



Les dessous du marketing de l'alimentation des tout-petits : revue de littérature

Septembre 2021

Table des matières

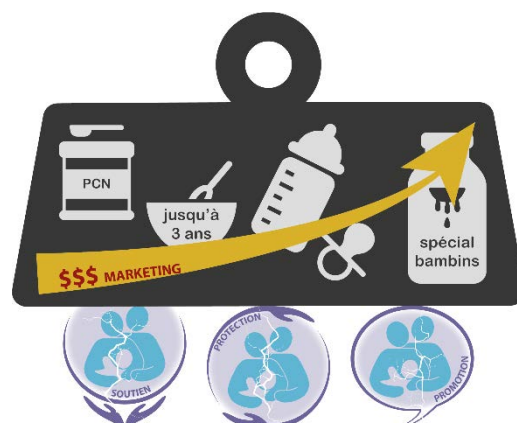
1	Résumé	2
2	Introduction	3
3	Le Code en résumé	5
3.1	Les produits visés par le Code	5
3.2	Les principales dispositions du Code	5
3.2.1	Faire de l'allaitement la norme biologique et sociale	5
3.2.2	Préserver les familles de la pression commerciale	5
3.2.3	Préserver le système de santé de la pression commerciale	6
3.2.4	Fournir une information juste et indépendante de l'industrie	6
3.2.5	Protéger la sécurité financière des familles	6
4	Un arsenal de stratégies marketing contraire au Code	7
4.1	La publicité directe	7
4.1.1	Des investissements disproportionnés de l'industrie	7
4.1.2	Exposition à la publicité et taux d'allaitement : une relation inversement proportionnelle	8
4.2	La publicité trompeuse	8
4.2.1	Des allégations injustifiées qui induisent les parents en erreur	8
4.2.2	Des produits faussement présentés comme équivalents au lait maternel	10
4.2.3	Des visuels colorés qui ne sont pas inoffensifs	10
4.2.4	Des publicités contraires aux recommandations sur l'alimentation des tout-petits	11
4.2.5	Des pratiques promotionnelles qui dissimulent le fardeau financier des produits	11
4.2.6	Des risques occultés	12
4.2.7	Des stratégies de « vente en douceur » pour manipuler les parents	13

4.3 La publicité indirecte	13
4.3.1 L'élargissement de la gamme de produits : une source de confusion pour les parents	13
4.3.2 Des applications, baby clubs et communautés virtuelles qui s'immiscent dans les pratiques alimentaires des parents	14
4.4 La publicité auprès du personnel de la santé	15
4.4.1 Le personnel de la santé : des tremplins promotionnels de choix	15
4.4.2 Des enjeux éthiques considérables	16
4.4.3 Des échantillons gratuits : un cadeau dangereux	17
4.4.4 Distribution de sacs-cadeaux à la sortie de l'hôpital : une pratique intéressée	18
5 Conclusion	19
6 Références	20

Note : Bien que l'allaitement est un geste typiquement posé par des femmes, le MAQ reconnaît qu'il puisse être posé par des personnes qui ne s'identifient pas au genre féminin. Le genre féminin est utilisé dans le but d'alléger le texte ; il comprend également les autres genres.

1 Résumé

- L'allaitement est le mode d'alimentation le plus sûr et le plus adapté aux besoins des tout-petits ; l'utilisation d'un substitut du lait maternel ou l'administration de lait maternel autrement qu'au sein n'est donc pas sans risque pour la santé des tout-petits et de leur mère.
- Les pratiques marketing agressives de l'industrie de l'alimentation des tout-petits ont contribué à la baisse des taux d'allaitement, au renversement de la norme sociale en faveur des préparations commerciales pour nourrissons (**PCN**) et des biberons et à la surutilisation de ces produits.
- Le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* et les résolutions subséquentes de l'Assemblée mondiale de la Santé (**le Code**) visent à assurer une nutrition sûre et adéquate aux nourrissons en protégeant l'allaitement contre les pratiques marketing non éthiques de l'industrie et en assurant une utilisation sécuritaire des substituts du lait maternel lorsque ceux-ci sont nécessaires. Le Canada est signataire du Code, mais son application n'est pas contraignante.
- Les pratiques qui contreviennent au Code sont nombreuses : publicité directe et indirecte auprès des parents, publicité trompeuse, lobbying auprès du personnel de la santé, etc.
- Ces pratiques marketing nuisent grandement à l'amorce et à la poursuite de l'allaitement et hypothèquent la santé de tous les enfants de moins de trois ans, qu'ils soient allaités ou alimentés à l'aide de PCN, et ce, avec des effets à long terme.



2 Introduction

L'allaitement – qui se fait normalement au sein – est le mode d'alimentation le plus sûr et le plus adapté aux besoins des tout-petits. Ses bienfaits à court et à long terme sont largement reconnus, tant pour le nourrisson, pour sa mère, que pour la société. L'allaitement contribue au développement optimal des enfants, en particulier sur le plan cognitif, de la capacité d'attachement et des habiletés motrices et langagières. Année après année, de nouvelles études viennent démontrer l'importance de l'allaitement, par exemple pour son effet de protection immunologique contre les infections gastro-intestinales et respiratoires, ce qui permet de prévenir certaines maladies ou d'en réduire les symptômes et la durée. L'allaitement aurait aussi un effet protecteur contre le syndrome de mort subite du nourrisson ainsi que contre l'apparition de l'obésité. Par ailleurs, les mères en retirent aussi d'importants facteurs de protection. En plus de favoriser le retour tardif des menstruations, l'allaitement prévient les cancers du sein et protège les femmes contre le diabète et les cancers de l'ovaire (Victora et al., 2016).

Santé Canada, la Société canadienne de pédiatrie, Diététistes du Canada et le Comité canadien pour l'allaitement recommandent de poursuivre l'allaitement jusqu'à deux ans ou plus, accompagné d'aliments complémentaires appropriés à partir de six mois (Santé Canada et al., 2012). Pour les nourrissons qui ne peuvent pas recevoir le lait de leur mère, la meilleure solution de remplacement, avant le recours aux préparations commerciales pour nourrissons (PCN), est du lait provenant d'une nourrice en bonne santé ou d'une banque de lait (OMS, 2003).

Les PCN, bien qu'elles constituent l'option alimentaire la plus sécuritaire *après* le lait maternel, ne parviennent en aucun cas à reproduire les bienfaits du lait maternel, sans compter les risques liés à une utilisation inadéquate de ces produits – préparation non hygiénique, dilution excessive, contamination microbienne, etc. Le recours aux préparations commerciales pour remplacer le lait maternel n'est donc pas sans conséquence sur la santé, la nutrition et le développement de l'enfant ni sur la santé des femmes. D'autre part, administrer le lait maternel autrement qu'au sein est également sous-optimal. Si tous les nourrissons étaient allaités de manière optimale, 800 000 décès néonataux et 98 000 décès maternels pourraient être évités chaque année dans le monde, de même que la moitié des maladies diarrhéiques et le tiers des infections respiratoires (Baker et al., 2021 ; Victora et al., 2016).

Or, au Québec, parmi les 85 % de femmes qui amorcent l'allaitement après avoir donné naissance, elles ne sont plus que 72 % à poursuivre l'allaitement après trois mois – dont seulement 60 % de manière exclusive –, 56 % après six mois et 16 % après un an, ce qui est bien loin des recommandations (Observatoire des tout-petits, 2020). Par ailleurs, les taux d'allaitement varient grandement en fonction de facteurs socioéconomiques. Dans la plupart des pays développés, les femmes ayant un faible revenu ou un faible niveau d'études sont beaucoup moins susceptibles d'allaiter que celles ayant un revenu élevé ou un niveau d'études élevé (Victora et al., 2016). Les femmes parmi les moins scolarisées sont en effet trois fois moins nombreuses à allaiter de façon exclusive à cinq mois que les femmes parmi les plus scolarisées (Bærug et al., 2017). Dans les familles en situation d'insécurité alimentaire, les nourrissons sont allaités trois fois moins longtemps que dans les familles aisées (Orr et al., 2018 ; Venu et al., 2017). De plus, les mères âgées de 15 à 19 ans sont beaucoup moins nombreuses à amorcer l'allaitement et à le poursuivre jusqu'à six mois que la moyenne des femmes (Nesbitt et al., 2012).

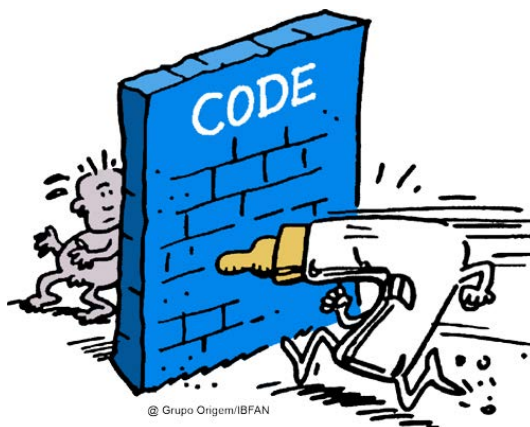
Parmi les facteurs contribuant à la chute des taux d'allaitement, les pratiques marketing agressives de l'industrie de l'alimentation des tout-petits ont joué un rôle considérable en encourageant la surutilisation des substituts du lait maternel, des biberons et des sucres et en contribuant à leur banalisation. Dominée

par un petit nombre de multinationales extrêmement puissantes¹, l'industrie sert des intérêts privés en totale contradiction avec les recommandations de santé publique, puisque ses profits dépendent directement de la maximisation du nombre de tout-petits qui ne sont pas allaités ou qui sont sevrés prématurément. Grâce à des ressources financières colossales, l'industrie a élaboré un arsenal de stratégies marketing redoutablement efficaces pour gonfler ses ventes – publicité omniprésente, élargissement de la gamme de produits, lobbying auprès du personnel de santé et bien d'autres encore.

Afin de protéger les familles des pratiques marketing de l'industrie et ainsi de protéger la santé de tous les enfants, le Code a été adopté en 1981 par 118 pays, dont le Canada. Depuis, ce Code est régulièrement bonifié par des résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé. Son but n'est pas d'interdire l'utilisation de ces produits, mais plutôt de procurer aux nourrissons une nutrition sûre et adéquate en protégeant l'allaitement et en assurant une utilisation sécuritaire des substituts du lait maternel lorsque ceux-ci sont nécessaires. Le Code interdit donc toutes les formes de promotion et d'idéalisation de ces produits, que ce soit auprès des femmes enceintes, des familles ou des professionnel(le)s de la santé.

En 2020, 70 % des États membres de l'Organisation mondiale de la Santé, incluant la plupart des pays européens, avaient pris des mesures législatives visant à appliquer certaines dispositions du Code (WHO, UNICEF, IBFAN, 2020). Le Canada fait piètre figure ; bien qu'il soit signataire du Code, aucune mesure n'a encore été promulguée, de sorte que l'application du Code est essentiellement soumise à l'autorégulation de l'industrie. Seul l'étiquetage est soumis à certaines règles. Les pratiques contrevenant au Code sont par conséquent nombreuses et fréquentes, ce qui porte atteinte à la santé de tous les enfants, qu'ils soient allaités ou alimentés à l'aide de PCN.

Cette revue de littérature vise à documenter les conséquences sur l'allaitement et la santé des tout-petits des stratégies marketing utilisées par l'industrie en violation du Code. Une soixantaine d'études scientifiques ont été répertoriées à la suite d'une recherche par mots-clés² dans la base de données bibliographiques *PubMed*. À quelques exceptions près, les études sélectionnées ont été publiées au cours des dix dernières années et ont été réalisées dans le contexte des pays développés. Bien que non exhaustive, cette revue de littérature dresse un portrait global – et alarmant – des principales stratégies marketing utilisées et de leurs conséquences.



¹ Trois multinationales (Nestlé, Danone et Mead Johnson) détiennent à elles seules près de 50 % du marché mondial des substituts du lait maternel (Baker et al., 2021).

² *Breastfeeding AND International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes; Breastfeeding AND Infant formula marketing; Infant formula AND Marketing; Breast milk substitute AND Marketing.*

3 Le Code en résumé

3.1 Les produits visés par le Code

- Tous les aliments et boissons pour les tout-petits de 0 à 36 mois ;
- Les biberons et les tétines ;
- Les sucres.



3.2 Les principales dispositions du Code

3.2.1 *Faire de l'allaitement la norme biologique et sociale*

- Exiger que les emballages et les étiquettes de PCN mentionnent clairement la supériorité de l'allaitement ;
- Interdire toute comparaison avec le lait maternel et le sein ;
- Interdire toute représentation de nourrissons ou d'autres représentations graphiques de nature à idéaliser l'utilisation des PCN ;
- S'assurer que les emballages ne comportent pas de termes trompeurs comme maternisé ou humanisé.



3.2.2 *Préserver les familles de la pression commerciale*

- Interdire la publicité et toute forme de promotion des produits visés auprès du grand public ;
- Interdire la distribution aux femmes enceintes et aux parents d'échantillons gratuits de produits visés et de cadeaux contenant des articles ou des ustensiles de nature à promouvoir leur utilisation ;
- Interdire tout contact direct ou indirect entre le personnel de commercialisation et les femmes enceintes et les parents.



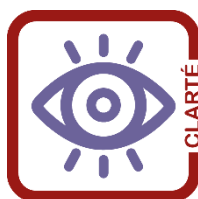
3.2.3 Préserver le système de santé de la pression commerciale

- Interdire la publicité et toute forme de promotion des produits visés dans le système de soins de santé ;
- Interdire la distribution d'échantillons de produits visés aux professionnel(le)s de la santé ;
- Pour éviter les conflits d'intérêts, faire en sorte que les professionnel(le)s de la santé ne reçoivent pas d'avantages en espèces ou en nature de la part des fabricants et distributeurs de produits visés ;



3.2.4 Fournir une information juste et indépendante de l'industrie

- Inclure dans tous les outils à l'intention des parents des renseignements clairs sur les avantages et la supériorité de l'allaitement et sur les risques d'une utilisation non nécessaire ou incorrecte des produits visés ;
- S'assurer que les fabricants et les distributeurs fournissent au personnel de la santé une information scientifique et se limitant aux faits ;
- Exiger du personnel de la santé qu'il fournisse une explication claire sur les risques d'une utilisation incorrecte des produits visés aux parents qui le nécessitent ;
- Exiger que les emballages et les étiquettes des produits visés comportent des instructions claires, bien visibles et faciles à lire, de même qu'une mise en garde contre les risques résultant d'une préparation ou d'une utilisation inadéquate.



3.2.5 Protéger la sécurité financière des familles

- Exiger que tout matériel à but d'information et d'éducation destiné aux parents comporte une mise en garde contre les incidences financières de l'alimentation artificielle.
- Lorsque des produits visés par le Code sont donnés aux familles à l'extérieur des établissements de santé, les institutions doivent s'assurer que les stocks pourront être entretenus aussi longtemps que les nourrissons concernés en auront besoin.



4 Un arsenal de stratégies marketing contraire au Code

4.1 La publicité directe

4.1.1 Des investissements disproportionnés de l'industrie

Le marché des substituts de lait maternel est extrêmement lucratif et florissant ; alors que les ventes mondiales représentaient 1,5 milliard de dollars en 1978, elles ont atteint 55,6 milliards en 2019 (Baker et al., 2021). Les fabricants investissent des sommes colossales dans le marketing et la promotion de leurs produits, équivalant à environ 10 % de leurs revenus, soit un budget annuel de plus de 4 milliards de dollars (Baker et al., 2016).



Toutes les plateformes de communication susceptibles de joindre directement les parents ont été investies, des médias traditionnels (magazines, télévision, etc.) aux médias numériques (réseaux sociaux, forums, applications mobiles, blogues, etc.) (J. Harris et al., 2016). Dans les magazines sur la parentalité, une étude a recensé une proportion de 0,43 publicité par page de contenu, ce qui représente près de 15 % de l'ensemble des publicités de ces magazines (Basch et al., 2013). Une autre étude a quant à elle recensé une moyenne de 4,5 publicités distinctes par application destinée aux parents (Zhao et al., 2019). Les réseaux sociaux regorgent eux aussi de toutes sortes de contenus promotionnels ciblant directement les parents, y compris des publications commanditées, des invitations à rejoindre des groupes et des concours (Pereira-Kotze et al., 2020). En plus de consolider l'image de marque des fabricants, ces contenus promotionnels véhiculent des messages trompeurs dont l'objectif est de favoriser l'acceptabilité sociale de l'alimentation artificielle et de la banaliser. L'utilisation des PCN est associée à un simple choix parental ou encore à un mode de vie moderne, plutôt qu'à une décision ayant des conséquences sur la santé du nourrisson et de sa mère.



Par ailleurs, les investissements dans le marketing et la promotion des substituts du lait maternel apparaissent totalement disproportionnés par rapport aux sommes investies par les États dans la promotion de l'allaitement. Au Royaume-Uni par exemple, les fabricants dépensent dix fois plus en publicité que le ministère de la Santé pour la promotion de l'allaitement (Brady, 2012). La grande majorité des parents a donc été exposée à une forme ou une autre de promotion des PCN. Interrogées à savoir si elles avaient été exposées à du contenu promotionnel ou informatif sur l'alimentation des nourrissons, des participantes à une étude ont répondu à l'unanimité que la publicité pour les PCN est omniprésente et qu'il est quasi impossible de ne pas y avoir été exposée. En revanche, très peu d'entre elles ont affirmé avoir été exposées à du contenu sur l'allaitement à l'extérieur des cliniques et des ateliers prénataux (Parry et al., 2013).

L'omniprésence de la publicité entourant les substituts du lait maternel a ainsi réussi à banaliser l'utilisation de ces produits, de sorte que l'alimentation au biberon est perçue comme un choix normal, voire incontournable. Cette norme s'est particulièrement imposée dans les médias de masse, où l'alimentation au biberon et l'allaitement sont représentés de manière très différente. Une étude menée au Royaume-Uni a démontré non seulement que l'allaitement était quasi absent des médias de masse, mais aussi que la plupart des références étaient négatives ; sur un échantillon de 235 références à l'alimentation des nourrissons, 27 présentaient une difficulté potentielle liée à l'allaitement tandis qu'une seule abordait une difficulté potentielle de l'alimentation au biberon (L. Henderson et al., 2000). Une autre étude menée en Australie a aussi démontré que l'allaitement était présenté de manière plus négative que l'alimentation au biberon, ce qui témoigne de l'influence exercée par l'industrie (A. M. Henderson, 1999).

4.1.2 Exposition à la publicité et taux d'allaitement : une relation inversement proportionnelle

De nombreuses études ont associé la pression considérable exercée sur les parents par l'industrie de l'alimentation des tout-petits à une baisse des taux d'allaitement et de sa durée. Plus particulièrement, des chercheurs ont analysé le lien entre la fréquence des publicités sur l'alimentation au biberon dans les magazines destinés aux parents et les taux d'allaitement sur une période de près de 30 ans ; ils ont démontré que les taux d'allaitement diminuent lorsque la fréquence des publicités augmente (Foss & Southwell, 2006). Une autre étude longitudinale conclut elle aussi que les femmes ayant été exposées à de la publicité sont plus susceptibles d'avoir l'intention d'utiliser ces produits ou de les introduire précocement et sont moins susceptibles d'avoir l'intention d'amorcer l'allaitement que les femmes n'ayant pas été exposées (Zhang et al., 2013). Par conséquent, les taux d'allaitement exclusif à quatre mois sont beaucoup plus élevés dans les pays où un contrôle strict de la publicité sur les substituts du lait maternel est exercé (Brady, 2012).



Le développement du marché des laits pour bambins qui a eu lieu au cours des dernières années illustre parfaitement la relation entre les dépenses promotionnelles et la consommation d'un produit. Entre 2011 et 2015, les dépenses destinées à la promotion de ces produits ont connu une croissance sans précédent de 74 %, de sorte qu'elles excèdent dorénavant celles destinées à la promotion des PCN (J. L. Harris & Pomeranz, 2020). Le volume des ventes annuelles de ces nouveaux produits a ainsi augmenté de 158 % et surpasse celui des PCN (Baker et al., 2016 ; J. L. Harris & Pomeranz, 2020).

Inversement, la littérature indique que l'exposition à des contenus sur l'allaitement favorise la décision d'amorcer l'allaitement et de le poursuivre sur une plus longue période (Zhang et al., 2013). Ainsi, 91 % des femmes utilisant des PCN qui ont été interrogées dans le cadre d'une étude ont révélé qu'elles auraient probablement allaité si elles avaient eu plus d'information sur l'allaitement (Arora et al., 2000).



4.2 La publicité trompeuse

4.2.1 Des allégations injustifiées qui induisent les parents en erreur

Les publicités entourant les produits alimentaires destinés aux tout-petits sont riches en allégations relatives à leur qualité nutritionnelle et à leurs bénéfices pour le développement des enfants. La grande majorité de ces produits affiche au moins une telle allégation. Un contenant de PCN et un contenant de lait pour bambins comprennent respectivement une moyenne de 5,9 et de 4 allégations relatives à la qualité nutritionnelle et une moyenne de 3,1 et de 2,6 allégations relatives au développement de l'enfant (J. Harris et al., 2016). Un paquet d'un aliment destiné aux bambins contient quant à lui une moyenne de 1,9 allégation (J. Harris et al., 2016). Les principales allégations concernent le bon développement du cerveau, de la vision et du système immunitaire (Stang et al., 2010). Près de 100 % des contenants de PCN analysés font la promotion d'un ingrédient spécifique comme les acides gras, la lutéine ou encore les probiotiques (J. Harris et al., 2016) et plus de la moitié de ces produits indiquent qu'ils sont recommandés par les experts (Pomeranz et al., 2018).



Or, de plus en plus d'experts soulèvent justement leurs préoccupations quant à l'utilisation démesurée et infondée de ce type d'allégations, certains allant jusqu'à exiger leur interdiction (Abrams, 2015 ; Munblit et al., 2020). En effet, la plupart de ces

allégations ne sont pas fondées sur des données probantes ni validées par des essais cliniques accessibles au public. Lorsque des essais cliniques sont publiés, ils sont généralement financés directement par les fabricants, ce qui entraîne de graves conflits d'intérêts. Ces essais comportent également de grandes limites, notamment un faible échantillonnage et une absence d'analyse sur les effets à long terme (Abrams & Daniels, 2019 ; Hughes et al., 2017). D'ailleurs, seulement 16 % des publicités citent une étude clinique pour faire la preuve de leurs allégations (Stang et al., 2010). Deux études scientifiques indépendantes de l'industrie ont comparé les allégations inscrites sur les contenants aux données scientifiques publiées et toutes deux concluent à une absence flagrante de preuves soutenant ces allégations (Belamarich et al., 2016 ; Hughes et al., 2017).

Exposés à ce type d'allégations, les parents sont induits en erreur quant aux propriétés alimentaires de ces produits. Il a ainsi été démontré que ces affirmations trompeuses augmentent artificiellement leur légitimité, puisque les parents ont une opinion plus favorable des produits contenant de telles allégations que des produits qui n'en contiennent pas (Berry et al., 2010 ; Dixon et al., 2011). Une étude visant à évaluer le degré d'accord des parents avec certaines de ces allégations confirme ces conclusions : 52 % des parents conviennent que les PCN peuvent être meilleures que le lait maternel en ce qui a trait à la digestion et au développement du cerveau de leur nourrisson, 62 % conviennent que les PCN fournissent des éléments nutritifs qui ne sont pas présents dans le lait maternel et 60 % conviennent que les laits pour bambins fournissent eux aussi des éléments nutritifs qui ne sont pas présents dans les autres aliments (Romo-Palafox et al., 2020). Une étude sur l'interprétation des allégations inscrites sur des contenants de céréales pour tout-petits parvient à un résultat similaire ; la majorité des parents interrogés attribuent de fausses vertus à ces produits (J. L. Harris et al., 2011).

En influençant ainsi la perception des parents – et en les détournant des risques associés à l'utilisation de ces produits – l'industrie tend à remettre l'allaitement en question. Une étude a en effet conclu que la majorité des parents interrogés sont portés à croire que l'utilisation des PCN constitue une solution adéquate à différents problèmes normaux, comme l'irritabilité ou les reflux, que le lait maternel ne peut résoudre (Parry et al., 2013). Le fait que certains produits sont prétendument « recommandés par des experts » attribue en plus un caractère médical et thérapeutique à ces produits (Parry et al., 2013). En attribuant faussement de tels bénéfices nutritionnels, ces pratiques incitent ainsi les familles à consommer des produits dont elles n'ont pas besoin, ce qui pose un risque majeur pour l'amorce et la poursuite de l'allaitement (J. L. Harris & Pomeranz, 2020). Par ailleurs, le recours à ce type d'allégations rassurantes sur le développement de l'enfant est aussi une stratégie de l'industrie qui est reconnue pour réduire la culpabilité des femmes qui ont fait le choix de ne pas allaiter ou de sevrer précocement leur enfant (Hastings et al., 2020).

De la même façon que les stratégies marketing influencent les décisions des parents en matière d'alimentation, la promotion des bénéfices liés à l'allaitement a aussi une influence sur l'intention d'allaiter. Une étude a démontré que plus les femmes sont sensibilisées à l'importance de l'allaitement, plus elles ont l'intention d'amorcer l'allaitement ; celles en désaccord avec l'allégation que les PCN seraient équivalentes au lait maternel sont plus susceptibles d'avoir l'intention d'amorcer l'allaitement que celles qui étaient d'accord avec cette allégation (Stuebe & Bonuck, 2011).



4.2.2 Des produits faussement présentés comme équivalents au lait maternel

En plus d'être riches en allégations infondées sur la qualité nutritionnelle des PCN, les publicités sont également truffées de références au lait maternel. La plupart des fabricants mentionnent sur leurs produits que le lait maternel est ce qu'il y a de mieux pour les nourrissons. De plus, une étude portant sur le contenu des publicités de PCN révèle que 89 % des publicités analysées associent les termes « lait maternel » et « préparation commerciale pour nourrissons » dans la même phrase (J. Harris et al., 2016). Ces affirmations ne sont pas anodines ; elles visent à entretenir une image positive de l'entreprise en s'alignant sur les recommandations de santé publique, tout en prétendant que les PCN équivalent, voire surpassent, le lait maternel (Hastings et al., 2020). Par conséquent, ce type d'allégation tend à créer de la confusion auprès des parents quant aux similarités entre les PCN et le lait maternel. Une étude visant à explorer la manière dont les parents interprètent les publicités de PCN conclut que celles-ci tendent à faire croire que ces produits sont similaires ou supérieurs au lait maternel (Parry et al., 2013). Une autre étude révèle que presque toutes les femmes interrogées utilisant des PCN croient à tort que ces produits sont une alternative équivalente ou supérieure au lait maternel (Barennes et al., 2012).



4.2.3 Des visuels colorés qui ne sont pas inoffensifs

La plupart des produits alimentaires pour tout-petits recourent à des visuels colorés. Le recours à ces éléments graphiques, idéalisant l'utilisation de ces produits, vise à donner l'impression aux parents qu'ils sont appropriés et sans risque pour les enfants. En effet, la totalité des publicités de PCN contient des images idéalisant l'utilisation du produit, par exemple des images faisant référence à l'amour parental (Lozada-Tequeanes et al., 2020). En ce qui concerne les visuels des aliments destinés aux tout-petits, une analyse de leur contenu révèle qu'entre 20 % et 50 % de ces produits recourent à des éléments visuels visant à susciter une émotion positive (Chen et al., 2015).



Ce type de visuel, en minimisant les risques liés à l'utilisation de ces produits, peut être une source de confusion pour les parents ; plus de la moitié des parents interrogés dans le cadre d'une étude ont associé l'image enfantine du produit au fait qu'il est automatiquement bon pour l'enfant (Barennes et al., 2008). Dans cette même étude, il a aussi été démontré que les messages d'avertissement sur les produits n'atténuent pas la force du message visuel ; 80 % des parents interrogés n'avaient tout simplement pas lu le message d'avertissement inscrit sur le produit.

Le cas extrême d'un colorant à café, commercialisé en Asie par un fabricant de PCN et dont le contenant illustre une maman ours allaitant son ourson, démontre les conséquences graves de ce type de visuel trompeur sur la santé des tout-petits. Sur plus de 1 000 parents interrogés dans des villages isolés où le taux d'illettrisme est élevé, 96 % et 46 % respectivement croyaient à tort que le produit contenait du lait et que le logo du fabricant supposait que le produit était adéquat pour remplacer le lait maternel (Barennes et al., 2008). Près de 20 % des parents interrogés ont donné ce produit à leur nourrisson, entraînant de graves cas de malnutrition (Barennes et al., 2008).

4.2.4 Des publicités contraires aux recommandations sur l'alimentation des tout-petits

Les stratégies utilisées par les fabricants pour promouvoir leurs produits peuvent dissuader les parents de respecter les recommandations établies sur l'alimentation des tout-petits, notamment sur l'introduction des solides à six mois et sur la consommation de sucre chez les bambins. Étant donné que 90 % des premiers aliments offerts aux nourrissons sont des produits commercialisés par l'industrie de l'alimentation des tout-petits, l'impact de ces stratégies sur la santé à long terme est considérable (Wright et al., 2004).



Une analyse effectuée sur le contenu des publicités d'aliments solides pour nourrissons révèle que 43 % des produits sont commercialisés pour les nourrissons âgés de quatre mois et plus (Chen et al., 2015), ce qui est en décalage avec les recommandations officielles sur l'introduction des solides à partir de six mois³. Par ailleurs, de nombreuses études menées dans différents pays industrialisés ont démontré qu'une proportion importante des parents introduisent hâtivement les solides, et que les jeunes mères, celles ayant un faible niveau de scolarité et celles ayant une situation socioéconomique précaire y sont plus susceptibles que les autres (Karall et al., 2015 ; Scott et al., 2009 ; Wright et al., 2004). Or, l'introduction hâtive des solides est associée à un risque accru de maladies diarrhéiques et à l'arrêt prématuré de l'allaitement (Scott et al., 2009 ; Wright et al., 2004). En effet, les mères ayant introduit les solides avant six mois allaitent en moyenne onze semaines de moins que celles qui les ont introduits après six mois (Scott et al., 2009).



La commercialisation des laits pour bambins pose elle aussi des risques pour la santé des tout-petits. Ces produits étant constitués principalement de sucre et de lait faible en gras, ils ne sont pas conformes aux recommandations officielles, qui préconisent le lait maternel ou le lait entier jusqu'à l'âge de deux ans et proscrivent la consommation de sucres ajoutés. Aucune étude scientifique ne justifie d'ailleurs l'utilisation de ces produits. Or, des campagnes publicitaires particulièrement intenses ont entraîné une hausse tout aussi importante de la consommation de ces laits (Choi et al., 2020) ; il est estimé qu'un tiers des bambins consomment une boisson sucrée quotidiennement (Roess et al., 2018).

4.2.5 Des pratiques promotionnelles qui dissimulent le fardeau financier des produits

Les stratégies promotionnelles – produits en promotion, bons de réduction ou encore échantillons gratuits – sont largement utilisées par les fabricants pour inciter les parents à consommer leurs produits. En effet, plus de la moitié des publicités de PCN analysées sur Internet contiennent des offres promotionnelles (Lozada-Tequeanes et al., 2020). De plus, près de 60 % des femmes interrogées dans le cadre d'une étude ont reçu un échantillon gratuit de PCN par la poste dans les semaines qui ont suivi la naissance de leur enfant (Waite & Christakis, 2015).



En laissant croire aux parents que ces produits sont facilement accessibles, ce type de pratiques occulte le coût réel des PCN et le fardeau financier qu'elles représentent pour les familles, particulièrement celles en situation de précarité. Une trentaine de femmes enceintes ayant l'intention d'alimenter leur nourrisson avec des PCN ont été interrogées sur les coûts mensuels des PCN : l'écrasante majorité, bien qu'elle reconnaisse le coût élevé de ces produits, a estimé un montant qui était bien en deçà du coût réel (Fornasaro-Donahue et al., 2014).



³ Au Canada, Santé Canada, la Société canadienne de pédiatrie, les Diététistes du Canada et le Comité canadien pour l'allaitement recommandent l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois (Santé Canada et al., 2012).

Par ailleurs, le coût considérable des PCN et le fardeau financier qu'elles représentent pour les familles à faible revenu comportent des risques pour la santé des tout-petits. Les parents éprouvant des difficultés à supporter les frais de ces produits peuvent recourir à des pratiques potentiellement dangereuses, comme rationner les PCN, les diluer de manière excessive ou encore recourir hâtivement à du lait entier, à des céréales ou à des boissons sucrées. Une étude a relevé que 27 % des familles en situation d'insécurité alimentaire recourent à l'une ou l'autre de ces pratiques (Burkhardt et al., 2012). Cette même étude relève également que 9 % des familles qui ne se trouvent pas dans une situation d'insécurité alimentaire recourent elles aussi à ces pratiques. Les risques auxquels les nourrissons sont alors exposés sont multiples : carences nutritives, anémie, retards de croissance, etc. Bien qu'il n'y ait pas de données probantes sur la prévalence des hospitalisations liées à l'utilisation inadéquate des PCN, il est probable qu'elle soit considérable (Abrams & Daniels, 2019).

4.2.6 Des risques occultés

Les PCN, si elles ne sont pas utilisées adéquatement, comportent de graves risques pour la santé des tout-petits, notamment pour les nourrissons prématurés ou dont le système immunitaire est affaibli. Les préparations en poudre par exemple ne sont pas stériles et peuvent être contaminées par des agents pathogènes ; une manipulation inadéquate de ces produits est donc susceptible de provoquer une infection alimentaire et des pathologies graves (infections, hyponatrémie, voire le décès) (OMS et FAO, 2007).



Les contenants de PCN contiennent des instructions relatives à la manipulation, à la préparation et à la conservation du produit. Or, ces instructions sont généralement incomplètes. Une étude ayant recensé les différentes instructions sur une dizaine de produits a relevé de nombreuses lacunes ; 20 % par exemple des contenants analysés ne portaient pas de mention relative au lavage des bouteilles et des ustensiles avant la préparation du produit (Wallace et al., 2016).



De plus, les renseignements indiqués sur les contenants sont rédigés au-delà des capacités de lecture de la plupart des parents. Une étude américaine portant sur la lisibilité des étiquettes de PCN a en effet démontré que certaines sections, notamment celle sur la préparation sécuritaire du produit, exigent des capacités de lecture de niveau postsecondaire (Wallace et al., 2016). Cette étude conclut que les parents ayant un faible ou un très faible niveau de littératie en matière de santé sont fortement à risque de mal interpréter les instructions et de recourir à de mauvaises pratiques d'utilisation.

Les risques liés à la lisibilité des étiquettes sont d'autant plus préoccupants que ces étiquettes sont souvent la principale source d'information sur le produit ; 90 % des femmes qui utilisent des PCN y recourent comme source d'information (Appleton et al., 2020). De plus, seulement 20 % des femmes qui offrent des PCN à leur nourrisson sollicitent une professionnelle de la santé pour des conseils relatifs à leur utilisation (Appleton et al., 2020). Une étude menée aux États-Unis a observé la manière dont les parents manipulent les PCN, et a effectivement démontré que ces pratiques dévient considérablement des instructions et des recommandations inscrites sur les contenants (Ellison et al., 2017). Par conséquent, les parents ne sont pas adéquatement sensibilisés aux risques d'une utilisation incorrecte de ces produits.

4.2.7 Des stratégies de « vente en douceur » pour manipuler les parents

Les fabricants recourent largement à des stratégies faisant appel aux émotions et aux sentiments des parents, et particulièrement des mères. Ils créent ainsi de toutes pièces une atmosphère propre à susciter une attitude favorable à l'égard de leurs produits. Ces stratégies visent explicitement à créer des liens de solidarité entre le fabricant et les parents pour les conforter dans leur décision d'utiliser des PCN plutôt que d'allaiter (Hastings et al., 2020). Cette approche est problématique, car elle tend à faire passer l'utilisation des PCN comme une option alimentaire « normale » au même titre que l'allaitement, de sorte que la décision des parents quant au mode d'alimentation de leur nourrisson est présentée comme une simple question de préférence et de choix personnel. Cette décision est ainsi reléguée au même niveau que n'importe quelle autre décision parentale – l'utilisation de couches lavables ou jetables par exemple – faisant fi de la multitude de bénéfices liés à l'allaitement et des risques associés au non-allaitement.



Lancée par un fabricant de PCN en 2015, la campagne #EndMommyWars (traduction libre : Pour en finir avec les guerres entre mamans) a amorcé le changement de discours autour de l'alimentation au biberon, pour en faire une simple question de choix personnel, au même titre que l'allaitement. Sans jamais faire référence aux bénéfices de l'un ou l'autre des modes d'alimentation, la campagne utilise la rhétorique du clivage entre les mères qui allaitent et celles qui utilisent des PCN. Il a résulté de cette campagne un succès commercial sans précédent ; plus de 20 millions de vues sur les réseaux sociaux, avec un ratio de « J'aime » et « Je n'aime pas » de 20 : 1 (Whipps & Iqbal, 2020). Les ventes du fabricant ont ainsi augmenté de 2,2 % après le lancement de cette campagne (Hastings et al., 2020).

L'impact de ces stratégies sur l'allaitement a été étudié sous l'angle de la psychologie sociale, postulant que la promotion d'une identité commune accentue les inégalités envers le groupe désavantagé. Le fait que l'utilisation des PCN soit ramenée par les fabricants à un simple choix parental, au même titre que l'allaitement, tend à placer ces deux modes d'alimentation sur un pied d'égalité et à occulter les différences qui existent entre eux, notamment les barrières à l'allaitement (environnements non favorables à l'allaitement, stigmatisation de l'allaitement dans l'espace public, etc.) (Whipps & Iqbal, 2020). Sous l'effet de la minimisation de ces différences, les femmes allaitantes sont moins susceptibles de dénoncer, voire de reconnaître, les discriminations à leur égard et de participer à des actions collectives pour défendre leurs droits (Whipps & Iqbal, 2020).

4.3 La publicité indirecte

4.3.1 L'élargissement de la gamme de produits : une source de confusion pour les parents

La gamme de produits commercialisés par l'industrie de l'alimentation des tout-petits ne cesse de s'élargir, notamment avec des laits de transition ou encore des laits pour bambins. Ces nouveaux produits sont commercialisés sous un visuel similaire à celui des PCN de la marque, de manière à leur donner une identité commune. Une étude a relevé que plus des deux tiers des emballages de laits de transition et de laits pour bambins analysés partagent des couleurs et des éléments graphiques similaires aux emballages de PCN (Pereira et al., 2016). Par conséquent, la promotion de l'un ou l'autre de ces produits promeut indirectement l'ensemble de la gamme, y compris les PCN.



Cette stratégie est largement utilisée dans les pays où la publicité pour les PCN est interdite. Une étude comparative a démontré que les fabricants contournent cette interdiction en publicisant des produits dont l'identité visuelle est similaire à celle des PCN ; en Australie, où la publicité pour les PCN est interdite, 69 publicités de produits ayant une identité visuelle similaire à celle des PCN ont été recensées dans des magazines, comparativement à une seule aux États-Unis et au Canada, où la publicité pour les PCN est autorisée (Berry et al., 2012). Les auteurs de cette étude concluent que ce type de publicité indirecte constitue une stratégie délibérée de promotion des PCN. Ainsi, en Australie, une autre étude a analysé la manière dont les femmes enceintes de leur premier enfant interprètent les publicités de laits pour bambins et est parvenue à une conclusion similaire ; les répondantes ont associé explicitement ces publicités aux PCN (Berry et al., 2010).

L'élargissement de la gamme de produits est donc une source de confusion pour les parents, qui n'est pas sans danger pour la santé des tout-petits. En effet, les parents ne font pas nécessairement la distinction entre les produits destinés aux bambins et ceux destinés aux nourrissons, puisqu'ils sont commercialisés sous la même identité visuelle. Des parents pourraient donc être portés à croire qu'un lait pour bambins serait adéquat pour un nourrisson, d'autant plus que les produits pour bambins sont généralement moins dispendieux que ceux pour nourrissons. Aux États-Unis, une étude a démontré que 11 % des parents interrogés ont offert du lait pour bambins à leur nourrisson, et que plus de 50 % d'entre eux ne savaient pas qu'ils offraient un produit inadéquat à leur nourrisson (Romo-Palafox et al., 2020).

4.3.2 Des applications, baby clubs et communautés virtuelles qui s'immiscent dans les pratiques alimentaires des parents

L'industrie de l'alimentation des tout-petits a développé une panoplie d'outils, en profitant des nouvelles technologies numériques, pour entrer en contact avec les parents et futurs parents et les exposer à leur marque et à leurs produits, sans explicitement faire de la vente directe. Les exemples abondent : applications (calculateurs d'ovulation, calculateurs de date d'accouchement, calculateurs de la fréquence des boires et des tétées, lignes de soutien téléphonique), *baby clubs* (dont les membres reçoivent des bons de réduction, des échantillons et des conseils adaptés à l'âge de l'enfant) et communautés virtuelles (groupes de mères, réseaux sociaux).

Ces outils ne sont pas anodins ; ils sont intégrés dans une stratégie de marketing personnalisé, dans laquelle le fabricant vise à tisser une relation étroite avec le parent, tout en collectant ses données personnelles pour promouvoir les produits qu'il serait le plus susceptible d'acheter. Dans le cas des *baby clubs* par exemple, les personnes sont invitées à divulguer la date prévue de leur accouchement, de sorte que les fabricants peuvent transmettre des courriels promotionnels adaptés à l'âge du tout-petit. Les personnes inscrites dans de tels *baby clubs* sont ainsi plus susceptibles d'acheter des produits promus par la marque (Hastings et al., 2020).

En plus de constituer une forme de publicité indirecte, ces outils contribuent à banaliser l'utilisation des PCN et à propager certaines normes favorisant l'alimentation artificielle. Dans le cas des communautés virtuelles par exemple, les fabricants recourent régulièrement à des concours, où les membres sont invités à publier des photos ou à exprimer leur « amour » d'un produit. Cette forme de promotion par les pairs, soit par les autres mères qui utilisent les produits de la marque, vise à renforcer l'authenticité et la crédibilité de la marque (Hastings et al., 2020). Sournoisement, ces contenus générés par les utilisatrices renvoient une image idéalisée de l'alimentation artificielle et accentuent l'impression que l'allaitement optimal n'est pas accessible pour la plupart des femmes.



Certains de ces outils peuvent même nuire à la poursuite de l'allaitement. Une étude s'est par exemple penchée sur une application conçue par un fabricant de PCN qui permet aux parents de faire le suivi de la fréquence des boires, y compris des séances d'allaitement, en enregistrant les heures de début et de fin des séances d'alimentation (Abrahams, 2012). Les utilisatrices reçoivent ensuite automatiquement des notifications quant à la prochaine séance. Or, l'étude conclut qu'en plus d'augmenter l'exposition des parents aux marques de PCN, cette application nuit directement à l'allaitement. En incitant les parents à respecter un horaire préétabli, qui n'est pas nécessairement adapté aux besoins du nourrisson, elle engendre de l'inquiétude auprès des parents dont les séances d'allaitement sont irrégulières et les encourage ainsi à offrir des PCN, même si elles ne sont pas nécessaires.

4.4 La publicité auprès du personnel de la santé

4.4.1 Le personnel de la santé : des tremplins promotionnels de choix

Dès ses balbutiements, l'industrie de l'alimentation des tout-petits a tenté de tisser des liens étroits avec le personnel de la santé pour renforcer la crédibilité – donc les ventes – de ses produits. Les fabricants investissent des sommes considérables pour déployer des armées de représentantes commerciales dont le rôle est d'entretenir des contacts réguliers avec le milieu médical ; ces sommes représenteraient de 40 % à 60 % de leurs dépenses totales en marketing (Fickweiler et al., 2017 ; Wazana, 2000). Par exemple, le fabricant Mead Johnson affecte plus de 70 % de ses représentants commerciaux au milieu médical, contre moins de 30 % aux détaillants (Baker et al., 2021). Ces interactions concernent l'ensemble du personnel susceptible d'être en contact avec les parents, incluant les médecins, les pédiatres, les infirmières, les pharmaciennes, les nutritionnistes, etc. (Fickweiler et al., 2017 ; Grundy et al., 2013).

L'influence de l'industrie sur le milieu médical prend différentes formes : des activités de formation, le développement de guides de pratique clinique, du soutien matériel (notamment par le biais d'échantillons de produits, dont il sera question à la section suivante), du soutien financier, des commandites ou encore des cadeaux (Wright & Waterston, 2006). En Amérique du Nord et en Europe, il n'est pas rare que des événements réunissant des pédiatres soient commandités par des fabricants de PCN (Waterston & Wright, 2019). Une analyse des sites Internet de plus d'une centaine d'associations pédiatriques a révélé que 60 % d'entre eux font mention d'un soutien financier de la part d'un fabricant de PCN ; une déclaration de conflit d'intérêts n'a été publiée que dans 16 % des sites (Baker et al., 2021). L'industrie finance également des activités de recherche pour promouvoir ses propres produits, notamment ses préparations spécialisées. Au moins trois guides de pratique clinique sur l'allergie aux protéines du lait de vache ont été publiés dans les dernières années ; 81 % des chercheurs associés ont déclaré un conflit d'intérêts (Tulleken, 2018).

Par ailleurs, l'industrie ne ménage pas ses efforts pour fournir toutes sortes d'outils promotionnels destinés aux professionnel(le)s de la santé et portant le logo et les couleurs du fabricant ; convertisseurs de poids, calculateurs de la date prévue d'accouchement, guides sur l'alimentation et le développement des tout-petits, etc. Ces outils ont été retrouvés dans plus du tiers des cliniques médicales du Royaume-Uni (McInnes et al., 2007). Des outils promotionnels destinés au grand public sont aussi largement distribués aux cliniques médicales : dépliants, affiches, bons de réduction, etc. Près du quart des publicités analysées dans des cliniques médicales insinuaient que les PCN étaient équivalentes ou supérieures au lait maternel (McInnes et al., 2007). Enfin, les cadeaux offerts par l'industrie aux professionnel(le)s de la santé,



particulièrement à celles en début de carrière, ne sont pas inhabituels, que ce soit des repas gratuits, des fonds pour assister à des conférences ou encore des agendas ou des calendriers (Fickweiler et al., 2017).

4.4.2 Des enjeux éthiques considérables

L'influence des compagnies pharmaceutiques sur la pratique du personnel de la santé soulève de graves enjeux éthiques qui ont été largement documentés. Ces tactiques commerciales, visant à renforcer la crédibilité du fabricant, exercent en effet une influence considérable sur les professionnel(le)s en les incitant à adopter une attitude positive à l'égard de la marque et de ses produits. Peu importe la forme que prend cette influence, elle engendre un sentiment – inconscient ou non – d'obligation et de réciprocité à l'égard du fabricant (Wright & Waterston, 2006). Celle-ci est d'autant plus pernicieuse que la majorité des médecins croient que leur pratique n'est pas influencée par l'industrie ni par leurs interactions avec ses représentantes commerciales (Fickweiler et al., 2017). Or, deux revues de littérature ont analysé des dizaines d'études traitant de l'influence de l'industrie sur la pratique des médecins ; les interactions avec les représentantes commerciales sont liées à une hausse des commandes de produits, le fait d'assister à une formation offerte ou commanditée par un fabricant est lié à la prescription abusive et injustifiée de ces produits, et finalement, le fait de recevoir des cadeaux de la part de fabricants est lié à une attitude positive à l'égard du fabricant (Fickweiler et al., 2017 ; Wazana, 2000).



L'industrie encourage ainsi le personnel de la santé à surévaluer les bénéfices des PCN et à minimiser ses risques (Waterston & Wright, 2019). L'explosion des ventes de préparations spécialisées, qui sont conçues pour un nombre très limité de nourrissons présentant des affections particulières (naissance prématurée, allergies, etc.), démontre à quel point la pratique des professionnel(le)s de la santé est influencée par l'industrie. Au Royaume-Uni par exemple, les prescriptions de préparations spécialisées pour les nourrissons ayant une allergie aux protéines du lait de vache ont bondi de près de 500 % entre 2006 et 2016, une augmentation qui dépasse largement l'évolution de la prévalence réelle de cette allergie (Tulleken, 2018). Une autre étude s'est penchée sur le rôle joué par les établissements médicaux ; elle conclut que le personnel médical qui pratique dans des établissements n'exerçant aucun contrôle sur la promotion des PCN tend à prescrire de manière abusive des PCN spécialisées à des femmes qui n'ont pourtant aucun problème médical pouvant les empêcher d'allaiter (Rios et al., 2016).

En plus de contribuer à promouvoir l'utilisation des PCN, l'influence de l'industrie sur les professionnel(le)s de la santé exerce également une influence directe sur les décisions des familles quant à l'alimentation de leur nourrisson. Plusieurs études ont en effet démontré le rôle important joué par les professionnel(le)s de la santé dans la décision d'amorcer et de poursuivre l'allaitement. Les femmes allaitantes ayant reçu une prescription ou une recommandation médicale pour des PCN sont de trois à quatre fois plus susceptibles que les autres de cesser l'allaitement précocement (Sobel et al., 2011). Une autre étude a analysé l'impact des publicités de PCN dans les cliniques médicales ; elle conclut que les femmes y ayant été exposées sont plus susceptibles de cesser l'allaitement dans les deux premières semaines que celles du groupe témoin n'y ayant pas été exposées (Howard et al., 2000). Pire encore, les femmes dont le médecin porte l'alimentation artificielle et l'allaitement sur un pied d'égalité sont considérablement moins susceptibles d'amorcer l'allaitement et de le poursuivre, particulièrement celles qui étaient ambivalentes par rapport à l'allaitement (DiGirolamo et al., 2003 ; Odom et al., 2014 ; Ramakrishnan et al., 2014). Les femmes dont le médecin leur semblait favorable à l'allaitement exclusif sont quant à elles plus susceptibles d'amorcer l'allaitement et de le poursuivre que celles dont le médecin ne démontrait aucune préférence

(Odom et al., 2014). Par conséquent, plus les professionnel(le)s de la santé semblent promouvoir l'utilisation des PCN ou se montrent neutres à leur égard, moins les femmes sont susceptibles d'allaiter leur enfant.

4.4.3 Des échantillons gratuits : un cadeau dangereux

Les dons d'échantillons de produits constituent une forme particulière d'influence de l'industrie de l'alimentation des tout-petits sur le personnel de la santé, qui soulève elle aussi de graves enjeux éthiques. Cette pratique représente la forme d'interaction la plus courante entre les représentantes commerciales de l'industrie et le milieu médical (Grundy et al., 2013). Au Vermont et au Québec, des études ont relevé que 72 % et 79 % respectivement des centres de santé conservent des échantillons de médicaments et de différents produits (Pinckney et al., 2011 ; Rhéaume et al., 2018). Dans ces centres, une grande majorité de professionnel(le)s de la santé distribuent régulièrement de tels échantillons (Rhéaume et al., 2018).

Or, plusieurs revues de littérature ont démontré que de tels dons suscitent une attitude positive des professionnel(le)s de la santé à l'égard des produits et des fabricants, de sorte que leur pratique s'en trouve influencée (Fickweiler et al., 2017 ; Grundy et al., 2013 ; Wazana, 2000). Le fait de disposer d'échantillons est en effet associé à une hausse des recommandations médicales de ces produits (Pinckney et al., 2011). Par ailleurs, la distribution d'échantillons est généralement une initiative du médecin ; elle ne serait faite à la demande de la patiente que dans 5 % des cas (Backer et al., 2000). À l'instar des autres formes d'influence auprès du milieu médical, les dons d'échantillons incitent donc les professionnel(le)s de la santé à les distribuer aux parents de manière abusive et injustifiée, y compris à des femmes allaitantes.

En plus de constituer une forme de promotion des PCN, les dons d'échantillons posent aussi d'importants risques pour la santé des tout-petits. De grandes variations ont été documentées dans les pratiques des professionnel(le)s de la santé et des milieux de soins à l'égard de la distribution d'échantillons. Au Québec, si la majorité des centres de santé conservent des échantillons, à peine le tiers d'entre eux se sont dotés d'une politique pour en réguler la gestion et la distribution (Rhéaume et al., 2018). La majorité des professionnel(le)s de la santé interrogées ne savaient même pas si leur centre de santé avait adopté ou non une telle politique (Rhéaume et al., 2018). Pire encore, seule une minorité de centres de santé fait le suivi des numéros de série des échantillons distribués aux patients, de sorte qu'il est impossible pour la majorité des centres d'effectuer un suivi adéquat en cas de rappel (Backer et al., 2000 ; Grundy et al., 2013 ; Lessard et al., 2018). Un autre risque posé par la distribution d'échantillons de produits est le manque de renseignements appropriés sur leur utilisation ; une étude a démontré que dans près de la moitié des consultations où des échantillons sont donnés à des patients, les renseignements spécifiques à leur utilisation sécuritaire n'étaient pas donnés (Backer et al., 2000). De plus, seulement la moitié des centres de santé ont aménagé un placard ou une pièce spécifique pour la conservation des échantillons (Backer et al., 2000). Enfin, au Québec, près de 20 % des centres de santé ne vérifient pas régulièrement les dates d'expiration des échantillons (Lessard et al., 2018).



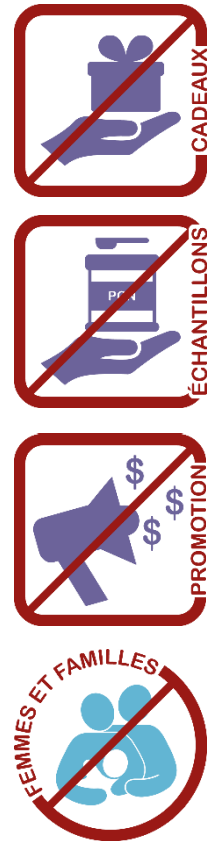
4.4.4 Distribution de sacs-cadeaux à la sortie de l'hôpital : une pratique intéressée

Les dons de sacs-cadeaux contenant des échantillons de PCN aux centres hospitaliers, destinés à être distribués aux nouvelles mères, sont une autre stratégie marketing de longue date utilisée par les fabricants de PCN pour développer leur clientèle et la fidéliser⁴. Une grande proportion des femmes ont en effet reçu un tel sac-cadeau à leur sortie de l'hôpital après l'accouchement, soit entre 81 % et 84 % des femmes selon différentes études réalisées aux États-Unis (Huang et al., 2013 ; Sadacharan et al., 2014). Ces sacs-cadeaux sont également distribués aux femmes qui ont amorcé l'allaitement à la naissance de leur enfant, puisque plus de la moitié d'entre elles en auraient reçu un à leur sortie de l'hôpital (Rosenberg et al., 2008). Bien que cette pratique soit en déclin en raison des réglementations instaurées dans certains centres hospitaliers pour favoriser la mise en place de l'allaitement, elle demeure courante (Nelson et al., 2015). Par ailleurs, dans les centres où elle est interdite, les fabricants ont trouvé d'autres moyens pour publiciser leurs produits, en donnant par exemple des biberons ou d'autres objets aux couleurs de la marque (Feldman-Winter et al., 2012). À titre comparatif, seule une minorité de centres hospitaliers offre des sacs-cadeaux contenant des articles en lien avec l'allaitement ; à peine 4 % des femmes en auraient reçu un à leur sortie de l'hôpital (Sadacharan et al., 2014).

Encore une fois, ces dons ne sont pas anodins ; ils font partie intégrante d'une stratégie marketing visant à recourir aux professionnel(le)s de la santé et aux établissements hospitaliers pour promouvoir des produits commerciaux. Les fabricants de PCN sont bien au fait de la confiance accordée par les parents au milieu médical et l'utilisent pour renforcer la crédibilité de leurs produits. Par ailleurs, le simple fait de donner des échantillons de PCN déguisés en cadeaux contribue à créer une image positive de la marque et de ses produits, et tout particulièrement lorsque ces « cadeaux » sont offerts par le personnel d'un établissement hospitalier.

Cette stratégie marketing néglige délibérément les recommandations officielles sur la nutrition des nourrissons nés à terme et en santé, qui préconisent l'allaitement exclusif de la naissance à six mois. Le fait de recevoir des échantillons de PCN en cadeau peut être interprété par les parents comme un message d'encouragement à alimenter leur nourrisson avec ces produits, ce qui va à l'encontre de ces recommandations officielles. Il a par ailleurs été démontré dans plusieurs études que la distribution de ces sacs-cadeaux encourage bel et bien l'utilisation des PCN dès les premiers jours de vie, au détriment de l'allaitement exclusif ; les femmes qui en reçoivent sont moins susceptibles d'allaiter de façon exclusive que celles qui n'en ont pas reçu (Huang et al., 2013 ; Rosenberg et al., 2008 ; Sadacharan et al., 2014). À l'inverse, les femmes ayant reçu des articles d'allaitement ou n'ayant reçu aucun sac-cadeau à leur sortie de l'hôpital sont beaucoup plus susceptibles d'allaiter de façon exclusive que celles ayant reçu des PCN (Feldman-Winter et al., 2012 ; Sadacharan et al., 2014). Une étude réalisée dans un centre hospitalier a également relevé une augmentation des taux d'allaitement exclusif à la suite du retrait des sacs-cadeaux (Feldman-Winter et al., 2012).

En plus de dissuader les femmes d'allaiter de façon exclusive, les sacs-cadeaux bénéficient grandement aux fabricants de PCN en développant la fidélité à la marque. En effet, plus du tiers des femmes utilisant



⁴ Au Québec, la distribution de cadeaux et d'échantillons dans les hôpitaux a été interdite en 1999 par une circulaire du Ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette pratique demeure toutefois permise dans les autres établissements de santé et de services sociaux, dont les cliniques médicales.

des PCN ont indiqué qu’elles achètent les mêmes produits que ceux donnés par l’hôpital (Huang et al., 2013). Or, les produits distribués dans les sacs-cadeaux sont généralement parmi les plus dispendieux de la marque, ce qui incite sournoisement les parents à payer leurs PCN plus cher (Huang et al., 2013).

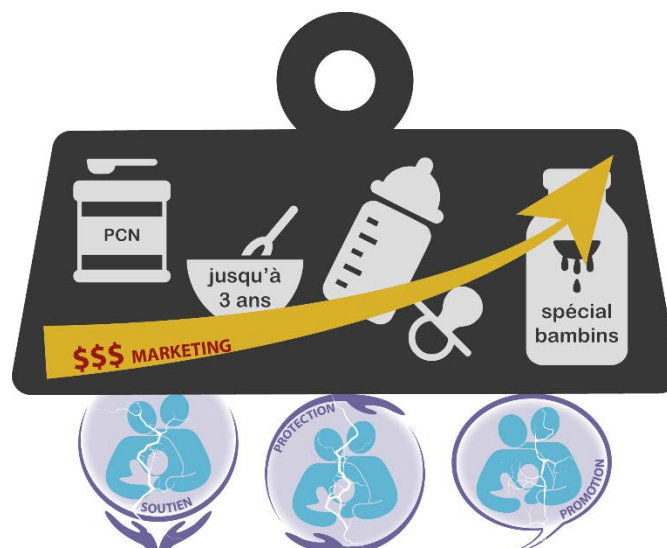
5 Conclusion

Initialement conçues pour les cas exceptionnels où les nourrissons ne peuvent pas être allaités, les PCN et autres produits visés par le Code sont devenues des produits de consommation de masse, banalisés, normalisés et omniprésents. L’industrie de l’alimentation des tout-petits, grâce à un arsenal de stratégies marketing redoutablement efficaces, est parvenue à influencer de manière importante les normes sociales quant aux pratiques alimentaires considérées comme normales, acceptables et souhaitables. Promotion directe et indirecte, allégations trompeuses, déploiement de représentantes commerciales dans les milieux médicaux – entre autres stratégies marketing – ont ainsi contribué à faire de l’alimentation artificielle la norme. Conséquemment, la croissance fulgurante de l’industrie n’a pu être réalisée qu’au détriment de l’allaitement, et de la santé des enfants et des femmes.



Les pratiques marketing agressives de l’industrie ne peuvent évidemment être déployées qu’en présence d’un cadre législatif complaisant et laxiste. L’adoption du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel en 1981 dont le Canada est signataire aurait pu mettre un terme à ces pratiques ; or, à l’exception de certaines règles quant à l’étiquetage des produits, aucune disposition du Code n’a encore été enchâssée dans un texte législatif contraignant ni au niveau fédéral ni au niveau provincial. Comme pour les autres industries alimentaires, l’autorégulation ne suffit pas pour substituer le respect des recommandations de santé publique à la quête de profits.

Il est par conséquent absolument essentiel que les autorités politiques prennent les mesures nécessaires pour encadrer le marketing des produits alimentaires destinés aux tout-petits. Il ne s’agit évidemment pas d’interdire la vente de substituts du lait maternel, mais bien de procurer aux nourrissons une nutrition sûre et adéquate en protégeant l’allaitement et en assurant une utilisation sécuritaire de ces produits lorsqu’ils sont nécessaires. La santé des tout-petits et des femmes doit primer sur les intérêts privés d’une poignée de multinationales, afin que l’allaitement redevienne la norme sociale en matière d’alimentation infantile.



6 Références

- Abrahams, S. W. (2012). Milk and Social Media: Online Communities and the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. *Journal of Human Lactation*, 28(3), 400-406. <https://doi.org/10.1177/0890334412447080>
- Abrams, S. A. (2015). Is It Time to Put a Moratorium on New Infant Formulas that Are Not Adequately Investigated? *The Journal of Pediatrics*, 166(3), 756-760. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.11.003>
- Abrams, S. A., & Daniels, S. R. (2019). Protecting Vulnerable Infants by Ensuring Safe Infant Formula Use. *The Journal of Pediatrics*, 211, 201-206. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.04.032>
- Appleton, J., Fowler, C., Laws, R., Russell, C. G., Campbell, K. J., & Denney-Wilson, E. (2020). Professional and non-professional sources of formula feeding advice for parents in the first six months. *Maternal & Child Nutrition*, 16(3), e12942. <https://doi.org/10.1111/mcn.12942>
- Arora, S., McJunkin, C., Wehrer, J., & Kuhn, P. (2000). Major factors influencing breastfeeding rates: Mother's perception of father's attitude and milk supply. *Pediatrics*, 106(5), E67. <https://doi.org/10.1542/peds.106.5.e67>
- Backer, E. L., Lebsack, J. A., Van Tonder, R. J., & Crabtree, B. F. (2000). The value of pharmaceutical representative visits and medication samples in community-based family practices. *The Journal of Family Practice*, 49(9), 811-816.
- Bærug, A., Laake, P., Løland, B. F., Tylleskär, T., Tufte, E., & Fretheim, A. (2017). Explaining socioeconomic inequalities in exclusive breast feeding in Norway. *Archives of Disease in Childhood*, 102(8), 708-714. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2016-312038>
- Baker, P., Russ, K., Kang, M., Santos, T. M., Neves, P. A. R., Smith, J., Kingston, G., Mialon, M., Lawrence, M., Wood, B., Moodie, R., Clark, D., Sievert, K., Boatwright, M., & McCoy, D. (2021). Globalization, first-foods systems transformations and corporate power: A synthesis of literature and data on the market and political practices of the transnational baby food industry. *Globalization and Health*, 17(1), 1-35. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00708-1>
- Baker, P., Smith, J., Salmon, L., Friel, S., Kent, G., Iellamo, A., Dadhich, J. P., & Renfrew, M. J. (2016). Global trends and patterns of commercial milk-based formula sales: Is an unprecedented infant and young child feeding transition underway? *Public Health Nutrition*, 19(14), 2540-2550. <https://doi.org/10.1017/S1368980016001117>
- Barennes, H., Andriatahina, T., Latthaphasavang, V., Anderson, M., & Srour, L. M. (2008). Misperceptions and misuse of Bear Brand coffee creamer as infant food: National cross sectional survey of consumers and paediatricians in Laos. *BMJ*, 337, a1379. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1379>
- Barennes, H., Empis, G., Quang, T. D., Sengkhamyong, K., Phasavath, P., Harimanana, A., Sambany, E. M., & Koffi, P. N. (2012). Breast-Milk Substitutes: A New Old-Threat for Breastfeeding Policy in Developing Countries. A Case Study in a Traditionally High Breastfeeding Country. *PLoS ONE*, 7(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0030634>
- Basch, C. H., Shaffer, E. J., Hammond, R., & Rajan, S. (2013). Prevalence of Infant Formula Advertisements in Parenting Magazines Over a 5-Year Span. *Journal of Pediatric Nursing*, 28(6), e28-e32. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2013.07.001>

- Belamarich, P. F., Bochner, R. E., & Racine, A. D. (2016). A Critical Review of the Marketing Claims of Infant Formula Products in the United States. *Clinical Pediatrics*, 55(5), 437-442. <https://doi.org/10.1177/0009922815589913>
- Berry, N. J., Jones, S. C., & Iverson, D. (2012). Circumventing the WHO Code? An observational study. *Archives of Disease in Childhood*, 97(4), 320-325. <https://doi.org/10.1136/adc.2010.202051>
- Berry, N. J., Jones, S., & Iverson, D. (2010). It's all formula to me: Women's understandings of toddler milk ads. *Breastfeeding Review: Professional Publication of the Nursing Mothers' Association of Australia*, 18(1), 21-30.
- Brady, J. P. (2012). Marketing breast milk substitutes: Problems and perils throughout the world. *Archives of Disease in Childhood*, 97(6), 529-532. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2011-301299>
- Chen, Y.-C., Chang, J.-S., & Gong, Y.-T. (2015). A Content Analysis of Infant and Toddler Food Advertisements in Taiwanese Popular Pregnancy and Early Parenting Magazines. *Journal of Human Lactation*, 31(3), 458-466. <https://doi.org/10.1177/0890334415576513>
- Choi, Y. Y., Ludwig, A., & Harris, J. L. (2020). US toddler milk sales and associations with marketing practices. *Public Health Nutrition*, 23(6), 1127-1135. <https://doi.org/10.1017/S1368980019003756>
- DiGirolamo, A. M., Grummer-Strawn, L. M., & Fein, S. B. (2003). Do Perceived Attitudes of Physicians and Hospital Staff Affect Breastfeeding Decisions? *Birth*, 30(2), 94-100. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2003.00227.x>
- Dixon, H., Scully, M., Wakefield, M., Kelly, B., Chapman, K., & Donovan, R. (2011). Parent's responses to nutrient claims and sports celebrity endorsements on energy-dense and nutrient-poor foods: An experimental study. *Public Health Nutrition*, 14(6), 1071-1079. <https://doi.org/10.1017/S1368980010003691>
- Ellison, R. G., Greer, B. P., Burney, J. L., Goodell, L. S., Bower, K. B., Nicklas, J. C., Lou, Z., & Kavanagh, K. F. (2017). Observations and Conversation: Home Preparation of Infant Formula Among a Sample of Low-Income Mothers in the Southeastern US. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 49(7), 579-587.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2017.04.027>
- Feldman-Winter, L., Grossman, X., Palaniappan, A., Kadokura, E., Hunter, K., Milcarek, B., & Merewood, A. (2012). Removal of Industry-Sponsored Formula Sample Packs from the Hospital: Does It Make a Difference? *Journal of Human Lactation*. <https://doi.org/10.1177/0890334412444350>
- Fickweiler, F., Fickweiler, W., & Urbach, E. (2017). Interactions between physicians and the pharmaceutical industry generally and sales representatives specifically and their association with physicians' attitudes and prescribing habits: A systematic review. *BMJ Open*, 7(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016408>
- Fornasaro-Donahue, V. M., Tovar, A., Sebelia, L., & Greene, G. W. (2014). Increasing Breastfeeding in WIC Participants: Cost of Formula as a Motivator. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 46(6), 560-569. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2014.03.003>
- Foss, K. A., & Southwell, B. G. (2006). Infant feeding and the media: The relationship between Parents' Magazine content and breastfeeding, 1972-2000. *International Breastfeeding Journal*, 1(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1746-4358-1-10>

- Grundy, Q., Bero, L., & Malone, R. (2013). Interactions between Non-Physician Clinicians and Industry: A Systematic Review. *PLoS Medicine*, *10*(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001561>
- Harris, J., Fleming-Milici, F., Frazier, W., Haraghey, K., Kalnova, S., Romo-Palafox, M., Seymour, N., Rodríguez-Arauz, G., & Schwartz, M. (2016). *Baby Food FACTS: Nutrition and marketing of baby and toddler food and drinks*.
- Harris, J. L., & Pomeranz, J. L. (2020). Infant formula and toddler milk marketing: Opportunities to address harmful practices and improve young children's diets. *Nutrition Reviews*, *78*(10), 866-883. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuz095>
- Harris, J. L., Thompson, J. M., Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2011). Nutrition-related claims on children's cereals: What do they mean to parents and do they influence willingness to buy? *Public Health Nutrition*, *14*(12), 2207-2212. <https://doi.org/10.1017/S1368980011001741>
- Hastings, G., Angus, K., Eadie, D., & Hunt, K. (2020). Selling second best: How infant formula marketing works. *Globalization and Health*, *16*(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00597-w>
- Henderson, A. M. (1999). Mixed messages about the meanings of breast-feeding representations in the Australian press and popular magazines. *Midwifery*, *15*(1), 24-31. [https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(99\)90034-7](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(99)90034-7)
- Henderson, L., Kitzinger, J., & Green, J. (2000). Representing infant feeding: Content analysis of British media portrayals of bottle feeding and breast feeding. *BMJ: British Medical Journal*, *321*(7270), 1196-1198.
- Howard, C., Howard, F., Lawrence, R., Andresen, E., DeBlicke, E., & Weitzman, M. (2000). Office prenatal formula advertising and its effect on breast-feeding patterns. *Obstetrics and Gynecology*, *95*(2), 296-303. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(99\)00555-4](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(99)00555-4)
- Huang, Y., Labiner-Wolfe, J., Huang, H., Choiniere, C. J., & Fein, S. B. (2013). Association of Health Profession and Direct-to-Consumer Marketing with Infant Formula Choice and Switching. *Birth*, *40*(1), 24-31. <https://doi.org/10.1111/birt.12025>
- Hughes, H. K., Landa, M. M., & Sharfstein, J. M. (2017). Marketing Claims for Infant Formula: The Need for Evidence. *JAMA Pediatrics*, *171*(2), 105. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.3837>
- Karall, D., Ndayisaba, J.-P., Heichlinger, A., Kiechl-Kohlendorfer, U., Stojakovic, S., Leitner, H., & Scholl-Bürgi, S. (2015). Breast-feeding Duration: Early Weaning—Do We Sufficiently Consider the Risk Factors? *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, *61*(5), 577-582. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000000873>
- Lessard, A., Lussier, M.-T., Diallo, F. B., Labrecque, M., Rhéaume, C., Pluye, P., & Grad, R. (2018). Drug samples in family medicine teaching units: A cross-sectional descriptive study: Part 2: portrait of drug sample management in Quebec. *Canadian Family Physician*, *64*(12), e540-e545.
- 10.1111/jpc.14Lozada-Tequeanes, A. L., Hernández-Cordero, S., & Shamah-Levy, T. (2020). Marketing of breast milk substitutes on the internet and television in Mexico. *Journal of Paediatrics and Child Health*, *56*(9), 1438-1447. <https://doi.org/968>
- McInnes, R. J., Wright, C., Haq, S., & McGranachan, M. (2007). Who's keeping the code? Compliance with the international code for the marketing of breast-milk substitutes in Greater Glasgow. *Public Health Nutrition*, *10*(7), 719-725. <https://doi.org/10.1017/S1368980007441453>

- Munblit, D., Crawley, H., Hyde, R., & Boyle, R. J. (2020). Health and nutrition claims for infant formula are poorly substantiated and potentially harmful. *BMJ*, 369, m875. <https://doi.org/10.1136/bmj.m875>
- Nelson, J. M., Li, R., & Perrine, C. G. (2015). Trends of US hospitals distributing infant formula packs to breastfeeding mothers, 2007 to 2013. *Pediatrics*, 135(6), 1051-1056. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-0093>
- Nesbitt, S. A., Campbell, K. A., Jack, S. M., Robinson, H., Piehl, K., & Bogdan, J. C. (2012). Canadian adolescent mothers' perceptions of influences on breastfeeding decisions: A qualitative descriptive study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 149. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-149>
- Observatoire des tout-petits. (2020). *Durée de l'allaitement total*. <https://tout-petits.org/donnees/environnement-familial/comportements-a-risque-et-comportements-preventifs/allaitement/duree-de-l-allaitement-total/>
- Odom, E. C., Li, R., Scanlon, K. S., Perrine, C. G., & Grummer-Strawn, L. (2014). Association of Family and Health Care Provider Opinion on Infant Feeding with Mother's Breastfeeding Decision. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114(8), 1203-1207. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2013.08.001>
- OMS (Éd.). (2003). *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*.
- OMS et FAO. (2007). *Préparation, conservation et manipulation dans de bonnes conditions des préparations en poudre pour nourrissons*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/list/guidelines/fr/>
- Orr, S. K., Dachner, N., Frank, L., & Tarasuk, V. (2018). Relation between household food insecurity and breastfeeding in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 190(11), E312. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170880>
- Parry, K., Taylor, E., Hall-Dardess, P., Walker, M., & Labbok, M. (2013). Understanding Women's Interpretations of Infant Formula Advertising. *Birth*, 40(2), 115-124. <https://doi.org/10.1111/birt.12044>
- Pereira, C., Ford, R., Feeley, A. B., Sweet, L., Badham, J., & Zehner, E. (2016). Cross-sectional survey shows that follow-up formula and growing-up milks are labelled similarly to infant formula in four low and middle income countries. *Maternal & Child Nutrition*, 12(S2), 91-105. <https://doi.org/10.1111/mcn.12269>
- Pereira-Kotze, C., Doherty, T., & Swart, E. C. (2020). Use of social media platforms by manufacturers to market breast-milk substitutes in South Africa. *BMJ Global Health*, 5(12), e003574. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003574>
- Pinckney, R. G., Helminski, A. S., Kennedy, A. G., Maclean, C. D., Hurowitz, L., & Cote, E. (2011). The Effect of Medication Samples on Self-Reported Prescribing Practices: A Statewide, Cross-Sectional Survey. *Journal of General Internal Medicine*, 26(1), 40-44. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1483-x>
- Pomeranz, J. L., Romo Palafox, M. J., & Harris, J. L. (2018). Toddler drinks, formulas, and milks: Labeling practices and policy implications. *Preventive Medicine*, 109, 11-16. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.01.009>

- Ramakrishnan, R., Oberg, C. N., & Kirby, R. S. (2014). The Association between Maternal Perception of Obstetric and Pediatric Care Providers' Attitudes and Exclusive Breastfeeding Outcomes. *Journal of Human Lactation*, 30(1), 80-87. <https://doi.org/10.1177/0890334413513072>
- Rhéaume, C., Labrecque, M., Moisan, N., Rioux, J., Tardieux, É., Diallo, F. B., Lussier, M.-T., Lessard, A., Grad, R., & Pluye, P. (2018). Drug samples in family medicine teaching units: A cross-sectional descriptive study: Part 1: drug sample management policies and the relationship between the pharmaceutical industry and residents in Quebec. *Canadian Family Physician*, 64(12), e531-e539.
- Rios, R., Riquelme, H., & El Beshlawy, S. (2016). Prescribing under the Influence: The Business of Breastmilk Substitutes. *Social Sciences*, 5(4), 53. <https://doi.org/10.3390/socsci5040053>
- Roess, A. A., Jacquier, E. F., Catellier, D. J., Carvalho, R., Lutes, A. C., Anater, A. S., & Dietz, W. H. (2018). Food Consumption Patterns of Infants and Toddlers: Findings from the Feeding Infants and Toddlers Study (FITS) 2016. *The Journal of Nutrition*, 148(suppl_3), 1525S-1535S. <https://doi.org/10.1093/jn/nxy171>
- Romo-Palafox, M. J., Pomeranz, J. L., & Harris, J. L. (2020). Infant formula and toddler milk marketing and caregiver's provision to young children. *Maternal & Child Nutrition*, 16(3), e12962. <https://doi.org/10.1111/mcn.12962>
- Rosenberg, K. D., Eastham, C. A., Kasehagen, L. J., & Sandoval, A. P. (2008). Marketing Infant Formula Through Hospitals: The Impact of Commercial Hospital Discharge Packs on Breastfeeding. *American Journal of Public Health*, 98(2), 290-295. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.103218>
- Sadacharan, R., Grossman, X., Matlak, S., & Merewood, A. (2014). Hospital Discharge Bags and Breastfeeding at 6 Months: Data from the Infant Feeding Practices Study II. *Journal of Human Lactation*, 30(1), 73-79. <https://doi.org/10.1177/0890334413513653>
- Santé Canada et al. (2012). *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations de la naissance à six mois* [Éducation et sensibilisation]. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/guide-alimentaire-canadien/ressources/nutrition-nourrisson/nutrition-nourrisson-terme-sante-recommandations-naissance-six-mois.html>
- Scott, J. A., Binns, C. W., Graham, K. I., & Oddy, W. H. (2009). Predictors of the early introduction of solid foods in infants: Results of a cohort study. *BMC Pediatrics*, 9(1), 60. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-9-60>
- Sobel, H. L., Iellamo, A., Raya, R. R., Padilla, A. A., Olivé, J.-M., & Nyunt-U, S. (2011). Is unimpeded marketing for breast milk substitutes responsible for the decline in breastfeeding in the Philippines? An exploratory survey and focus group analysis. *Social Science & Medicine*, 73(10), 1445-1448. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.029>
- Stang, J., Hoss, K., & Story, M. (2010). Health Statements Made in Infant Formula Advertisements in Pregnancy and Early Parenting Magazines: A Content Analysis. *ICAN: Infant, Child, & Adolescent Nutrition*, 2(1), 16-25. <https://doi.org/10.1177/1941406409359806>
- Stuebe, A. M., & Bonuck, K. (2011). What predicts intent to breastfeed exclusively? Breastfeeding knowledge, attitudes, and beliefs in a diverse urban population. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 6(6), 413-420. <https://doi.org/10.1089/bfm.2010.0088>
- Tulleken, C. van. (2018). Overdiagnosis and industry influence: How cow's milk protein allergy is extending the reach of infant formula manufacturers. *BMJ*, 363, k5056. <https://doi.org/10.1136/bmj.k5056>

- Venu, I., van den Heuvel, M., Wong, J. P., Borkhoff, C. M., Moodie, R. G., Ford-Jones, E. L., & Wong, P. D. (2017). The breastfeeding paradox: Relevance for household food insecurity. *Paediatrics & Child Health, 22*(4), 180-183. <https://doi.org/10.1093/pch/pxx067>
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., & Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet, 387*(10017), 475-490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- Waite, W. M., & Christakis, D. (2015). The Impact of Mailed Samples of Infant Formula on Breastfeeding Rates. *Breastfeeding Medicine, 11*(1), 21-25. <https://doi.org/10.1089/bfm.2015.0099>
- Wallace, L. S., Rosenstein, P. F., & Gal, N. (2016). Readability and Content Characteristics of Powdered Infant Formula Instructions in the United States. *Maternal and Child Health Journal, 20*(4), 889-894. <https://doi.org/10.1007/s10995-015-1877-9>
- Waterston, T., & Wright, C. (2019). Sponsorship of paediatric associations by manufacturers of breastmilk substitutes. *The Lancet, 393*(10172), 622-623. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32845-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32845-9)
- Wazana, A. (2000). Physicians and the Pharmaceutical Industry: Is a Gift Ever Just a Gift? *JAMA, 283*(3), 373. <https://doi.org/10.1001/jama.283.3.373>
- Whipps, M. D. M., & Iqbal, Y. (2020). Feeling Better, Doing Worse: “Mommy Wars” Infant Formula Advertising, Collective Action, and Breastfeeding Inequities. *Journal of Human Lactation, 0890334420940643*. <https://doi.org/10.1177/0890334420940643>
- WHO, UNICEF, IBFAN. (2020). *Marketing of breast milk substitutes: National implementation of the international code, status report 2020*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240006010>
- Wright, C. M., Parkinson, K. N., & Drewett, R. F. (2004). Why are babies weaned early? Data from a prospective population based cohort study. *Archives of Disease in Childhood, 89*(9), 813-816. <https://doi.org/10.1136/adc.2003.038448>
- Wright, C. M., & Waterston, A. J. R. (2006). Relationships between paediatricians and infant formula milk companies. *Archives of Disease in Childhood, 91*(5), 383-385. <https://doi.org/10.1136/adc.2005.072892>
- Zhang, Y., Carlton, E., & Fein, S. B. (2013). The association of prenatal media marketing exposure recall with breastfeeding intentions, initiation, and duration. *Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association, 29*(4), 500-509. <https://doi.org/10.1177/0890334413487256>
- Zhao, J., Li, M., & Freeman, B. (2019). A Baby Formula Designed for Chinese Babies: Content Analysis of Milk Formula Advertisements on Chinese Parenting Apps. *JMIR MHealth and UHealth, 7*(11), e14219. <https://doi.org/10.2196/14219>