors of weight gain over two years among a population of working adults: the Healthy Worker Project. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 18 :145-154.
- GTPPP (Groupe de travail provincial sur la problématique du poids) et ASPQ (association pour la santé publique du Québec). (2003). Les problèmes reliés au poids au Québec : un appel à la mobilisation. Document de réflexion. P.8.
- Hensrud, D.D., Engle, D.D., Scheitel, S.M. (1999). Underreporting the use of dietary supplement and non-prescription medication among patients undergoing a periodic health examination. *Mayo Clinic proceeding*. 74 (5): 443-447.
- Jones, M.J., Bennet, S., Olmsred, M.P., Lawson, M.L., Rodin, G. (2001). Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a school-based study. *Canadian Medical Association Journal*. 165 (5): 547-552.
- Knoke, J.D., Barret-Connor, E. (2003). Weight loss: a determinant of hip bone loss in older men and women. The Rancho Bernardo Study. *American Journal of Epidemiology*. 158 (12): 1132-1138.
- Korkeila, M., Rissanen, A., Kaprio, J., Sorensen. T.I.A., Koskenvuo, M. (1999). Weight loss attempts and risk of major weight gain: a prospective study in Finnish adults, *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 70, p. 965-975.
- Laliberté, L., Villeneuve, J.P. (1996). Hepatitis after the use of germander, an herbal remedy. *Canadian medical association Journal*. 154: 1689-1692.
- Langlois, J.A., Mussolino, M.E., Visser, M., Looker, A.C., Harris, T. Madans, J. (2001). Weight loss from maximum body weight among middle-aged and older white women and the risk of hip fracture: the NHANES I epidemiologic follow-up study. *Osteoporosis International*. 12 (9) : 763-768.
- Ledoux, M. et Rivard M. (2000). Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1998. Poids corporel. Québec, Institut de la statistique du Québec, p.185-199.
- Ledoux, M., Mongeau, L, Rivard, M. (2002) Poids et image corporelle. Dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*. : l'Institut de la statistique du Québec. Chap. 14 pp. 311-344.
- Leibel, R.L., Rosenbaum, M., Hursch, J. (1995), « Changes in energy expenditure resulting from altered body weight », *New England Journal of Medicine*, 332: 621-628.
- Liddle, R.A., Goldstein, R.B., Saxton, J. (1989). Gallstone formation during weight-reduction dieting. *Archive of International medicine*. 149 (8) : 1750-53.
- McCutcheon, A.R. (2002). Exploration des questions d'actualité liées à la qualité des plantes et des produits botaniques : document de travail. Perspectives sur les produits de santé naturels. Santé Canada. P. 55-95.
- Medical Economics. (1996). PDR for Herbal Medicines. 1st Ed. Physicians Desk reference.
- Meyer, H.E., Tredval, A., Selmer, R. (1998). Weight variability, weight change and incidence of hip fracture: a prospective study of 39,000 middle-aged Norwegians. *Osteoporosis International*, 8 (4): 373-378.

- Morris, C.A., Avorn, J. (2003). Internet marketing of herbal products. *Journal of American Medical Association*. 290 (11): 1505-1509.
- Mundy, A. (2001). *Dispensing with the truth: the victims, the drugs company, and the dramatic story behind the battle over Fen-Phen*. St-Martin's Press; New-York, 400p.
- National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity (NTFPTO) (1994), « Weight cycling », *Journal of American Medical Association*, 272: 1196-1202.
- Neumark-Stainer, D., Hannan, P.J. (2000). Weight-related behaviours among adolescent girls and boys. Result from a national survey. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*. 154: 569-577.
- NIH. (1993). Methods for voluntary weight loss and control. *Annals of Internal Medicine*. 119 (7): 764-770.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (1998). *Obesity, preventing and managing the global epidemics*, Genève.
- Patton, G.C., Selzer, R., Coffey, C., Carlin, J.B., Wolfe, R. (1999). Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *British Medical Journal*. 318 (7186): 765-768.
- Pinhas-Hamiel, O., Newfield, R.S., Koren, I., Agmon, A., Lilos, P., Phillip, M. (2003). Greater prevalence of iron deficiency in overweight and obese children and adolescents. *International Journal of Obesity*. 27: 417-418.
- Pittler, M.H., Ernst, E. (2004). Dietary supplements for body-weight reduction: a systematic review. *American Journal of Clinical nursing*. 79: 529-536.
- Pittler, M.H., Stevinson, C., Ernst, E. (2003). Chromium picolinate for reducing body weight: Meta-analysis of randomized trials. *International journal of Obesity*. 27: 522-529.
- Pittler, M.H., Ernst, E. (2001). Guar gum for body weight reduction: meta-analysis of randomized trials. *American Journal of medicine*. 110 (9): 724-730.
- Pittler, M.H., Abbot, N.C., Harkness, E.F., Ernst, E. (1999). Randomized, double-blind trial of chitosan for body weight reduction. *European Journal of Clinical nutrition*. 53: 379-381.
- (Polivy, J., Herman, C.P. (1985). Dieting and bingeing: a casual analysis. *American Psychology*. 40: 193-201
- Rafiroiu, C., Sargent, R.G., Parra-Medina, D. Drane, W.J., Valois, R.F. (2003). Covariations of adolescent weight-control, health-risk and health-promoting behaviors. *American Journal of Health Behaviors*. 27 (1) : 3-14.
- Rasio, E. (1970). Répercussions métaboliques du jeûne. *Revue Médicale de Bruxelles*. 26 (10) : 569-579.
- Santé et Bien-Être Social Canada (1991). *Rapport du groupe de travail sur le traitement de l'obésité*. Ottawa, Direction générale des services et de la promotion de la santé, Approvisionnement et Services Canada.
- Santé Canada. (2000). *Avis : Interaction médicamenteuse potentiellement dangereuse entre le millepertuis et des médicaments d'ordonnance*. No 2000-36. 7 avril 2000.

- Santé Canada. (2001). Avis : Mise en garde relative aux produits contenant de l'éphédra ou de l'éphédrine. No 2001-67. 14 juin 2001.
- Santé Canada. (2001). Avis : Santé Canada recommande de ne pas utiliser les produits contenant de l'aristoloche. No 2001-91. 17 août 2001.
- Santé Canada. (2001). Avis : Santé Canada avise les consommateurs au sujet d'autres produits pouvant contenir de l'acide aristolochique. No 2001-105. 5 octobre 2001.
- Santé Canada. (2002). Avis : Santé Canada demande de retirer du marché certains produits contenant de l'éphédra/éphédrin. No 2002-01. 9 janvier 2002.
- Santé Canada. (2003). Avis : santé Canada rappelle aux Canadiens les risques associés aux produits contenant de l'éphédra/éphédrine. No 2003-43. 9 juin 2003.
- Schaefer, C., Mongeau, L.. (2000). L'obésité et la préoccupation excessive à l'égard du poids : éléments d'une problématique et réflexions pour l'action. Montréal. Le collectif action alternative en obésité, p.1-87.
- Shekelle, P.G., Hardy, M.L., Morton, S.C., Maglione, M., Mojica, W.A., Suttrop, M.J., Rhodes, S.L., Jungvig, L., Gagné, J. (2003). Efficacy and safety of Ephedra and Ephedrine for weight loss and athletic performance. *Journal of American medical association*. 289 (12): 1537-1545.
- Sorensen, T.I.A. (2003). Weight loss causes increased mortality: pros. *Obesity Reviews*. 4: 3-7.
- Stice, E.R.P., Cameron R.P., Killen J.D., Hayward, C., Taylor, C.B. (1999). Naturalistic weight-reduction efforts prospectively predict growth in relative weight and onset of obesity among female adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67 (6): 967-974.
- Syngal, S., Coakley, E.H., Willet, W.C., Byers, T., Williamson, D.F., Colditz, G.A., (1999). Long-term weight patterns and risk for Cholecystectomy in women. *Annals of Internal medicine*. 130: 471-477.
- Wadden, T.A., Van Itallie, T.B., Blackburn, G.L. (1990) Responsible and irresponsible use of very-low calorie diets in the treatment of obesity. *Journal of the American Medical Association*. 263 (1): 83-85.
- Wadden, T.A. (1999). The management of obesity : from the past failure to the future attainment , dans B. Guy-Grand et G. Ailhaud (éds), *Progress in Obesity Research*, John Libbey & Cie, p. 713-719.
- Weinsier, R.L. Wilson, L.J., Lee, J. (1995). Medically safe rate of weight loss for the treatment of obesity: a guideline based on risk of gallstone formation. *American Journal of Medecine*. 98 (2): 115-117.
- Whisehunt, B.L., Williamson, D.A., Netemeyer, R.G., Andrews, C. (2003). Health risks, past usage, and intention to use weight loss products in normal weight women with high and low body dysphoria. *Eating Weight Disorder*. 8 (2): 114-123.
- Wooley, S.C., Garner, D.M. (1994). Controversies in management: Dietary treatments of obesity are ineffective. *British Medical Journal*. 309: 655-656.
- Yang, D., Fontaine, K.R., Wang, C., Allison, D. B. (2003). Weight loss causes increased mortality: cons. *Obesity Reviews*. 4: 9-16.

Annexe I

Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

*Code international
de commercialisation
des substituts
du lait maternel*



**Organisation mondiale de la Santé
Genève
1981**

ISBN 92 4 254160 5

© Organisation mondiale de la Santé, 1981

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection prévue par les dispositions du Protocole N° 2 de la Convention universelle pour la Protection du Droit d'Auteur. Pour toute reproduction ou traduction partielle ou intégrale, une autorisation doit être demandée au Bureau des Publications, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse. L'Organisation mondiale de la Santé sera toujours heureuse de recevoir des demandes à cet effet.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites

TABLE DES MATIÈRES

Introduction

Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

Annexe 1. Résolutions du Conseil exécutif à sa soixante-septième session et de la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé concernant le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

Annexe 2. Résolution de la Trente-Troisième Assemblée mondiale de la Santé sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

Annexe 3. Extraits de l'exposé introductif fait par le représentant du Conseil exécutif à la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé au sujet du projet de Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

INTRODUCTION

L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) soulignent depuis de nombreuses années combien il importe de maintenir la pratique de l'allaitement au sein — et de la revivifier là où elle est en déclin — afin d'améliorer la santé et la nutrition des nourrissons et des jeunes enfants. Les efforts déployés pour promouvoir l'allaitement au sein et pour résoudre les problèmes risquant d'y faire renoncer font partie intégrante des programmes généraux de nutrition et de santé maternelle et infantile des deux organisations, et ils constituent un élément clé des soins de santé primaires considérés en tant que moyen d'instaurer la santé pour tous d'ici l'an 2000.

De multiples facteurs influent sur la prévalence et la durée de l'allaitement au sein. En 1974, la Vingt-Septième Assemblée mondiale de la Santé a noté le déclin général de l'allaitement au sein dans de nombreuses parties du monde, du fait de l'action de facteurs socio-culturels et autres, et notamment de la promotion de produits manufacturés de remplacement du lait maternel; elle a invité instamment les Etats Membres "à prendre des mesures en matière de publicité relative aux aliments pour bébés, notamment en édictant des codes de pratiques publicitaires et une législation appropriée s'il y a lieu".¹

La question a été examinée de nouveau par la Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1978. Celle-ci a recommandé aux Etats Membres d'accorder la priorité à la prévention de la malnutrition chez les nourrissons et les jeunes enfants, notamment en soutenant et en encourageant l'allaitement maternel, en menant une action législative et sociale tendant à faciliter l'allaitement au sein chez les mères qui travaillent et "en prohibant la promotion abusive de la vente d'aliments pour bébés qui peuvent être utilisés pour remplacer le lait maternel".²

L'OMS et l'UNICEF sont bien entendu loin d'être les seuls à s'intéresser aux problèmes que pose l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et à mettre l'accent sur l'importance que présente l'allaitement maternel pour résoudre ces problèmes. Des gouvernements, des organisations non gouvernementales, des associations professionnelles, des savants et des fabricants d'aliments infantiles demandent eux aussi que des mesures soient prises à cet égard dans le monde entier afin d'améliorer la santé des nourrissons et des jeunes enfants.

Au cours du second semestre de 1978, l'OMS et l'UNICEF ont annoncé leur intention d'organiser conjointement une réunion sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, dans le cadre de leurs programmes existants, afin d'essayer de tirer parti au maximum de ce large mouvement d'opinion. Les moyens d'assurer une participation aussi large que possible ayant été mis en oeuvre, la réunion s'est tenue à Genève du 9 au 12 octobre 1979 en présence de quelque 150 représentants de gouvernements, d'organisations du système des Nations Unies et d'autres organismes intergouvernementaux, d'organisations non gouvernementales, de l'industrie des aliments pour nourrissons et

¹ Résolution WHA.27.43 (*Recueil des résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif*. Volume II, 4^{ème} éd., Genève, 1981, p. 58).

² Résolution WHA31.47 (*Recueil des résolutions et décisions...*, Volume II, 4^{ème} éd., p. 62).

d'experts de disciplines connexes. Les discussions ont porté sur cinq grands thèmes: encouragement et soutien de l'allaitement au sein; promotion et soutien de pratiques adéquates et opportunes pour l'alimentation de complément (sevrage), avec utilisation à cette fin des ressources alimentaires locales; renforcement de l'éducation, de la formation et de l'information en matière de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant; amélioration de la condition sanitaire et sociale de la femme dans ses rapports avec la santé et l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant; mise au point d'une commercialisation et d'une distribution appropriées de substituts du lait maternel.

En mai 1980, la Trente-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a fait siennes dans leur totalité la Déclaration et les recommandations de la réunion conjointe OMS/UNICEF; elle a en particulier mentionné la recommandation aux termes de laquelle "il faut définir un code international de commercialisation des préparations pour nourrissons et autres produits utilisés comme substituts du lait maternel", priant le Directeur général de préparer un tel code "en consultation étroite avec les Etats Membres ainsi qu'avec toutes les autres parties concernées".³

Afin d'élaborer le code international de commercialisation des substituts du lait maternel demandé par l'Assemblée de la Santé, de longues et nombreuses consultations ont été engagées avec toutes les parties intéressées. Divers Etats Membres de l'Organisation mondiale de la Santé et divers groupes et individus qui étaient représentés à la réunion d'octobre 1979 ont été invités à formuler des observations au sujet de plusieurs projets successifs du code, après quoi de nouvelles réunions furent organisées en février et mars, puis en août et septembre 1980. L'OMS et l'UNICEF se sont mis à la disposition de tous ces groupes afin d'essayer de susciter un dialogue permanent portant tant sur la forme que sur le fond du projet de code, et de faire en sorte que figurent au minimum dans celui-ci les recommandations qui avaient été adoptées par consensus à la réunion d'octobre 1979.

En janvier 1981, le Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé, à sa soixante-septième session, a examiné le quatrième projet de code, l'a approuvé et a recommandé à l'unanimité⁴ à la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé le texte d'une résolution aux termes de laquelle elle adopterait le code sous la forme d'une recommandation et non d'un règlement.⁵ En mai 1981, l'Assemblée de la Santé a débattu de la question après qu'elle eut été présentée par le représentant du Conseil exécutif.⁶ Le 21 mai, elle a adopté le code, tel qu'il était proposé, par 118 voix contre 1, avec 3 abstentions.⁷

³ Voir la résolution WHA33.32, reproduite en annexe 2.

⁴ Voir la résolution EB67.R12, reproduite en annexe 1.

⁵ Les conséquences juridiques de l'adoption du code sous la forme soit d'une recommandation soit d'un règlement sont examinées dans un rapport du Directeur général de l'OMS à la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé; ce rapport figure dans le document WHA34/1981/REC/1, annexe 3.

⁶ On trouvera en annexe 3 des extraits de l'exposé introductif du représentant du Conseil exécutif.

⁷ On trouvera à l'annexe 1 le texte de la résolution WHA34.22, portant adoption du code. Un compte rendu in extenso du débat ayant eu lieu à la quinzième séance plénière, le 21 mai 1981, figure dans le document WHA34/1981/REC/2.

Les Etats Membres de l'Organisation mondiale de la Santé :

Affirmant le droit de tout enfant, de toute femme enceinte et de toute femme allaitante à une nourriture adéquate en tant que moyen d'acquérir et de conserver la santé ;

Reconnaissant que la malnutrition infantile est une partie des problèmes plus vastes dus au manque d'éducation, à la pauvreté et à l'injustice sociale ;

Reconnaissant que la santé des nourrissons et des jeunes enfants ne peut pas être isolée de la santé et de la nutrition des femmes, de leur condition socio-économique et des rôles qu'elles jouent en tant que mères ;

Conscients du fait que l'allaitement au sein est un moyen inégalé de donner aux nourrissons la nourriture idéale pour une croissance et un développement sains ; qu'il assure une base biologique et affective unique pour la santé tant de la mère que de l'enfant ; que les propriétés anti-infectieuses du lait maternel contribuent à protéger les nourrissons contre la maladie ; et qu'il existe une relation importante entre l'allaitement au sein et l'espacement des naissances ;

Reconnaissant qu'encourager et protéger l'allaitement au sein tient une place importante parmi les mesures sanitaires, nutritionnelles et autres mesures sociales nécessaires pour favoriser la croissance et le développement sains du nourrisson et du jeune enfant ; et que l'allaitement au sein constitue un aspect important des soins de santé primaires ;

Considérant que lorsque les mères n'allaitent pas, ou n'allaitent que partiellement, il existe un marché légitime pour les préparations pour nourrissons et pour les ingrédients appropriés entrant dans la confection de ces préparations ; que, par conséquent, tous ces produits devraient être mis à la portée de ceux qui en ont besoin au moyen des systèmes de distribution commerciaux ou non commerciaux ; et qu'ils ne devraient pas être commercialisés ou distribués par des méthodes susceptibles de nuire à la protection et à la promotion de l'allaitement au sein ;

Reconnaissant en outre que des pratiques d'alimentation inadéquates sont cause de malnutrition, de morbidité et de mortalité des nourrissons dans tous les pays, et que des pratiques incorrectes dans la commercialisation de substituts du lait maternel et de produits apparentés peuvent aggraver ces importants problèmes de santé publique ;

Convaincus qu'il est important pour le nourrisson de recevoir des aliments de complément appropriés généralement à partir de l'âge de quatre à six mois, et que rien ne devrait être négligé pour utiliser à cet effet des aliments disponibles sur le plan local ; et convaincus, néanmoins, que ces aliments de complément ne devraient pas être utilisés comme substituts du lait maternel ;

Se rendant compte qu'il existe divers facteurs sociaux et économiques affectant l'allaitement au sein et que, par conséquent les gouvernements devraient élaborer des systèmes de soutien social pour le protéger, le faciliter et l'encourager, et créer à cet effet un environnement qui favorise l'allaitement au sein, fournit un appui familial et communautaire approprié et protège les mères contre les facteurs qui entravent l'allaitement au sein ;

Affirmant que les systèmes de soins de santé et les professionnels de la santé et autres agents de santé qui y travaillent ont un rôle essentiel à jouer en orientant les pratiques en matière d'alimentation des nourrissons, en encourageant et en facilitant l'allaitement au sein, et en fournissant aux mères et aux familles des avis objectifs et cohérents au sujet de la valeur supérieure de l'allaitement au sein ou, en cas de nécessité, au sujet d'une utilisation correcte des préparations pour nourrissons, qu'elles soient de fabrication industrielle ou confectionnées à la maison ;

Affirmant en outre que les systèmes éducationnels et les autres services sociaux devraient intervenir tant dans la protection et la promotion de l'allaitement au sein qu'en ce qui concerne l'utilisation appropriée des aliments de complément ;

Sachant que les familles, les collectivités, les organisations féminines et autres organisations non gouvernementales ont un rôle particulier à jouer pour protéger et promouvoir l'allaitement au sein et assurer aux femmes enceintes et aux mères de nourrissons et de jeunes enfants, qu'elles allaitent ou non, le soutien dont elles ont besoin ;

Affirmant que les gouvernements, les organisations du système des Nations Unies, les organisations non gouvernementales, les experts de diverses disciplines concernées, les associations de consommateurs et l'industrie doivent collaborer à des activités visant à améliorer la santé et la nutrition des mères, des nourrissons et des jeunes enfants ;

Reconnaissant que les gouvernements devraient prendre toute une gamme de mesures sanitaires et nutritionnelles et d'autres mesures sociales pour promouvoir la croissance et le développement sains du nourrisson et du jeune enfant, et que le présent Code ne porte que sur un seul aspect de ces mesures ;

Considérant que les fabricants et les distributeurs de substituts du lait maternel ont un rôle important et constructif à jouer en ce qui concerne l'alimentation du nourrisson et la promotion du but du présent Code ainsi que sa bonne mise en oeuvre ;

Affirmant que les gouvernements se doivent d'agir, eu égard à leurs structures sociales et législatives et à leurs objectifs de développement général, pour donner effet aux principes et le but du présent Code, y compris par des mesures législatives ou réglementaires ou par d'autres mesures appropriées ;

Estimant, à la lumière des considérations qui précèdent et compte tenu de la vulnérabilité des nourrissons au cours des premiers mois de leur vie ainsi que des risques entraînés par des pratiques d'alimentation inadéquates, parmi lesquelles l'utilisation non nécessaire et incorrecte des substituts du lait maternel, que la commercialisation des substituts du lait maternel exige un régime spécial, les pratiques commerciales usuelles ne convenant pas pour ces produits ;

EN CONSEQUENCE :

Les Etats Membres s'accordent par les présentes sur les articles ci-après, qui sont recommandés en tant que base d'action.

Article 1. But du Code

Le but du présent Code est de contribuer à procurer aux nourrissons une nutrition sûre et adéquate en protégeant et en encourageant l'allaitement au sein et en assurant une utilisation correcte des substituts du lait maternel, quand ceux-ci sont nécessaires, sur la base d'une information adéquate et au moyen d'une commercialisation et d'une distribution appropriées.

Article 2. Champ d'application du Code

Le présent Code s'applique à la commercialisation et aux pratiques y relatives des produits suivants: substituts du lait maternel, y compris les préparations pour nourrissons ; autres produits lactés, aliments et boissons, y compris les aliments de complément donnés au biberon, quand ils sont commercialisés ou présentés de toute autre manière comme appropriés, avec ou sans modification, pour remplacer partiellement ou totalement le lait maternel ; biberons et tétines. Il s'applique aussi à la qualité et à la disponibilité de ces produits et à l'information concernant leur utilisation.

Article 3. Définitions

Aux fins du présent code :

par :	on entend :
“Agent de santé”	une personne travaillant dans un service relevant d'un système de soins de santé, au niveau professionnel ou non professionnel, y compris à titre bénévole, sans rémunération.
“Aliment de complément”	tout aliment fabriqué industriellement ou confectionné sur le plan local, pouvant convenir comme complément du lait maternel ou des préparations pour nourrissons, quand le lait maternel ou les préparations ne suffisent plus pour satisfaire les besoins nutritionnels du nourrisson. De tels aliments sont aussi communément appelés “aliments de sevrage” ou “compléments du lait maternel”.
“Commercialisation”	promotion, distribution, vente, publicité d'un produit, relations avec le public et services d'information le concernant.
“Distributeur”	une personne, une société ou toute autre entité du secteur public ou privé se livrant (directement ou indirectement) à la commercialisation d'un produit visé par le présent Code au niveau de la vente en gros ou au détail. Le “distributeur en gros” est l'agent de vente d'un fabricant, son représentant, son distributeur national ou son courtier.

“Echantillons”	des exemplaires uniques ou de petites quantités d’un produit, fournis gratuitement.
“Emballage”	toute forme de conditionnement des produits pour leur vente au détail, en tant qu’unités normales, y compris le papier d’emballage.
“Etiquette”	outre l’étiquette proprement dite, tout label, marque, signe figurant ou autrement descriptif, écrit, imprimé, stencilé, marqué, estampé ou empreint, ou fixé sur l’emballage (voir ci-dessus) de tout produit visé par le présent Code.
“Fabricant”	une société ou une autre entité du secteur public ou privé ayant (soit directement, soit par l’intermédiaire d’un agent ou d’une entité qu’elle contrôle ou à laquelle elle est liée par contrat) pour activité ou pour fonction de fabriquer un produit visé par le présent Code.
“Personnel de commercialisation”	toute personne dont les fonctions comportent la commercialisation d’un ou de plusieurs produits visés par le présent Code.
“Préparations pour nourrissons”	un substitut du lait maternel formulé industriellement, conformément aux normes applicables du Codex Alimentarius, pour satisfaire les besoins nutritionnels normaux du nourrisson jusqu’à l’âge de quatre à six mois et adapté à ses caractéristiques physiologiques. Ces aliments peuvent aussi être confectionnés à domicile, auquel cas on les dit “préparés à la maison”.
“Stocks”	quantités d’un produit fournies pour être utilisées pendant une période prolongée, gratuitement ou à bas prix, à des fins sociales, y compris celles fournies aux familles nécessiteuses.
“Substituts du lait maternel”	tout aliment commercialisé ou présenté de toute autre manière comme produit de remplacement partiel ou total du lait maternel, qu’il convienne ou non à cet usage.
“Système de soins de santé”	les institutions ou organisations gouvernementales, non gouvernementales ou privées destinées à assurer, directement ou indirectement, des soins de santé aux mères, aux nourrissons et aux femmes enceintes, ainsi que les crèches ou autres institutions de soins aux enfants. Le système de soins de santé comprend aussi les agents de santé exerçant à titre privé. Il n’englobe pas, aux fins du présent Code, les pharmacies ou autres points de vente réguliers.

Article 4. Information et éducation

- 4.1 Les gouvernements devraient assumer la responsabilité de veiller à ce qu'une information objective et cohérente sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant soit fournie aux familles et à tous ceux qui jouent un rôle dans le domaine de la nutrition du nourrisson et du jeune enfant. Cette responsabilité devrait s'appliquer soit à la planification, à la distribution, à la conception et à la diffusion de l'information, soit au contrôle de ces activités.
- 4.2 Les matériels à but d'information et d'éducation, qu'il s'agisse de documentation écrite ou de matériel audio-visuel, établis à l'intention des femmes enceintes et des mères de nourrissons et de jeunes enfants et portant sur l'alimentation des nourrissons, devraient comporter des renseignements clairs sur tout ce qui suit : a) les avantages et la supériorité de l'allaitement au sein ; b) la nutrition maternelle et la façon de se préparer à l'allaitement au sein et de le poursuivre ; c) l'effet négatif d'une alimentation partielle au biberon sur l'allaitement au sein ; d) la difficulté de revenir sur la décision de ne pas nourrir son enfant au sein ; e) en cas de besoin, l'utilisation correcte des préparations pour nourrissons, qu'elles soient industrielles ou confectionnées à la maison. Lorsqu'ils contiennent des renseignements sur l'utilisation des préparations pour nourrissons, ces matériels devraient faire état des incidences sociales et financières de cette utilisation et signaler les dangers pour la santé de l'utilisation d'aliments ou de méthodes d'alimentation inadéquats et, en particulier, de l'utilisation non nécessaire ou incorrecte des préparations pour nourrissons et autres substituts du lait maternel. Ces matériels ne devraient employer aucune image ou texte de nature à idéaliser l'utilisation de substituts du lait maternel.
- 4.3 Les fabricants ou les distributeurs ne devraient faire de dons d'équipement ou de matériels à but d'information ou d'éducation qu'à la demande et avec l'approbation écrite de l'autorité publique compétente ou dans le cadre des directives énoncées à cet effet par les pouvoirs publics. De tels équipements ou matériels pourront porter le nom ou l'emblème de la firme donatrice, mais ne devraient pas faire spécifiquement référence à un produit commercial visé par le présent Code, et ne devraient être distribués que par l'entremise du système de soins de santé.

Article 5. Grand public et mères

- 5.1 Il ne devrait y avoir ni publicité, ni aucune forme de promotion auprès du grand public de produits visés par le présent Code.
- 5.2 Les fabricants et les distributeurs ne devraient fournir ni directement ni indirectement aux femmes enceintes, aux mères ou aux membres de leurs familles des échantillons de produits visés par le présent Code.
- 5.3 Conformément aux paragraphes 5.1 et 5.2, il ne devrait y avoir pour les produits visés par le présent Code ni publicité aux points de vente, ni distribution d'échantillons, ni aucune autre pratique promotionnelle de la vente

directe aux consommateurs au niveau du commerce de détail, telle qu'étalages spéciaux, bons de réduction, primes, ventes spéciales, ventes à perte et ventes couplées. Cette disposition ne devrait pas restreindre l'élaboration de politiques et de pratiques en matière de prix visant, à long terme, à fournir des produits à meilleur marché.

- 5.4 Les fabricants et distributeurs ne devraient pas distribuer en cadeau aux femmes enceintes ni aux mères de nourrissons et de jeunes enfants des articles ou ustensiles de nature à promouvoir l'utilisation de substituts du lait maternel ou l'alimentation au biberon.
- 5.5 Le personnel de commercialisation ne devrait pas chercher à avoir, à titre professionnel, des contacts directs ou indirects d'aucune sorte avec les femmes enceintes ou les mères de nourrissons et de jeunes enfants.

Article 6. Systèmes de soins de santé

- 6.1 Les autorités sanitaires des Etats Membres devraient prendre des mesures appropriées pour encourager et protéger l'allaitement au sein et promouvoir les principes du présent Code ; elles devraient fournir aux agents de santé des renseignements et des conseils appropriés concernant leurs responsabilités, y compris les renseignements énumérés au paragraphe 4.2
- 6.2 Aucune installation d'un système de soins de santé ne devrait être utilisée pour la promotion de préparations pour nourrissons ou d'autres produits visés par le présent Code. Celui-ci n'exclut cependant pas la diffusion d'informations aux professionnels de la santé, comme prévu au paragraphe 7.2.
- 6.3 Les installations des systèmes de soins de santé ne devraient pas être utilisées pour l'exposition de produits visés par le présent Code, ni pour la présentation de placards ou d'affiches concernant ces produits, ni pour la distribution de matériels fournis par un fabricant ou par un distributeur, à l'exception de ceux qui sont énumérés au paragraphe 4.3.
- 6.4 Il ne devrait pas être permis aux systèmes de soins de santé d'employer des "représentants de services professionnels", des "puéricultrices" ou des personnels similaires fournis ou rémunérés par les fabricants ou les distributeurs.
- 6.5 Seuls les agents de santé, ou d'autres agents communautaires en cas de nécessité, devraient pouvoir faire des démonstrations d'alimentation au moyen de préparations pour nourrissons, soit fabriquées industriellement, soit confectionnées à la maison, et les démonstrations ne devraient être faites qu'aux mères ou aux membres des familles en ayant besoin ; les renseignements fournis devraient comprendre une explication claire des risques d'une utilisation incorrecte.
- 6.6 Le don ou la vente à bas prix à des institutions ou organisations de stocks de préparations pour nourrissons ou d'autres produits visés par le présent Code,

que ce soit en vue d'une utilisation à l'institution même ou en vue d'une distribution à l'extérieur est autorisé. De tels stocks ne devraient être utilisés ou distribués qu'en faveur des nourrissons qu'on est obligé d'alimenter au moyen de substituts du lait maternel. Si la distribution est faite pour utilisation en dehors des institutions, elle ne devrait l'être que par les institutions ou organisations concernées. De tels dons ou ventes à bas prix ne devraient pas être faits par des fabricants ou distributeurs pour promouvoir les ventes.

- 6.7 Quand des stocks de préparations pour nourrissons ou d'autres produits visés par le présent Code qui proviennent de dons sont distribués à l'extérieur d'une institution, l'institution devrait prendre des mesures pour garantir que les stocks pourront être entretenus aussi longtemps que les nourrissons concernés en auront besoin. Les donateurs ainsi que les institutions ou organisations concernées ne devraient pas perdre de vue cette responsabilité.
- 6.8 Outre ceux qui sont mentionnés au paragraphe 4.3, l'équipement et les matériels donnés à un système de soins de santé pourraient porter le nom ou l'emblème du donateur, mais ne devraient faire mention d'aucun produit commercial visé par le présent Code.

Article 7. Agents de santé

- 7.1 Les agents de santé devraient encourager et protéger l'allaitement au sein ; et ceux qui s'occupent spécialement de la nutrition des mères et des nourrissons devraient se familiariser avec les responsabilités qui leur incombent en vertu du présent Code, y compris en ce qui concerne les renseignements énumérés au paragraphe 4.2.
- 7.2 Les informations fournies aux professionnels de la santé par les fabricants et les distributeurs au sujet des produits visés par le présent Code devraient se borner aux données scientifiques et aux faits ; ces informations ne devraient ni impliquer ni donner l'impression que l'alimentation au biberon est équivalente ou supérieure à l'allaitement au sein. Parmi ces informations devraient aussi figurer les renseignements énumérés au paragraphe 4.2.
- 7.3 Les fabricants ou distributeurs ne devraient pas offrir d'avantages en espèces ou en nature aux agents de santé ou aux membres de leurs familles pour promouvoir des produits visés par le présent Code, et de tels avantages ne devraient être acceptés ni par les agents de santé, ni par les membres de leurs familles.
- 7.4 Il ne devrait être fourni aux agents de santé ni échantillons de préparations pour nourrissons ou autres produits visés par le présent Code, ni matériel ou ustensiles servant à leur préparation ou à leur utilisation, sauf s'il en est besoin à des fins d'évaluation professionnelle ou de recherche au niveau institutionnel. Les agents de santé ne devraient pas donner d'échantillons de préparations pour nourrissons aux femmes enceintes, aux mères de nourrissons et de jeunes enfants ni aux membres de leurs familles.

- 7.5 Les fabricants et distributeurs de produits visés par le présent Code devraient porter à la connaissance de l'institution à laquelle appartient un agent de santé bénéficiant de ce qui suit toute contribution faite à cet agent ou en sa faveur en vue d'une bourse d'études, d'un voyage d'étude, d'une bourse de recherche, de la participation à des conférences professionnelles, ou d'activités analogues. Le bénéficiaire devrait également faire pareille déclaration.

Article 8. Personnel des fabricants et distributeurs

- 8.1 Dans les systèmes où le personnel de commercialisation reçoit des primes à la vente, le volume des ventes de produits visés par le présent Code ne devrait pas entrer en ligne de compte pour le calcul des primes, et il ne devrait pas être fixé de quota de vente pour ces produits. Cette disposition ne devrait pas être interprétée comme empêchant le versement de primes sur la base des ventes des autres produits commercialisés par les sociétés concernées.
- 8.2 Le personnel employé à la commercialisation de produits visés par le présent Code ne devrait pas, dans le cadre de son travail, remplir de fonctions éducationnelles en relation avec des femmes enceintes ou des mères de nourrissons et de jeunes enfants. Cette disposition ne devrait pas être interprétée comme empêchant que ce personnel soit utilisé pour d'autres fonctions par le système de soins de santé, à la demande et avec l'approbation écrite de l'autorité compétente du gouvernement concerné.

Article 9. Etiquetage

- 9.1 Les étiquettes devraient être conçues de manière à fournir les renseignements nécessaires pour une utilisation appropriée du produit, et à ne pas décourager l'allaitement au sein.
- 9.2 Les fabricants et distributeurs de préparations pour nourrissons devraient veiller à ce que soit imprimée sur chaque emballage, ou sur une étiquette qui ne puisse pas en être détachée facilement, une inscription claire, bien visible et facile à lire et à comprendre, en une langue appropriée, comprenant tout ce qui suit : a) les mots "Avis important" ou leur équivalent ; b) une mention de la supériorité de l'allaitement au sein ; c) la mention du fait que le produit ne doit être utilisé que sur l'avis d'un agent de santé qui en aura indiqué la nécessité et expliqué le mode d'emploi correct ; d) des instructions concernant la préparation appropriée du produit, avec mise en garde contre les risques, pour la santé résultant d'une préparation inadéquate. Ni l'emballage ni l'étiquette ne devraient comporter de représentation de nourrissons ni d'autres représentations graphiques de nature à idéaliser l'utilisation des préparations pour nourrissons. Ils pourront toutefois comporter des représentations graphiques facilitant l'identification du produit en tant que substitut du lait maternel et en illustrant les méthodes de préparation. Il ne devrait pas y figurer les termes tels que "humanisé" ou "maternisé" ni de termes similaires. Sous réserve des conditions ci-dessus, des renseignements complémentaires sur le produit et son utilisation correcte pourront être joints à l'emballage ou à l'unité

de produit vendue au détail. Cette disposition devrait s'appliquer au cas où les étiquettes comportent des instructions concernant la manière de modifier un produit pour en faire une préparation pour nourrissons.

- 9.3 Les produits alimentaires visés par le présent Code, commercialisés en vue de l'alimentation des nourrissons, qui ne répondent pas à toutes les conditions auxquelles doivent satisfaire les préparations pour nourrissons mais qui peuvent être modifiés en vue d'y répondre, devraient porter sur l'étiquette une mise en garde prévenant que le produit non modifié ne doit pas être l'unique aliment du nourrisson. Etant donné que le lait condensé sucré ne convient ni pour l'alimentation des nourrissons, ni pour une utilisation comme principal ingrédient d'une préparation pour nourrissons, l'étiquette de ce produit ne devrait pas comporter d'indications faisant figure d'instructions sur la manière de le modifier à cet effet.
- 9.4 L'étiquette des produits alimentaires visés par le présent Code devrait préciser également tout ce qui suit : a) les ingrédients utilisés ; b) l'analyse (composition) du produit ; c) les conditions de stockage requises ; et d) le numéro de lot et la date limite de consommation, en fonction des conditions climatiques et de stockage du pays concerné.

Article 10. Qualité

- 10.1 Comme la qualité des produits est un élément essentiel de la protection de la santé des nourrissons, cette qualité devrait être d'un haut niveau reconnu.
- 10.2 Les produits alimentaires visés par le présent Code devraient répondre, quand ils seront vendus ou distribués de toute autre manière, aux normes applicables en la matière recommandées par la Commission du Codex Alimentarius ainsi qu'aux dispositions du Code d'usages du Codex en matière d'hygiène pour les aliments destinés aux nourrissons et enfants en bas âge.

Article 11. Mise en oeuvre et contrôle

- 11.1 Les gouvernements devraient prendre des mesures pour donner effet aux principes et au but du présent Code, eu égard à leurs structures sociales et législatives, y compris par l'adoption d'une législation, d'une réglementation ou d'autres mesures nationales appropriées. Ils devraient rechercher à cette fin, quand ce serait nécessaire, la collaboration de l'OMS, du FISE et d'autres institutions du système des Nations Unies. Les politiques adoptées et les mesures prises au plan national, y compris les lois et les règlements, pour donner effet aux principes et au but du présent Code devraient être rendues publiques, et appliquées sur la même base à tous ceux qui participent à la fabrication et à la commercialisation des produits visés par le présent Code.
- 11.2 Le contrôle de l'application du présent Code est du ressort des gouvernements agissant individuellement, et collectivement par l'entremise de l'Organisation mondiale de la Santé, comme prévu aux paragraphes 11.6 et 11.7. Les

fabricants et distributeurs des produits visés par le présent Code ainsi que les organisations non gouvernementales, les groupements professionnels et les organisations de consommateurs appropriés devraient collaborer avec les gouvernements à cette fin.

- 11.3 Indépendamment de toute autre mesure prise en vue de la mise en oeuvre du présent Code, les fabricants et distributeurs de produits visés par le présent Code devraient se considérer comme tenus de surveiller leurs pratiques de commercialisation conformément aux principes et au but du présent Code, et de faire en sorte que leur conduite à tous les niveaux soit conforme à ces principes et à ce but.
- 11.4 Les organisations non gouvernementales, les groupements professionnels, les institutions et les individus concernés devraient assumer la responsabilité d'appeler l'attention des fabricants ou distributeurs sur les activités qui seraient incompatibles avec les principes et le but du présent Code, pour que des mesures appropriées puissent être prises. L'autorité gouvernementale compétente devrait être également informée.
- 11.5 Les fabricants et les distributeurs en gros des produits visés par le présent Code devraient porter à la connaissance de tous les membres de leur personnel de commercialisation tant le Code que les responsabilités qui en découlent pour eux.
- 11.6 Conformément à l'article 62 de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, les Etats membres informeront annuellement le Directeur général des mesures prises pour donner effet aux principes et au but du présent Code.
- 11.7 Le Directeur général fera rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé, les années paires, sur la situation en ce qui concerne la mise en oeuvre du Code ; sur demande, il fournira un appui technique aux Etats membres préparant une législation ou un réglementation nationales, ou prenant d'autres mesures appropriées pour la mise en oeuvre et la promotion des principes et du but du présent Code.

Annexe 1

Résolutions du Conseil exécutif à sa soixante-septième session et de la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé concernant le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

Résolution EB67.R12

Projet de Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport du Directeur général sur le projet de Code international de commercialisation des substituts du lait maternel,

1. APPROUVE dans sa totalité le projet de Code international mis au point par le Directeur général;
2. TRANSMET le projet de Code international à la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé;
3. RECOMMANDE à la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante:

28 janvier 1981

[Le texte recommandé par le Conseil exécutif a été adopté par la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, le 21 mai 1981, en tant que résolution WHA34.22, reproduite ci-après.]

Résolution WHA34.22

Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

La Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Reconnaissant l'importance que revêt pour la santé et le développement futurs de l'enfant et de l'adulte une bonne nutrition du nourrisson et du jeune enfant;

Rappelant que l'allaitement au sein est la seule méthode naturelle d'alimentation des nourrissons et qu'il importe donc de le protéger et de le promouvoir activement dans tous les pays;

Convaincue que les gouvernements des Etats Membres ont d'importantes responsabilités à assumer et un rôle primordial à jouer dans la protection et la promotion de l'allaitement au sein en tant que moyen d'améliorer la santé des nourrissons et des jeunes enfants;

Consciente des effets, directs et indirects, des pratiques de commercialisation des substituts du lait maternel sur les pratiques suivies en matière d'alimentation des nourrissons;

Convaincue que la protection et la promotion de l'alimentation des nourrissons, et notamment la réglementation de la commercialisation des substituts du lait maternel, affectent directement et profondément la santé des nourrissons et des jeunes enfants et constituent un problème qui intéresse directement l'OMS;

Ayant examiné le projet de Code international de commercialisation des substituts du lait maternel établi par le Directeur général et transmis par le Conseil exécutif;

Exprimant sa gratitude au Directeur général de l'OMS et au Directeur général du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance pour les mesures qu'ils ont prises afin d'assurer une étroite concertation avec les Etats Membres et toutes les autres parties intéressées dans l'élaboration du projet de Code international;

Ayant examiné la recommandation faite à ce sujet par le Conseil exécutif à sa soixante-septième session;

Confirmant la résolution WHA33.32, y compris l'approbation dans leur totalité de la déclaration et des recommandations de la réunion conjointe OMS/FISE sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant qui s'est tenue du 9 au 12 octobre 1979;

Soulignant que l'adoption et le respect du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel représentent une exigence minimum et ne sont qu'une des nombreuses mesures importantes nécessaires pour la protection de pratiques hygiéniques en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant;

1. ADOPTE, au sens de l'article 23 de la Constitution, le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel joint en annexe à la présente résolution;

2. PRIE instamment tous les Etats Membres :
 - 1) de soutenir pleinement et unanimement l'application des recommandations formulées par la réunion conjointe OMS/FISE sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et des dispositions du Code international dans sa totalité, en tant qu'expression de la volonté collective des Membres de l'Organisation mondiale de la Santé;
 - 2) d'établir sur la base du Code international une législation, une réglementation ou d'autres dispositions nationales appropriées;
 - 3) d'associer tous les secteurs sociaux et économiques concernés et toutes les autres parties concernées à la mise en oeuvre du Code international et à l'observation des dispositions qu'il contient;
 - 4) de contrôler que le Code est bien observé;
3. DECIDE que les comités régionaux, le Conseil exécutif et l'Assemblée de la Santé se chargeront de suivre et d'examiner l'application de cette résolution dans l'esprit de la résolution WHA33.17;
4. PRIE la Commission FAO/OMS du Codex Alimentarius d'étudier à fond, dans le cadre de son mandat, les mesures qu'elle pourrait prendre pour améliorer les normes de qualité des aliments pour nourrissons ainsi que pour soutenir et promouvoir la mise en oeuvre du Code international;
5. PRIE le Directeur général :
 - 1) d'aider dans toute la mesure possible les Etats Membres, lorsqu'ils en font la demande, à mettre en oeuvre le Code international, et en particulier à préparer une législation et d'autres mesures nationales en rapport avec ce Code, conformément à l'alinéa 6.6) du dispositif de la résolution WHA33.32;
 - 2) d'user de ses bons offices pour la poursuite de la coopération avec toutes les parties concernées dans la mise en oeuvre et le contrôle de l'observation du Code international aux niveaux national, régional et mondial;
 - 3) de faire rapport à la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé sur la mesure dans laquelle le Code est observé et mis en oeuvre aux niveaux national, régional et mondial;
 - 4) sur la base des conclusions du rapport de situation, de faire des propositions, le cas échéant, pour la révision du texte du Code et pour les mesures nécessaires à son application efficace.

21 mai 1981

Résolution de la Trente-Troisième Assemblée
mondiale de la Santé sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

Résolution WHA33.32
Alimentation du nourrisson et du jeune enfant

La Trente-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant les résolutions WHA27.43 et WHA31.47 qui, en particulier, réaffirment que l'allaitement au sein est le moyen idéal d'assurer le développement physique et psychosocial harmonieux de l'enfant, que les gouvernements et le Directeur général doivent agir de toute urgence pour intensifier les activités destinées à promouvoir l'allaitement au sein et à élaborer des mesures liées à la préparation et à l'emploi d'aliments de sevrage à base de produits locaux, et qu'il est nécessaire de toute urgence que les pays revoient les activités concernant la promotion des ventes d'aliments pour nourrissons et adoptent des mesures correctives appropriées, y compris des codes et des textes législatifs régissant la publicité, et qu'ils prennent des mesures appropriées de protection sociale pour les mères qui travaillent en dehors de chez elles pendant la période d'allaitement;

Rappelant d'autre part les résolutions WHA31.55 et WHA32.42 qui insistent sur la santé maternelle et infantile en tant qu'élément essentiel des soins de santé primaires, capital pour instaurer la santé pour tous d'ici l'an 2000;

Reconnaissant qu'il existe une corrélation étroite entre l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et le développement économique et social et qu'il est nécessaire que les gouvernements agissent de toute urgence pour promouvoir la santé et la nutrition des nourrissons, des jeunes enfants et des mères, notamment par des mesures d'éducation, de formation et d'information dans ce domaine;

Notant qu'une réunion conjointe OMS/FISE sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant s'est tenue du 9 au 12 octobre 1979 avec la participation de représentants des gouvernements, d'organisations du système des Nations Unies et d'institutions techniques, d'organisations non gouvernementales oeuvrant dans ce domaine et de l'industrie des aliments pour nourrissons, ainsi que d'autres scientifiques des disciplines concernées,

1. FAIT SIENNES dans leur totalité la déclaration et les recommandations de la réunion conjointe OMS/FISE qui concernent notamment les mesures susceptibles d'encourager et de faciliter l'allaitement au sein; la promotion et le soutien de pratiques de sevrage appropriées; le renforcement de l'éducation, de la formation et de l'information; la promotion de la situation sanitaire et sociale des femmes au regard de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant; et la commercialisation et la distribution appropriées des substituts du lait maternel. Cette déclaration et ces recommandations mettent aussi en évidence la responsabilité dans ce domaine des services de santé, du personnel sanitaire, des autorités nationales, des organisations féminines et d'autres organisations non gouvernementales, des institutions des Nations Unies, ainsi que de l'industrie des aliments pour nourrissons, et elles soulignent l'importance pour les pays d'avoir une politique

alimentaire et nutritionnelle cohérente et la nécessité pour la femme enceinte et celle qui allaite de pouvoir se nourrir de façon adéquate; la réunion conjointe a recommandé en outre ce qui suit : "Il faut définir un code international de commercialisation des préparations pour nourrissons et autres produits utilisés comme substituts du lait maternel. Ce code doit bénéficier de l'appui des pays exportateurs et importateurs et il doit être respecté par tous les fabricants. L'OMS et le FISE sont priés d'organiser le processus de préparation d'un tel code, avec la participation de toutes les parties intéressées, en vue d'aboutir le plus tôt possible";

2. RECONNAIT l'importance des travaux déjà effectués par l'Organisation mondiale de la Santé et par le FISE en vue de mettre en oeuvre ces recommandations, ainsi que des travaux préparatoires pour la formulation d'un projet de code international de commercialisation des substituts du lait maternel;

3. DEMANDE instamment aux pays qui ne l'auraient pas encore fait de considérer et de mettre en application les résolutions WHA27.43 et WHA32.42;

4. DEMANDE instamment aux organisations féminines d'organiser de vastes campagnes de diffusion d'informations pour encourager l'allaitement au sein et l'hygiène;

5. PRIE le Directeur général :

1) de coopérer avec les Etats Membres qui en feront la demande pour contrôler ou faire contrôler la qualité des aliments pour nourrissons tout au long de leur fabrication dans le pays concerné ainsi que lors de leur importation et de leur commercialisation;

2) de promouvoir et soutenir l'échange d'informations sur la législation, la réglementation et d'autres mesures relatives à la commercialisation des substituts du lait maternel;

6. PRIE en outre le Directeur général d'intensifier ses activités en vue de promouvoir l'application des recommandations de la réunion conjointe OMS/FISE et notamment :

1) de poursuivre les efforts entrepris pour promouvoir l'allaitement au sein et des pratiques judicieuses en matière d'alimentation de complément et de sevrage, condition indispensable d'une croissance et d'un développement sains de l'enfant;

2) d'intensifier la coordination avec d'autres institutions internationales et bilatérales pour mobiliser les ressources nécessaires à la promotion et au soutien d'activités liées à la préparation d'aliments de sevrage à base de produits locaux dans les pays qui ont besoin d'un tel soutien, ainsi que de recueillir et de diffuser des informations sur les méthodes d'alimentation de complément et les pratiques de sevrage appliquées avec succès dans différents contextes culturels;

3) de développer les activités d'éducation pour la santé, de formation et d'information en ce qui concerne l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, notamment en faisant préparer des manuels de formation et autres à l'intention des agents de soins de santé primaires dans différents pays et régions;

4) d'élaborer un code international de commercialisation des substituts du lait maternel en consultation étroite avec les Etats Membres ainsi qu'avec toutes les autres parties concernées y compris les experts scientifiques et autres dont la collaboration serait jugée nécessaire, en tenant compte de ce qui suit:

a) la commercialisation des substituts du lait maternel et des aliments de sevrage doit être vue dans le cadre de l'ensemble des problèmes de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant;

b) le but du code doit être de contribuer à assurer une alimentation adéquate et sans danger aux nourrissons et aux jeunes enfants, et en particulier de promouvoir l'allaitement au sein et d'assurer, à partir d'une information suffisante, l'utilisation correcte des substituts du lait maternel, si cela s'avère nécessaire;

c) le code doit être fondé sur les connaissances existantes en matière de nutrition infantile;

d) le code doit être régi notamment par les principes suivants :

i) la production, le stockage et la distribution des produits d'alimentation pour nourrissons, ainsi que la publicité en faveur de ces produits, doivent faire l'objet d'une législation ou d'une réglementation nationale ou d'autres mesures appropriées selon le pays concerné;

ii) l'information sur l'alimentation du nourrisson doit être assurée par le système de santé du pays où le produit est consommé;

iii) les préparations doivent être conformes aux normes internationales de qualité et de conditionnement, notamment aux normes établies par la Commission du Codex Alimentarius, et l'étiquette doit informer clairement le public de la supériorité de l'allaitement au sein;

5) de soumettre le code pour examen au Conseil exécutif à sa soixante-septième session, en vue de sa transmission avec les recommandations du Conseil à la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, avec des propositions concernant sa promotion et son application soit sous la forme d'un règlement au sens des articles 21 et 22 de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, soit sous la forme d'une recommandation au sens de l'article 23, en indiquant les conséquences juridiques et autres de chacune de ces deux solutions;

6) de passer en revue la législation en vigueur dans différents pays qui permet et favorise l'allaitement au sein, notamment par la mère au travail, et de renforcer l'aptitude de l'Organisation à collaborer à la mise au point d'une telle législation quand un pays le lui demande;

7) de soumettre à la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, en 1981, et ensuite les années paires, un rapport sur les mesures prises par l'OMS pour promouvoir l'allaitement au sein et améliorer l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, en même temps qu'une évaluation de l'effet de toutes les mesures prises par l'OMS et par ses Etats Membres.

23 mai 1980

Annexe 3

Extraits de l'exposé introductif fait par le représentant du Conseil exécutif à la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé au sujet du projet de Code international de commercialisation des substituts du lait maternel⁸

La question de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant a été très largement examinée et débattue en mai 1980 à la Trente-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, et elle a de nouveau fait l'objet d'un large débat ce matin même. Les délégués se souviendront de la résolution WHA33.32 que l'Assemblée de la Santé a adopté l'an dernier à l'unanimité et qui, notamment, priait le Directeur général "d'élaborer un code international de commercialisation des substituts du lait maternel en consultation étroite avec les Etats Membres, ainsi qu'avec toutes les autres parties concernées". La nécessité d'un tel code et les principes qui devaient régir son élaboration ont donc ainsi été unanimement approuvés par l'Assemblée de la Santé.⁹ Il ne devrait donc pas être nécessaire aujourd'hui de revenir sur cet examen et sur ces débats.

La Commission est aujourd'hui saisie de deux questions: premièrement le contenu du code; deuxièmement, la question de savoir si le code doit être adopté sous la forme d'un règlement au sens des articles 21 et 22 de la Constitution de l'OMS ou sous la forme d'une recommandation au sens de l'article 23.

La proposition dont la Commission est maintenant saisie dans le document A34/8 est le quatrième projet de code qui a été élaboré; c'est le résultat d'un long processus de consultations menées avec les Etats Membres et les autres parties concernées, en étroite coopération avec l'UNICEF. Aucune des autres questions que le Conseil exécutif et l'Assemblée de la Santé sont appelés à examiner n'a sans doute fait l'objet de consultations aussi étendues que le projet de code.

.....

Lorsque le Conseil exécutif a examiné la question à sa soixante-septième session, en janvier 1981, nombre de ses membres, après avoir attentivement étudié le but et les principes du code, ont souligné que, sous sa forme actuelle, il énonçait les conditions minimales acceptables auxquelles doit répondre la commercialisation des substituts du lait maternel. Etant donné qu'aujourd'hui encore, comme en témoignent de récents articles de presse, certaines incertitudes persistent quant au contenu du code et en particulier quant à son champ d'application, je pense utile de formuler quelques observations à ce sujet. Je

⁸ Cet exposé du Dr Torbjørn Mork (Directeur général des Services de Santé, Norvège), représentant du Conseil exécutif, a été fait devant la Commission A le 20 mai 1981. Les procès-verbaux des débats sur la question aux treizième, quatorzième et quinzième séances de la Commission A figurent dans le document WHA34/1981/REC/3.

⁹ Voir le document WHA33/1980/REC/1, annexe 6; le document WHA33/1980/REC/2, page 354; et le document WHA33/1980/REC/3, pages 71-102 et 215-219.

m'empresse toutefois de rappeler aux délégués que le champ d'application du code n'a pas soulevé de difficultés au cours des débats du Conseil.

Le champ d'application du projet de code est défini à l'article 2. Pendant les quatre à six premiers mois de la vie, le lait maternel suffit généralement à répondre aux besoins nutritionnels du nourrisson normal. Au cours de cette même période, le lait maternel peut être remplacé par des substituts valables, et notamment par des préparations pour nourrissons. Après le sixième mois, aucun autre aliment - lait de vache, jus de fruits, céréales, légumes, etc. - ni aucune autre préparation liquide, solide ou semi-solide destinée aux nourrissons ne peuvent être considérés comme produits de remplacement du lait maternel (ou comme des substituts valables). Ces aliments ne font que *compléter* le lait maternel ou les substituts du lait maternel et sont par conséquent dénommés "aliments de complément" dans le projet de code. Ils sont aussi communément appelés "aliments de sevrage" ou "compléments du lait maternel".

Les produits autres que les substituts valables du lait maternel, y compris les préparations pour nourrissons, ne sont couverts par le code que s'ils sont commercialisés "comme produits de remplacement partiel ou total du lait maternel, ou présentés comme pouvant en tenir lieu". On voit donc que les références aux produits utilisés pour remplacer partiellement ou totalement le lait maternel ne visent pas les aliments de complément à moins que ces aliments ne soient présentés - comme le sont les substituts du lait maternel y compris les préparations pour nourrissons - comme propres à remplacer partiellement ou totalement le lait maternel. Tant que les fabricants ou distributeurs ne les présentent pas comme propres à remplacer partiellement ou totalement le lait maternel, les dispositions du code imposant des restrictions à la publicité et aux autres activités de promotion des ventes ne leur sont pas applicables.

Le Conseil exécutif a examiné très attentivement le projet de code¹⁰ et plusieurs de ses membres ont indiqué qu'ils envisageaient de présenter des amendements afin de renforcer le code et de le rendre encore plus précis. Le Conseil a toutefois été d'avis qu'il était urgent que la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé adopte le code en raison de la gravité de la situation alimentaire dans le monde et, en particulier dans les pays en développement. Or, à ce stade, la présentation d'amendements risquait de retarder l'adoption du code. En conséquence, le Conseil a recommandé à l'unanimité à la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter le code sous sa forme actuelle, sans perdre de vue qu'il pourrait être souhaitable, et peut-être même nécessaire, de réviser le code dans un proche avenir afin de tenir compte de l'expérience acquise dans l'application de ses diverses dispositions. Cette préoccupation est indiquée au paragraphe 5(4) du dispositif de la résolution dont le Conseil recommande l'adoption dans sa résolution EB67.R12.

La seconde question importante qui se pose au Conseil exécutif est celle de savoir s'il doit recommander l'adoption du code sous la forme d'une recommandation ou d'un règlement. Certains membres du Conseil ont clairement manifesté leur préférence pour son adoption sous la forme d'un règlement au sens des articles 21 et 22 de la Constitution de l'OMS. Il apparut clairement qu'alors qu'il n'y avait pas eu une seule divergence de vue

¹⁰ Les procès-verbaux des débats du Conseil figurent dans le document EB67/1981/REC/2, pages 320-336.

concernant la nécessité d'un code international, son champ d'application ou son contenu, le Conseil était divisé sur la question de sa forme: recommandation ou règlement.

Il a été souligné que toute décision concernant la forme du code devrait être fondée sur une appréciation des chances qu'offrirait chacune des deux options d'atteindre l'objectif visé, c'est-à-dire de contribuer à améliorer la nutrition et la santé des nourrissons et des enfants. Le Conseil s'est accordé à reconnaître que le poids moral d'une recommandation unanime pourrait être plus grand que celui d'un règlement qui n'aurait pas été adopté à l'unanimité. On a d'autre part souligné que l'application du code devrait être surveillée de près dans le cadre des procédures constitutionnelles existantes de l'OMS, que de futures Assemblées devraient évaluer la situation à la lumière des rapports des Etats Membres et que l'Assemblée devrait prendre toutes les mesures qu'elle jugerait nécessaires pour assurer l'application effective du code.

Après avoir soigneusement pesé les différents arguments présentés au cours des débats, le Conseil a adopté à l'unanimité la résolution EB67.R12, qui contient le projet de résolution dont l'adoption est recommandée à l'Assemblée mondiale de la Santé. A cet égard, je tiens à appeler particulièrement l'attention de la Commission sur les responsabilités énoncées dans le projet de résolution — celles qui incombent aux Etats Membres, aux comités régionaux, au Directeur général, au Conseil exécutif et à l'Assemblée de la Santé elle-même — pour ce qui est des mesures qu'il conviendra de prendre une fois le code adopté.

Dans l'exercice de leurs responsabilités, les Etats Membres devront tirer pleinement parti des services de l'OMS, qui est *leur* organisation — aux échelons mondial, régional et national — en demandant son appui technique pour l'élaboration de dispositions législatives, réglementaires ou autres, ainsi que pour suivre en permanence l'application du code.

Pour conclure, je pense que je ne saurais mieux exprimer les sentiments du Conseil qu'en demandant instamment que, de même que le Conseil a unanimement recommandé l'adoption du code à l'Assemblée, celle-ci parvienne elle aussi à un consensus. Nous ne nous occupons pas aujourd'hui d'une question économique qui n'intéresse vraiment qu'un Etat Membre ou quelques Etats Membres; nous nous occupons d'une question de santé d'une importance capitale pour tous les Etats Membres, en particulier pour les pays en développement, d'une question importante pour tous les enfants du monde et, par suite, pour toutes les générations futures.

Annexe II

Exemples de pratiques commerciales de l'industrie des préparations pour nourrissons

Les pratiques commerciales illustrées aux pages suivantes contreviennent toutes à un ou plusieurs articles du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*.

Voici quelques-uns des articles violés par les compagnies de préparations pour nourrissons :

« Il ne devrait y avoir ni publicité, ni aucune forme de promotion auprès du grand public de produits visés par le [présent] Code » (Article 5.1)

« Les matériels à but d'information et d'éducation [...] ne devraient employer aucune image ou texte de nature à idéaliser l'utilisation de substituts du lait maternel. » (Article 4.2)

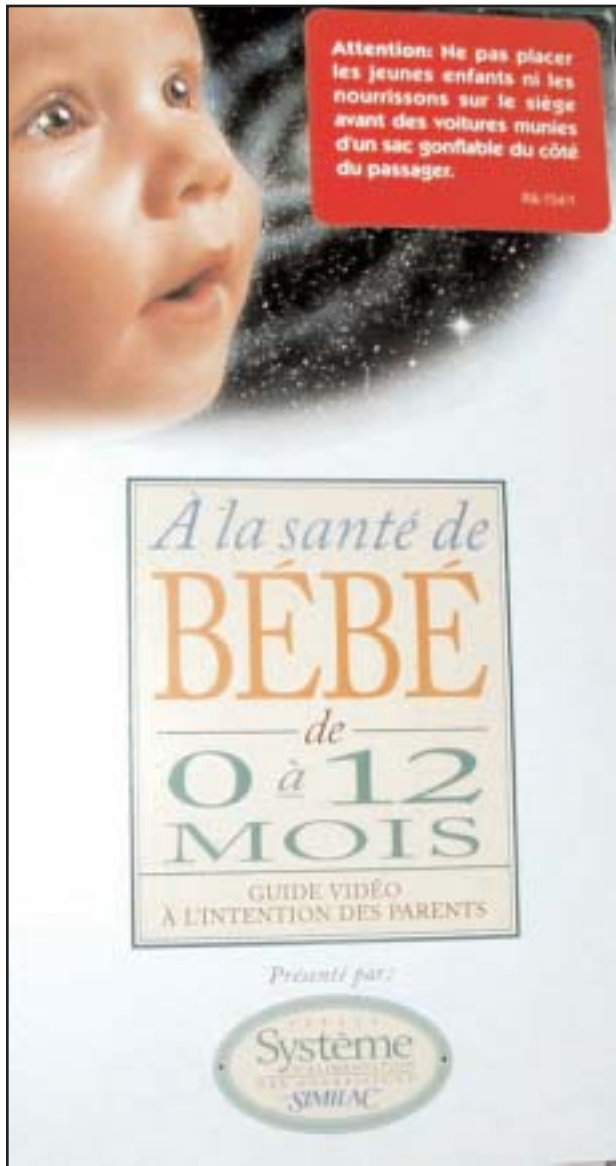
« Les fabricants et les distributeurs ne devraient fournir ni directement ni indirectement aux femmes enceintes, aux mères ou aux membres de leurs familles des échantillons de produits visés par le [présent] Code. » (Article 5.2)

« [...] il ne devrait y avoir pour les produits visés par le [présent] Code ni publicité aux points de vente, ni distribution d'échantillons, ni aucune autre pratique promotionnelle de la vente directe aux consommateurs au niveau du commerce de détail, telle qu'étalages spéciaux, bons de réduction, primes, ventes spéciales [...] » (Article 5.3)

Le personnel de commercialisation ne devrait pas chercher à avoir, à titre professionnel, des contacts directs ou indirects d'aucune sorte avec les femmes enceintes ou les mères de nourrissons et de jeunes enfants. » (Article 5.5)

« Les informations fournies aux professionnels de la santé par les fabricants et les distributeurs au sujet des produits visés par le [présent] Code devraient se borner aux données scientifiques et aux faits; ces informations ne devraient ni impliquer ni donner l'impression que l'alimentation au biberon est équivalente ou supérieure à l'allaitement au sein. [...] » (Article 7.2)

Publicité directe auprès du public



Attention: Ne pas placer les jeunes enfants ni les nourrissons sur le siège avant des voitures munies d'un sac gonflable du côté du passager.

SA 1541

À la santé de
BÉBÉ
de
0 à 12 MOIS
GUIDE VIDÉO
À L'INTENTION DES PARENTS

Présenté par:

Le Système
DE NUTRITION
SIMILAC



La grossesse dure 9 mois.
Mais cela prend 80 ans d'améliorations constantes pour développer une préparation pour bébés qui mérite la confiance des médecins.

www.similac.com

H75

Le Club des Cajoleries de Similac

FORMULAIRE D'INSCRIPTION GRATUITE

Veuillez répondre à toutes les questions pour vous inscrire au Club des Cajoleries de Similac. Vous bénéficierez automatiquement de tous les avantages du Club dès que nous recevrons votre formulaire d'inscription dûment rempli.

Je suis croisée Oui 1 Non 2

Je dois accoucher le : année _____ mois _____ jour _____

Je suis la mère d'un enfant de moins de 12 mois. Oui 3 Non 4

Mon bébé est né le : année _____ mois _____ jour _____

Mon bébé est né (ou naîtra) à l'hôpital suivant : _____

Nom _____ Ville _____

Il y a des cas d'allergie au lait dans ma famille. Oui 45 Non 46

Il y a des cas d'intolérance au lactose dans ma famille. Oui 47 Non 48

J'allaité (ou j'allaitais) mon bébé. Oui 5 Non 6

J'ai l'intention d'allaiter mon bébé pendant _____ mois.

Je complète (ou je compléterai) l'allaitement avec une préparation pour nourrissons. Oui 7 Non 8 Peut-être 9 Si oui, quel? (âge du bébé en mois) _____

Quel type d'échantillons de produit préférez-vous?

49 Similac Advance 50 Isomil 51 Similac LF

Je donne (ou je donnerai) la ou les préparations suivantes à mon bébé:

12 <input type="checkbox"/> Similac Advance	52 <input type="checkbox"/> Entalac soja	21 <input type="checkbox"/> Good Start	24 <input type="checkbox"/> Alactamil
13 <input type="checkbox"/> Similac LF	18 <input type="checkbox"/> Entalac	22 <input type="checkbox"/> Follow-Up	34 <input type="checkbox"/> Entalac sans lactose
15 <input type="checkbox"/> Isomil	19 <input type="checkbox"/> Nursay	53 <input type="checkbox"/> Ailey	
17 <input type="checkbox"/> Prosobee	20 <input type="checkbox"/> SMA	23 <input type="checkbox"/> Prochaine Étape	

C'est mon premier 27 deuxième troisième quatrième sixième enfant.

Veuillez écrire en caractères d'imprimerie.

Vous devez répondre à toutes les questions précédentes pour être inscrite au Club.

Nom de famille _____ Prénom _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal

Tél. (_____) _____ Date : jour _____ mois _____ année _____

Je souhaite recevoir la documentation : en anglais 39 en français 40

Félicitations! Vous êtes maintenant membre du Club des Cajoleries de Similac. Envoyez ce formulaire dès aujourd'hui pour bénéficier de grandes valeurs et de rabais intéressants. Ou mieux encore, composez le numéro sans frais du Club pour vous inscrire : 1 800 518-CLUB. Une standardiste vous répondra de 8 h 30 à 21 h (heures normales de l'Est).

L'INSCRIPTION EST GRATUITE, ET VOUS OBTENEZ :

- Des bulletins faciles à lire et pleins de renseignements utiles.
- Une jolie pochette dans laquelle ranger tous les documents du Club.
- Des coupons-rabais pour des préparations pour nourrissons – et des rabais sur plusieurs produits de marque pour bébés.
- La chance de gagner une bourse d'études de 8 000 \$ pour votre enfant et d'autres prix intéressants.





Salon maternité, paternité, enfants de Montréal 2004



Salon de la maternité de Québec 2003



Bon Départ.

Préparation pour nourrissons
Pour la première année de bébé
ENRICHÉ DE FER



plus facile à digérer*

*LES PROTÉINES DE BON DÉPART ONT ÉTÉ TRAITÉES POUR QU'IL SOIT PLUS FACILE À DIGÉRER POUR VOTRE BÉBÉ

LIQUIDE CONCENTRÉ ♥ Ajouter de l'eau 385 ml

EXPIRY DATE ON THE TOP OF CAN • DATE LIMITE D'UTILISATION SUR LE DRESSAGE DE LA BORTE

Breast milk provides the best nutrition for infants. Infant formula is the next best alternative. CONSULT YOUR DOCTOR FOR ADVICE.

PLEASE SEE INSIDE LABEL FOR DETAILED PREPARATION INSTRUCTIONS AND A COMPLETE INGREDIENT LISTING.*

PREPARATION: Mix equal amounts of formula and previously boiled water in a sterilized bottle. Do not over or under dose unless directed by a health professional. Shake well. **USE:** Formula should be at body temperature before feeding. Discard unused formula after feeding. **STORAGE:** Formula may be covered and kept in the refrigerator for use within 48 hours.

Le lait maternel est l'aliment idéal pour les nourrissons. La préparation pour nourrissons constitue le meilleur substitut. CONSULTEZ VOTRE MÉDECIN SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS.

INSTRUCTIONS DE PRÉPARATION DÉTAILLÉES ET LISTE COMPLÈTE DES INGRÉDIENTS AU VERSO DE L'ÉTIQUETTE.*

PRÉPARATION: Mélanger des parts égales de préparation et d'eau bouillie dans un biberon stérilisé et bien agiter. Ne pas augmenter ou diminuer la dose sans l'indication d'un professionnel de la santé. **UTILISATION:** La préparation doit être à la température du corps avant de le donner au bébé. Après avoir ouvert le biberon, garder le rest du biberon. **STORAGE:** La préparation peut être conservée au réfrigérateur dans un biberon couvert. *Valable dans les 48 heures.

INGRÉDIENTS: MIELLE, FARINES HYDRATES, MIELLE PROTÉE, CONCENTRÉ LACTOSÉ, CUIRE

Étiquetage et allégations de santé

Chaque maman veut ce qu'il y a de mieux pour son nourrisson. Faites confiance à Parent's choice^{MC}.

Pour cette première année si importante
Préparation complète à base de soya sans lait ni lactose

IMPORTANT: L'allaitement au sein est le mode d'alimentation convenant le mieux au nourrisson. On recommande de le pratiquer aussi longtemps que possible sauf en présence de troubles médicaux particuliers. Isomil[®] est une préparation à base de protéines de soya recommandée pour l'allergie et la sensibilité aux protéines du lait et (ou) l'intolérance au lactose. Suivez les instructions de votre médecin à la lettre s'il recommande Isomil. Le lait de vache n'est pas recommandé chez les nourrissons de moins de 9 à 12 mois.

Le lait maternel est l'aliment idéal pour les nourrissons. La préparation pour nourrissons constitue le meilleur substitut. CONSULTEZ VOTRE MÉDECIN SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS.

CONCENTRÉ Add water before feeding **CONCENTRÉ** Ajouter de l'eau avant de servir

INFANT FORMULA • PRÉPARATION N.P.R. VÉGÉTARIENNE

Isomil

For Allergy and Sensitivity to Milk Protein
Pour cas d'allergie et de sensibilité aux protéines du lait



SOY • SOYA

Pareve, (U) Net 385 mL

From the makers of SIMILAC Advance

1-800-679-1878

SIMILAC Advance

PLUS PROTEINE QU'À JAMAIS DU LAIT MÈRELLI!

Il vous est plus probable que vous produisiez un lait maternel de votre bébé que d'être enceinte à ce moment-ci. Chaque enfant mérite un meilleur départ. Utilisez le lait maternel. Sinon, choisissez SIMILAC Advance. Le lait maternel est le meilleur. SIMILAC Advance est le meilleur substitut.

Système de nutrition



SIMILAC Advance

PLUS PROTEINE QU'À JAMAIS DU LAIT MÈRELLI!

Pour les bébés de 0 à 12 mois



Les doux aliments solides

es bébés sont prêts à expérimenter de nouveaux goûts, textures et méthodes d'alimentation autour de 4 à 6 mois. L'avis d'un médecin de la santé peut vous indiquer le meilleur moment pour passer à des aliments solides.

bébé un nouvel aliment à la fois. Attendez qu'il ait mangé un autre aliment. De cette façon, en cas de réaction allergique, vous saurez quel aliment en est la cause.

par des céréales de riz enrichies de fer. Les céréales de blé et de maïs ne contiennent pas de gluten. Si votre bébé a des allergies alimentaires, vous pouvez essayer d'autres types de grains, comme de l'avoine.

longez les céréales avec du lait maternel ou du lait stérilisé. Plus tard, lorsque votre bébé sera capable de avaler, vous utiliserez du lait maternel ou du lait stérilisé pour allaiter votre bébé.

trichie de fer.

Nestlé
Riz Céréales
Céréales pour bébé

Mixed Cereals with Fruit
Céréales mixtes et fruits

Bonne nutrition

Faciles à digérer
Afin d'aider le système digestif de votre bébé à assimiler l'amidon des céréales, Nestlé a mis au point un procédé breveté unique qui réduit l'amidon en molécules plus petites et plus digestibles.

Goût délicieux
Le procédé unique utilisé pour fabriquer les céréales pour bébé Nestlé fait aussi ressortir le goût naturellement sucré des céréales, qui sont ainsi plus savoureuses. Les céréales conservent une excellente texture et ne s'aplatissent pas en se réhydratant.

Facile à digérer

ÉCONOMISEZ 50¢
à l'achat de toute variété de céréales pour bébé Nestlé.

PROGRAMME Bon Départ.

YOUR DETAILS ALL VERSO

Pour plus d'informations sur le nutrition et le bon début de votre bébé aux aliments solides, inscrivez-vous au Programme Bon Départ de Nestlé. Vous recevrez un exemplaire GRATUIT du magazine «Le passage aux aliments solides».

INSCRIPTION GRATUITE! PLUS DE 10 D'ÉCONOMIE

Enfalac
Bébé pas à pas
Créer un sain début

Échantillons gratuits et précieux rabais

Cadeaux spéciaux

Guide d'alimentation et Tableau de croissance (poids et taille)

Manuels de référence sur la nutrition des bébés

Les échantillons de programme peuvent différer légèrement de ceux illustrés. Le programme peut changer sans préavis.

Pour vous inscrire **GRATUITEMENT**, il vous suffit de composer le **1 800 368** et de poster cette carte préaffranchie. Visitez notre site Web à l'adresse www.enfalac.com

Échantillons gratuits, rabais et autres promotions

Enfalac

1\$ de rabais Enfalac

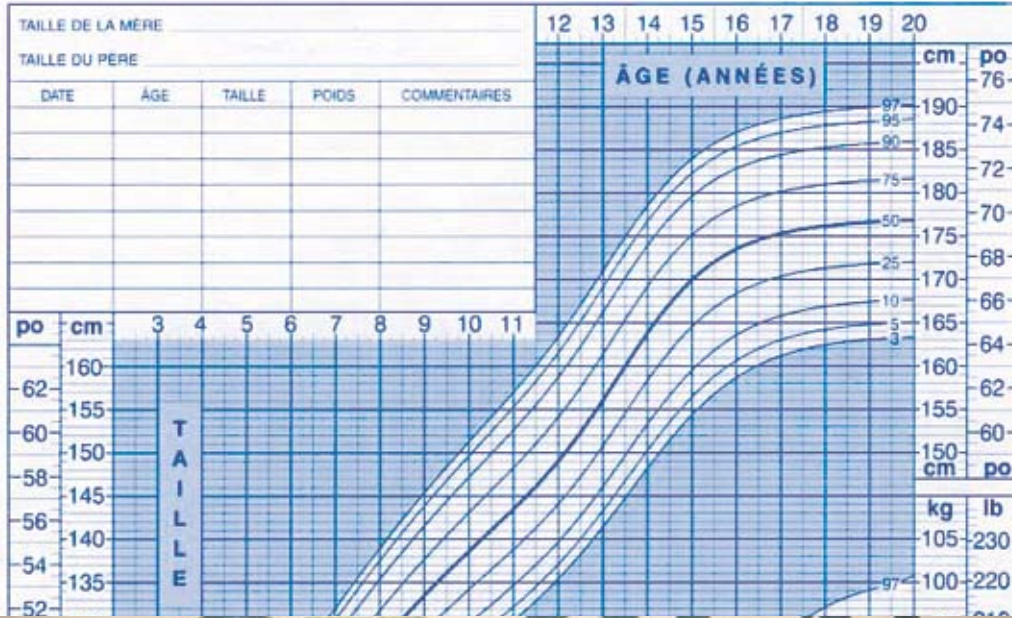
1\$ de rabais Enfalac

Enfalac

Informations aux professionnels de la santé et commandites

COURBES DE CROISSANCE DES CDC AMERICAINS
POUR LES GARÇONS DE 2 À 20 ANS*

Nom _____ Dossier n° _____

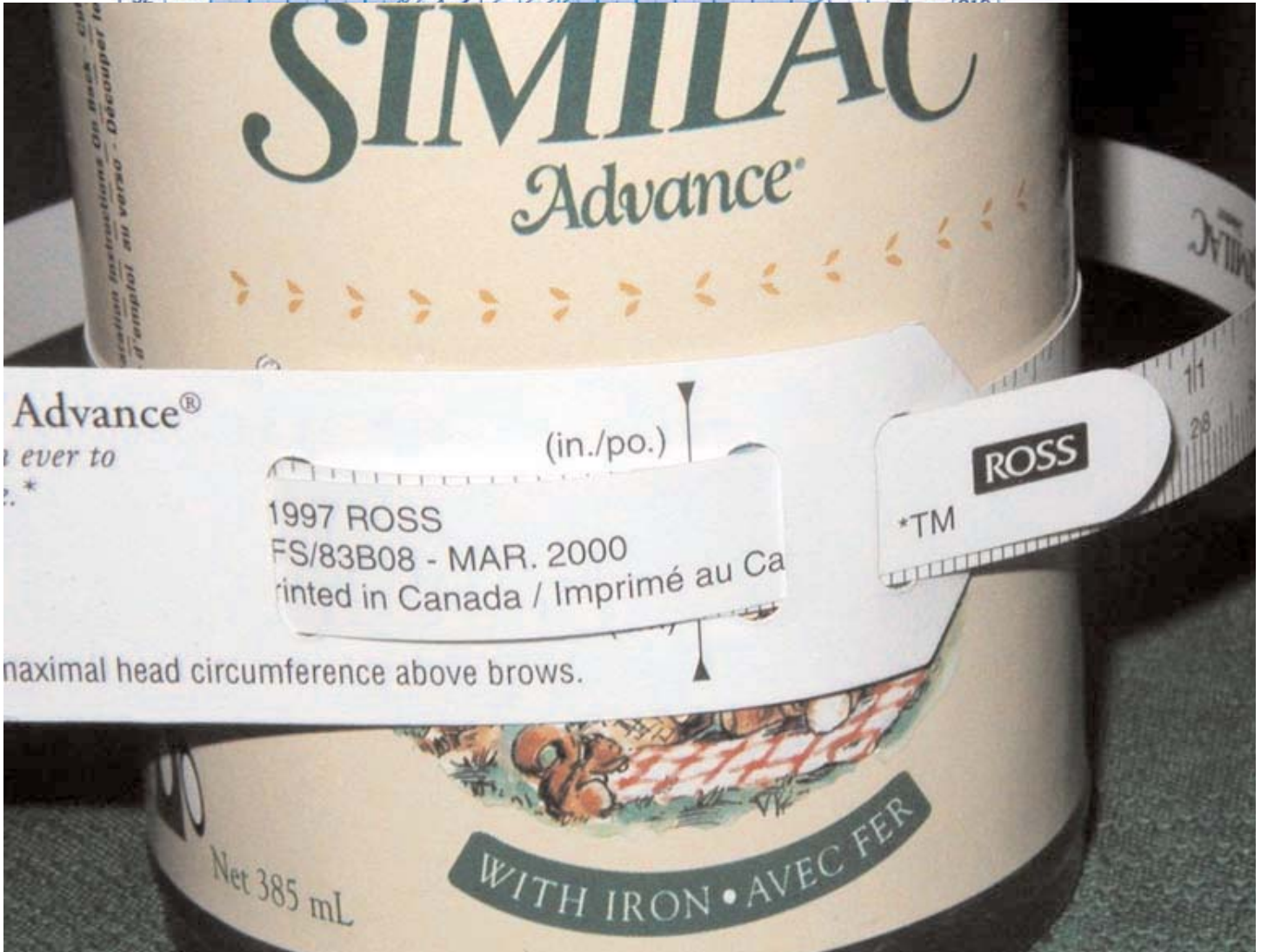


ROSS
PÉDIATRIE
www.abbott.ca
1 800 361-7852

SIMILAC
Advance
RICHE EN CALCIUM
POUR VOTRE PETIT (OU GRAND)

PediaSure
ALIMENT COMPLET POUR ENFANT

PediaLyte
POUR PRÉVENIR LA DÉHYDRATATION



Nouveau
SIMILAC
ADVANCE®

Aliment complet
pour nourrissons

Ross Nutrition pour la vie



**Une
croissance
fondée sur
le savoir-faire**

DES
RÉSULTATS...
Plus proche
que jamais du
lait maternel

Le lait maternel demeure l'aliment de choix pour les nourrissons et est recommandé aussi longtemps que possible pendant cette période de leur vie. SIMILAC ADVANCE est maintenant enrichi en acides gras oméga-3 (DHA) et oméga-6 (ARA) à chaîne longue et conçu comme un supplément à l'allaitement ou comme un substitut lorsque les mères cessent d'allaiter ou décident de ne pas allaiter du tout.

Nouveau SIMILAC ADVANCE®



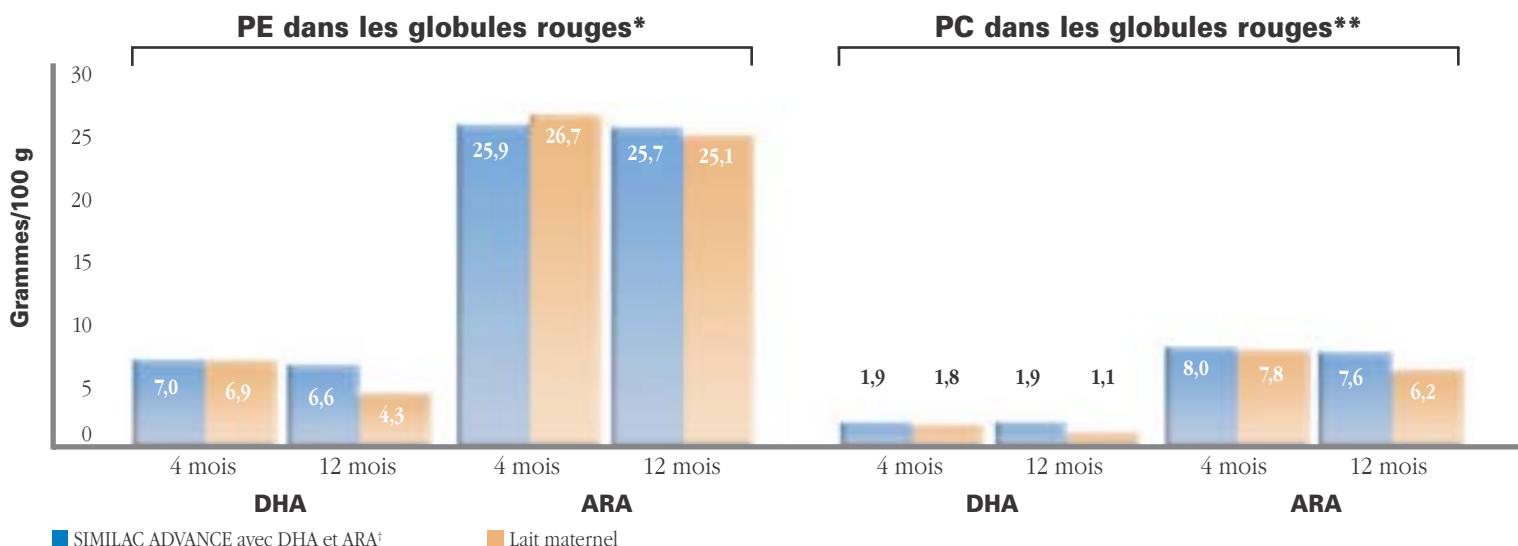
Aliment complet
pour nourrissons

Ross Nutrition pour la vie

Le taux d'acides gras oméga-3 (DHA) et oméga-6 (ARA) à chaîne longue dans les globules rouges équivaut à celui des nourrissons allaités¹



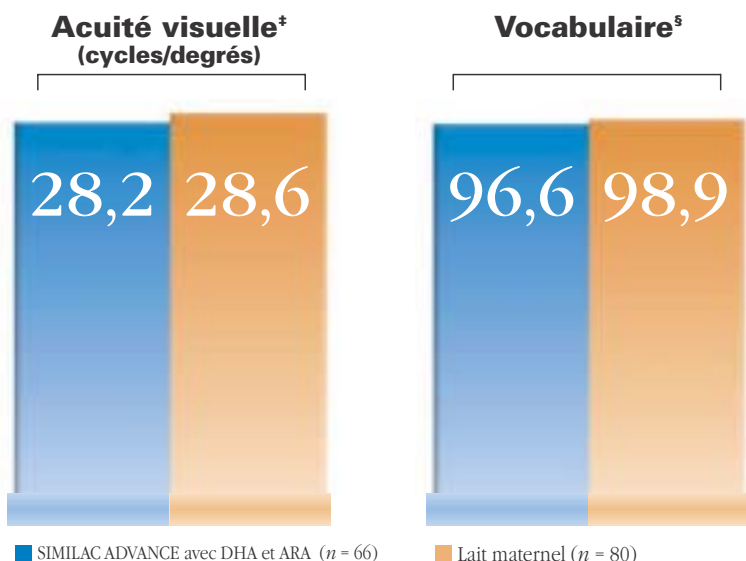
Taux de DHA et d'ARA dans les globules rouges des nourrissons qui ont reçu le nouveau SIMILAC ADVANCE avec DHA et ARA¹



*Taux de phosphatidyléthanolamine dans les globules rouges **Taux de phosphatidylcholine dans les globules rouges †p ≤ 0,0001 vs SIMILAC ADVANCE sans DHA et ARA

Les valeurs sont calculées selon la moyenne ± écart-type. Les sujets étaient âgés de quatre et de douze mois. Il y avait 32 nourrissons de quatre mois dans le groupe témoin, 30 dans le groupe qui recevait la préparation avec DHA et ARA (SIMILAC ADVANCE) et 41 dans le groupe témoin allaité et 22 nourrissons de 12 mois dans le groupe témoin, 32 dans le groupe qui recevait la préparation avec DHA et ARA (SIMILAC ADVANCE) et 31 dans le groupe témoin allaité.

L'ajout d'acides gras oméga-3 (DHA) et oméga-6 (ARA) à chaîne longue contribue au développement visuel et cognitif pendant 39 mois²



Scores d'acuité visuelle et de vocabulaire semblables à ceux des nourrissons allaités²

‡D'après le test des cartes de Teller (p = ns vs lait maternel)

§ Vocabulaire réceptif évalué d'après l'Échelle de vocabulaire en images Peabody (EVIP) (p = ns vs lait maternel)

Nouveau SIMILAC ADVANCE



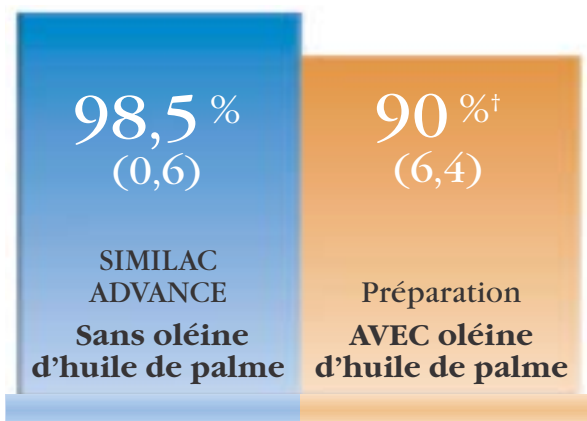
Aliment complet
pour nourrissons

Ross Nutrition pour la vie

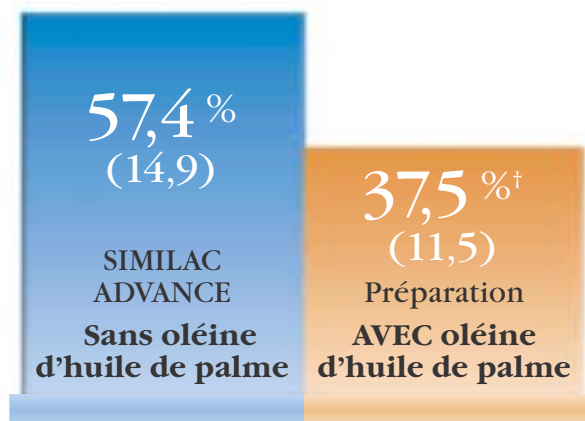
Son mélange de lipides unique **SANS OLEINE D'HUILE DE PALME** permet une meilleure absorption lipidique et calcique

Excellente absorption lipidique et calcique³

**Absorption lipidique totale*,
% de l'apport**



**Absorption calcique totale*,
% de l'apport**



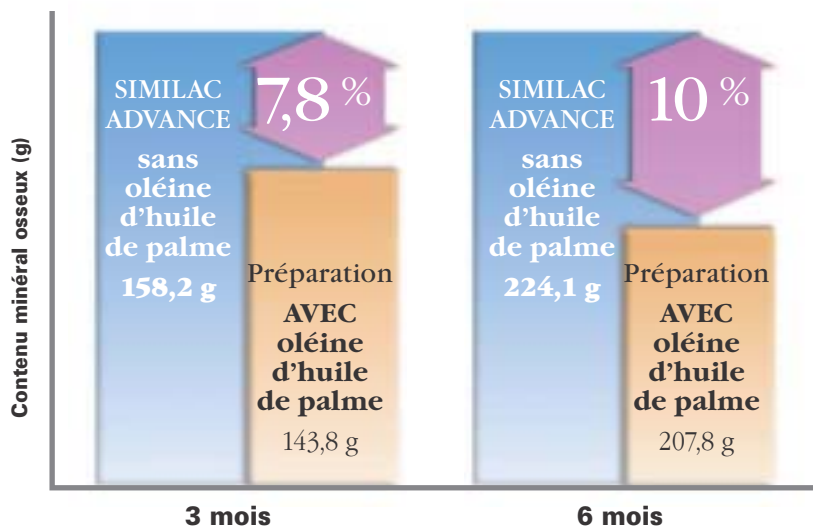
*Écart-type moyen

†Différence significative ($p < 0,01$) avec la préparation sans oléine d'huile de palme

- D'après Nelson *et al*³

L'excellente absorption lipidique et calcique aide à atteindre une meilleure minéralisation osseuse^{4‡}

**Contenu minéral osseux (CMO)
de la naissance à 6 mois**



- D'après Koo *et al*⁴

‡ CMO (moyenne \pm écart-type) des sujets d'après l'analyse de sous-groupes et la méthode de mesures répétées du CMO au départ, compte tenu des covariables (CMO au départ, la race et le poids le jour de l'absorptiométrie biphotonique à rayons X [DXA]), qui montrent une maîtrise du CMO significativement plus faible. Nourrissons qui ont reçu la préparation avec oléine d'huile de palme ($n = 52$) comparativement à ceux qui ont reçu la préparation sans oléine d'huile de palme ($n = 52$), $p < 0,001$.



Plus proche que
jamais du lait maternel

Nouveau **SIMILAC ADVANCE**



Aliment complet
pour nourrissons

Ross Nutrition pour la vie

Avantages supplémentaires des acides gras oméga-3 (DHA) et oméga-6 (ARA) à chaîne longue

- Développement visuel et
cognitif semblable à celui
des nourrissons allaités²

Ne contient pas d'oléine d'huile de palme

- Excellente absorption lipidique
et calcique^{3,5}
- Minéralisation osseuse
significativement plus grande⁴

Plus proche que jamais du lait maternel

Références : 1. Auestad N, Halter R, Hall RT, et al. Growth and development in term infants fed long-chain polyunsaturated fatty acids: a double-masked, randomized, parallel, prospective, multivariate study. *Pediatrics* 2001;108:372-81.
2. Auestad N, Scott DT, Janowsky JS, et al. Visual, cognitive, and language assessments at 39 months: a follow-up study of children fed formulas containing long-chain polyunsaturated fatty acids to 1 year of age. *Pediatrics* 2003;112:e177-83.
3. Nelson SE, Frantz JA, Ziegler EE. Absorption of fat and calcium by infants fed a milk-based formula containing palm olein. *J Am Coll Nutr* 1998;17:327-32. 4. Koo WWK, Hammami M, Margeson DP, et al. Reduced bone mineralization in infants fed palm olein-containing formula: a randomized, double-blinded, prospective trial. *Pediatrics* 2003;111:1017-23. 5. Carnielli VP, Luijendijk IHT, Van Goudoever JB, et al. Structural position and amount of palmitic acid in infant formulas: effects on fat, fatty acid, and mineral balance. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1996;23:553-60.



www.abbott.ca
1 800 361-7852

ROSS

DIVISION DES PRODUITS ROSS
Laboratoires Abbott, Limitée
Saint-Laurent, Québec



Imprimé au Canada
© Laboratoires Abbott, Limitée
SAD/104F08-Déc. 2003

Annexe III

Recension des principales lignes directrices existantes en matière de saines pratiques de contrôle du poids

- Santé Canada
 - Rapport du groupe de travail sur le traitement de l'obésité
 - Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens
 - Recommandations sur la nutrition
 - Guide alimentaire canadien pour manger sainement
 - Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine
- Organisations non gouvernementales canadiennes (ex. : Les Diététistes du Canada, l'Ordre professionnel des diététistes du Québec, Kino-Québec)
- *National Heart, Lung, and Blood Institute (National Institutes of Health)*
 - Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults*, soit des lignes directrices émises sur la base de données probantes, ayant fait l'objet d'un consensus d'experts et endossées par de nombreuses organisations américaines (*National Cholesterol Education Program, National High Blood Pressure Education Program, NIDDK National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity, North American Association for the Study of Obesity*).
- *Partnership for Healthy Weight Management*
 - Regroupe des représentants de diverses organisations dont l'*American Dietetic Association*, l'*American Obesity Association*, l'*American Society of Bariatric Physicians*, *The Council on Size and Weight Discrimination*, la *Federal Trade Commission* et le *National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases*.
- *Michigan Task Force to Establish Weight Loss Guidelines* ayant un lien avec les efforts de réglementation dans l'État du Michigan.
- American Heart Association
 - American Heart Association Guidelines for Selecting a Weight Loss & Maintenance Program*
- NHS - *National Health Services*
- Organisation mondiale de la santé

Annexe IV

Exemples de pratiques commerciales de PSMA

Exemples de mise en marché des PSMA, des images utilisées et des promesses formulées

98 WEEK-END LE JOURNAL DE MONTRÉAL / SAMEDI 2 N

PAS CROYABLE !
Mangez ce que vous aimez et
MAIGRISSEZ
avec
Thermo-Lift
(sans échelle)

Publi-reportage
Les secrets de
ANTÉ MINCEUR

quelques faits sur
le cholestérol...

il est question de santé, on parle so
du mauvais cholestérol, mais bien de
érence. Gardons le bon
r le mauvais.

La silhouette

Calory Counter

maigrir n'est pas une affaire
de volonté mais de motivation

Un cas vrai
de *bonne*
Minceur

MON
LA VIE!



Quelques « miracles » amaigrissants trouvés dans les journaux

« Perdez du poids en dormant »

On peut toujours rêver... mais est-il possible de perdre du poids sans effort ?

« Perdez du poids et ne le regagnez pas »

Ne devrait-on pas se méfier des publicités qui promettent une perte de poids permanente ?

« John Smith a perdu 84 livres en six semaines »

Advenant le cas où de tels témoignages seraient vrais, le succès d'une autre personne est-il une garantie de succès pour vous ?

« Perdez tout le poids que vous voulez pour 39,99\$ seulement »

À ce prix-là, n'est-ce pas plutôt le contenu de votre portefeuille qui risque de fondre ?

« Nouvelle percée scientifique... miracle médical »

En matière d'amaigrissement, les miracles existent-ils ?

« Perdez 30 livres en 30 jours »

Une perte de poids trop rapide n'est-elle pas mauvaise pour la santé ?

« Ce produit à base d'ingrédients naturels vous aidera à perdre du poids, sans faire de diète ou d'exercices, tout en continuant à manger ce que vous voulez ! »

Dans le merveilleux monde de l'amaigrissement, tout paraît possible. Peut-on vraiment perdre du poids en mangeant tout ce qu'on veut et en ne faisant pas d'exercice ?

essés

NOUVEA

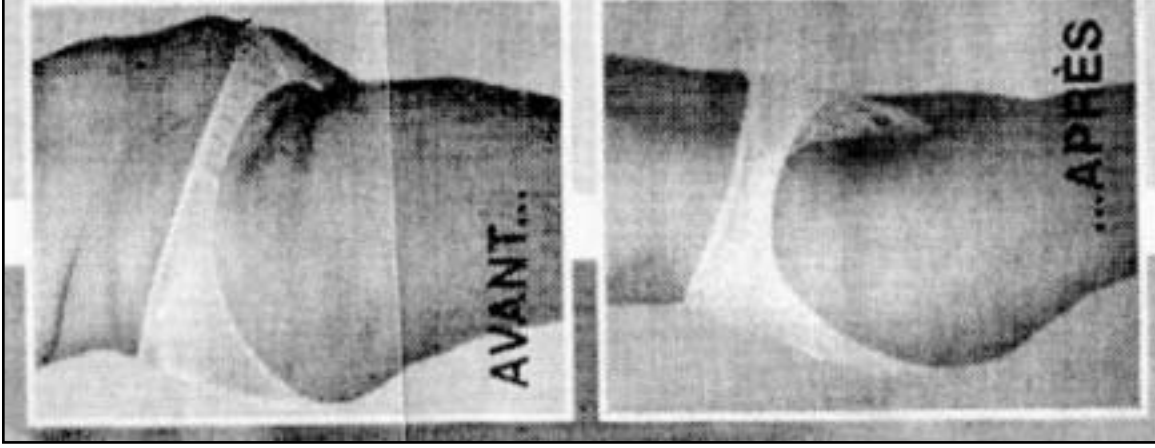
Pour les femmes et les hommes

Perdre 11 livres en 8 jours !



AVANT...

...APRÈS



100% de réussite



Montréal, Avril 2004