



LA FACE CACHÉE ET L'IMPOSTURE DES PRODUITS, SERVICES ET MOYENS AMAIGRISSANTS (PSMA)

ÉTAT DES LIEUX 2008 – 2014

Rédaction

Yves G. Jalbert, Ph. D.
Spécialiste de contenu
Association pour la santé publique du Québec

Sandrine St-Pierre-Gagné, M. Sc. (2014)
Analyste-rechercheuse
Association pour la santé publique du Québec

Révision

Jean Alexandre
Responsable des communications et de la collecte de fonds
Association pour la santé publique du Québec

Émilie Dansereau-Trahan, M.A. (2014)
Chargée de dossiers
Association pour la santé publique du Québec

Martine Gagnon
Adjointe administrative
Association pour la santé publique du Québec

Lucie Granger, Adm.A, ASC
Directrice générale
Association pour la santé publique du Québec

Corinne Voyer, B. Sc. inf., M. Sc.
Directrice
Coalition québécoise sur la problématique du poids

Comité d'experts

Michel Caron, pharmacien
Adjoint professionnel à la direction générale
Ordre des pharmaciens du Québec

Hélène Gagnon, Dt. P., M. Sc.
Conseillère en saines habitudes de vie
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Marie-Claude Gélinau, Dt. P.
Agente de planification, programmation et recherche
Services préventifs en milieu clinique
Direction de santé publique
CIUSSS du Centre-Est de l'Île de Montréal

Valérie Lemieux, erg. M. Sc.
Agente de planification, programmation et recherche
Services préventifs en milieu clinique
Direction de santé publique
CIUSSS du Centre-Est de l'Île de Montréal

Marilyn Manceau, Dt. P., M. Sc.
Agente de planification, programmation, recherche
Direction de la santé publique du Centre intégré de santé et services sociaux des
Laurentides

Alexandre Paré, M. Sc., kinésiologue
Vice-président
Fédération des kinésiologues du Québec

Yannick St-James, Ph. D.
Professeure agrégée
HEC Montréal

Charles Tanguay
Responsable des partenariats stratégiques et des relations avec les médias
Direction des affaires publiques, institutionnelles et organisationnelles
Office de la protection du consommateur du Québec

Cet état des lieux est produit par l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ)

La réalisation de ce document a été rendue possible grâce au soutien financier du ministère de la Santé et des Services sociaux. Les vues exprimées ici ne représentent pas nécessairement la position officielle du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015
Bibliothèque et Archives Canada, 2015

ISBN : 978-2-920202-66-5

Tous droits réservés. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document sont interdites sans l'autorisation préalable de l'Association pour la santé publique du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise, à condition d'en mentionner la source.

© Association pour la santé publique du Québec, 2015

SOMMAIRE

En lien avec sa mission de promotion, de maintien et d'amélioration de la santé et du bien-être, l'Association pour la santé publique du Québec (AS PQ) s'est saisie du dossier des produits, des services et des moyens amaigrissants (PSMA) dans le but d'informer et sensibiliser la population sur les risques qu'ils représentent, surveiller les pratiques de l'industrie de l'amaigrissement et influencer la mise en place d'un processus provincial et fédéral rigoureux afin d'évaluer les produits, leurs stratégies de mise en marché et leurs effets sur la santé.

La présence accrue des PSMA sur le marché canadien et québécois pousse l'AS PQ à demeurer plus vigilante et à s'intéresser aux dangers de leur utilisation pour la santé physique et mentale, des personnes à risque. En général, ces dernières sont attirées par des solutions faisant miroiter des résultats de perte de poids rapides et sans effort.

Le modèle de beauté unique, le culte du corps, l'obsession de la minceur et de la jeunesse, véhiculés par l'industrie de l'amaigrissement, de la mode, de la musique, de la vidéo, de la publicité et du cinéma s'avèrent nocifs et conditionnent les individus à désirer un idéal de corps difficilement accessible et poussent de nombreuses personnes à vouloir perdre du poids. L'industrie de l'amaigrissement profite considérablement de cette situation.

La prévalence de l'obésité au Québec n'a ni freiné ni régressé. D'ailleurs, aucun pays n'a, à ce jour, réussi à renverser l'évolution de la prévalence de l'obésité de leur population.

La consommation de PSMA demeure un problème de santé publique au Québec comme ailleurs dans le monde. Au Canada, en 2014, l'industrie de l'amaigrissement représentait un marché de 6 milliards de dollars américains et devrait s'élever à plus de 8 milliards en 2019. La croissance du marché et l'expansion des PSMA sont observées dans tous les pays occidentaux.

Les **PSMA** se définissent comme suit :

- les **produits** (produits de santé naturels, médicaments en vente libre, substituts de repas, produits alimentaires, etc.)
- les **services** (programmes et centres commerciaux de perte de poids)
- et les **moyens amaigrissants** (régimes, jeûne, etc.).

Ne font pas partie des PSMA :

- les interventions médicales et diététiques soumises à l'examen d'un ordre professionnel
- les médicaments anorexigènes prescrits par les médecins
- les pratiques personnelles de perte de poids et les changements d'habitudes de vie (surveiller sa consommation de gras ou de sucre ou faire de l'activité physique)

L'obésité est un facteur de risque associé à plusieurs maladies chroniques. La forte

visibilité de l'obésité, la couverture médiatique et scientifique dont elle bénéficie depuis 10 ans, couplée à une politique publique gouvernementale portant sur ce problème de santé publique, tout cela incite plusieurs personnes à vouloir perdre du poids vite et à tout prix. Selon elles, cette démarche permettra d'améliorer leur santé et de mieux correspondre aux critères sociaux et esthétiques de minceur. Toutefois, l'obésité ne justifie pas l'utilisation de moyens inefficaces et même dangereux pour la santé physique et mentale de ses utilisateurs.

Il existe actuellement un important corpus de littérature scientifique qui montre clairement que la plupart des maladies chroniques reliées à l'obésité peuvent être traitées efficacement en faisant abstraction du poids.

Cette situation incite la santé publique à prendre en considération le sérieux de la problématique de surplus de poids et de la préoccupation excessive à l'égard du poids¹ (en présence ou non d'un surplus de poids) présentes dans la population. Dans les deux cas, certaines personnes seront tentées de vouloir contrôler leur poids en ayant recours à des PSMA.

L'acte de maigrir n'est pas banal en soi. Pour certaines personnes obèses, la décision de perdre du poids sous supervision de professionnels de la santé peut s'avérer

¹ La préoccupation excessive à l'égard du poids représente le cas où une personne qui, ayant ou non un surplus de poids, en est à ce point préoccupée que cela porte atteinte à sa santé physique et mentale (PAG, 2006).

judicieuse. Cependant, pour d'autres, perdre du poids sans supervision entraînera des effets néfastes, de faible à très grave, et dans certains cas, provoqueront la mort. De façon générale, le même constat final ressort de la littérature scientifique : le poids perdu est vite repris. La littérature scientifique et les experts du domaine de l'obésité sont unanimes : seule une modification majeure des habitudes de vie permet d'améliorer la santé et de stabiliser le poids. Toutefois, le changement ou l'adoption d'un mode de vie sain nécessite du temps et des efforts et les résultats se font sentir de façon graduelle. L'organisation actuelle des sociétés modernes ainsi de la forte présence d'environnements obésogènes nuisent au maintien d'un tel mode de vie. Face à ces difficultés et aux normes sociales vantant la minceur, un grand nombre de personnes seront attirées par le marketing séduisant des PSMA.

Au Québec, le portrait actuel des consommateurs de PSMA est le suivant :

- les femmes sont plus nombreuses que les hommes à utiliser un PSMA;
- les adolescents utilisent plus que les personnes plus âgées des PSMA présentant un niveau élevé de dangerosité pour la santé;
- les garçons, plus que les filles, ont davantage recours à une méthode présentant un potentiel élevé de dangerosité pour la santé pour perdre du poids ou le contrôler;
- les individus plus vulnérables psychologiquement et moins scolarisés

sont davantage portés à utiliser des PSMA pour perdre du poids.

Le présent document apporte un nouvel éclairage à l'avis scientifique² publié par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) dans lequel l'efficacité et les risques à la santé, associés aux différents PSMA, avaient été documentés à partir d'une littérature scientifique datant d'avant 2008. Le présent état des lieux poursuit l'analyse des enjeux soulevés par l'INSPQ en actualisant la revue de la littérature.

Tout comme dans l'avis scientifique de l'INSPQ, l'état des lieux en arrive aux mêmes constats :

- l'efficacité de la majorité des PSMA sur la perte de poids n'a pas été démontrée scientifiquement;
- l'innocuité de plusieurs PSMA n'est pas clairement démontrée scientifiquement.

De plus, on observe que :

- dans les cinq années suivant une tentative de perte de poids, 85 % à 95 % des individus ont complètement repris leur poids et parfois même davantage;
- l'utilisation de PSMA peut faire courir un risque grave pour la santé, même mortel, en raison de certaines de leurs composantes ou de leurs interactions potentielles avec d'autres ingrédients (médicaments d'ordonnance ou aliments)

² Bénéfices, risques et encadrement associés à l'utilisation des produits, services et moyens amaigrissants (PSMA), Institut national de santé publique du Québec (2008).

ou encore à cause de la perte de poids trop rapide;

- les données probantes actuelles font valoir qu'une insistance sur la perte de poids est non seulement inefficace pour atteindre une meilleure santé, mais pourrait se révéler dommageable. Elle contribuerait à une préoccupation alimentaire et corporelle excessive, à des cycles répétés de perte et de gain de poids notamment par l'usage de PSMA, à une moins bonne estime de soi, à des troubles de l'alimentation, à la stigmatisation et à la discrimination sociale en fonction du poids;
- l'arrêt des régimes ou des diètes est recommandé dans le nouveau paradigme de « la santé à tous les poids », qui met l'accent sur les gains de santé associée à une démarche de changements globaux et durables des habitudes de vie.

Dans l'état des lieux et l'avis scientifique, on constate que, dans la majorité des cas, les PSMA ne sont pas encadrés par des pratiques rigoureusement scientifiques et font souvent l'objet de pratiques commerciales malhonnêtes. En effet, bon nombre de PSMA véhiculent de fausses croyances en promettant une perte de poids rapide et sans effort. De plus, une minorité de ces produits ou méthodes prévoit un encadrement personnalisé, assuré par des professionnels de la santé. Aux paliers fédéral et provincial, l'encadrement législatif des PSMA est complexe, morcelé et incomplet.

Ainsi, sur le plan clinique, plusieurs chercheurs soutiennent que les professionnels de la santé devraient adopter une approche basée sur le nouveau paradigme de « la santé à toutes les tailles » (*health at every size*). Ne pas favoriser la perte de poids comme objectif ultime permet de protéger les générations futures du danger de développer des troubles de l'alimentation ou de la préoccupation excessive à l'égard de leur poids ou de leur image corporelle.

En conclusion, cet état des lieux met en évidence l'importance d'agir sur le dossier des PSMA pour protéger la santé de la population québécoise. Force est d'admettre que l'encadrement et la réglementation actuels sont inadéquats pour s'attaquer à l'ensemble des aspects problématiques des PSMA. Il faut que tous se mobilisent pour agir de manière concertée face à une industrie en pleine croissance, qui sait s'adapter rapidement au marché et qui récupère les messages issus du domaine de la santé publique pour faire la promotion de ses produits et services.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	10
INTRODUCTION	12
MÉTHODOLOGIE	14
Critères utilisés pour l'analyse des PSMA	15
TYPOLOGIE DES PSMA	15
INDUSTRIE DE L'AMAIGRISSEMENT	17
Marché mondial	17
Marché canadien	18
UTILISATION DES PSMA.....	19
Prévalence et profil des utilisateurs des PSMA au Québec	19
Popularité des PSMA.....	21
Motivation à utiliser un PSMA	22
Perdre du poids : un gage de santé?	22
ANALYSE DES PSMA.....	24
Rythme de perte de poids	24
Approche utilisée et encadrement : solution uniforme et absence d'encadrement	24
Intervention alimentaire et activité physique	25
EFFICACITÉ DES PSMA	26
Échec, reprise de poids et conséquences physiques et psychosociales	26
Régimes amaigrissants	27
Programmes amaigrissants	29
Produits amaigrissants	29
INNOCUITÉ DES PSMA.....	31
Régimes amaigrissants	31

Produits amaigrissants.....	32
Fausse croyance à l'égard des produits de santé naturels	35
Produits de santé naturels : complications médicales et décès répertoriés au Canada.....	36
Achat des PSMA sur l'Internet : un enjeu émergent non encadré.....	38
Promotion et publicité associées à la démarche de perte de poids.....	39
Impact des publicités de PSMA sur leur utilisation.....	40
Les coûts de la démarche : dépenses élevées encourues par les utilisateurs de PSMA.....	40
MESURES D'ENCADREMENT DES PSMA.....	42
CONCLUSION.....	48
Références	50

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Critères d'analyse	15
Tableau 2. Typologie des PSMA.....	16
Tableau 3. Entreprises les plus présentes au Canada selon les volets liés au marché de l'amaigrissement.....	18
Tableau 4. Compilation des victimes ayant consommé des produits naturels amaigrissants	37
Tableau 5. Coûts estimés (en dollars américains) pour perdre du poids selon le programme commercial	41

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AÉTMS	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du Québec
ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ASPQ	Association pour la santé publique du Québec
CAP	Committee of Advertising Practice
EQSP	Enquête québécoise sur la santé de la population
FDA	Food and Drug Administration
GTPPP	Groupe de travail provincial sur la problématique du poids
IASO	International Association for the Study of Obesity (World Obesity Federation)
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IMC	Indice de masse corporelle
LPC	Loi sur la protection du consommateur
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
NHS	National Health Service
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPC	Office de la protection du consommateur
PNNS	Programme National Nutrition Santé
PSMA	Produits, services et moyens amaigrissants
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RQASF	Réseau québécois d'action pour la santé des femmes

INTRODUCTION

La prévalence de l'obésité au Québec n'a ni freiné ni régressé. D'ailleurs, aucun pays n'a, à ce jour, réussi à renverser l'évolution de la prévalence de l'obésité de leur population (Roberto et collab., 2015). Au Québec, la prévalence élevée de l'embonpoint et de l'obésité, la norme sociale de minceur, la stigmatisation et la discrimination entourant l'obésité, créent un contexte favorable à l'utilisation de produits, de services et de moyens amaigrissants (PSMA), et ce, particulièrement chez les individus préoccupés de façon excessive par leur poids.

En effet, le modèle de beauté unique, le culte du corps, l'obsession de la minceur et de la jeunesse, véhiculés dans notre société incitent les individus à vouloir adhérer à des normes esthétiques inatteignables et irréalistes. La minceur est devenue synonyme de modération, de maîtrise de soi, d'acceptation sociale et de succès. Ce culte de la minceur favorise la partialité notamment chez les professionnels de la santé (Vallis et collab., 2007; Pulh, 2009), la stigmatisation et la discrimination (Schwartz et collab., 2003; Pulh, 2009; Gravel, Lemieux et Provencher, 2011; Brown et Flint, 2013) des personnes aux prises avec des problèmes de poids et peut engendrer une préoccupation excessive à l'égard du poids³,

³ La préoccupation excessive à l'égard du poids représente le cas où une personne qui, ayant ou non un surplus de poids, en est à ce point préoccupée que cela porte atteinte à sa santé physique et mentale (PAG, 2006).

tant chez les hommes et les femmes, quel que soit leur poids. Le désir de correspondre à la norme véhiculée pousse ainsi certains individus à consommer des PSMA potentiellement dangereux pour leur santé physique et mentale.

Les individus qui ont recours aux PSMA n'ont pas nécessairement besoin de perdre du poids. Ils souhaitent maigrir, non pas pour être en santé, mais plutôt pour satisfaire leur idéal esthétique.

L'industrie de l'amaigrissement contribue grandement à créer ce besoin. Les débats actuels sur les méthodes amaigrissantes exposent la population à des messages contradictoires, émanant de diverses études, qui ont outillé fortement l'industrie de l'amaigrissement à soutirer des milliards de dollars à une population préoccupée par son poids (Pagoto et Appelhans, 2013). L'industrie de l'amaigrissement s'enrichit en offrant des méthodes inefficaces (Ogden, 1992).

Selon Ogden (2010), cette lucrative industrie assure sa propre existence de trois façons :

- elle perpétue les stéréotypes liés à la silhouette en faisant miroiter que la minceur est ce qu'il y a de plus désirable, qu'elle est associée au fait d'être « en contrôle ». Elle fait aussi miroiter qu'être mince est un signe de stabilité émotionnelle;
- elle maintient l'idée erronée qu'être au régime peut réellement modifier la silhouette et donc que le corps est malléable;

- elle augmente le rayonnement de son public cible – elle ne vise plus seulement les personnes qui ont besoin de perdre du poids pour des raisons de santé, mais toutes personnes qui ont la « perception » de souffrir de surpoids.

L'obésité est un problème complexe et ses causes sont multifactorielles. Elle est une manifestation observable de la présence de facteurs de risque individuels et environnementaux sous-jacents :

alimentation déséquilibrée, sédentarité, médication, problème de sommeil, environnement non favorable à la santé, etc. Le marketing de l'industrie des PSMA contribue à faire croire aux personnes aux prises avec une problématique de poids que la solution est simple, à leur portée et qu'elle est soumise à leur propre contrôle.

La littérature scientifique consultée montre que seulement un très faible pourcentage d'individus qui désirent perdre du poids réussit à le faire de manière durable (Bosomworth, 2012; Sumithran et Proietto, 2013; Tylca et collab., 2014). Pour la majorité se succèdent des périodes d'isolement, de sentiment d'échec, de culpabilité et bien évidemment d'une reprise de poids égale ou supérieure au poids initial.

L'utilisation de PSMA n'est pas une solution aux problèmes de poids.

L'efficacité et l'innocuité des PSMA sont mises en doute dans la littérature scientifique : il se dégage un consensus sur le fait que la perte de poids est recommandée, uniquement dans un contexte

médical, aux personnes présentant une obésité importante. Pour intervenir efficacement et de façon durable, il faut traiter la cause. **Aucun des PSMA proposés à ce jour sur le marché ne peut garantir une perte de poids durable.**

Comme la prévalence de l'obésité tend à augmenter, le temps est venu, selon Pagoto et Appelhans (2013), de condamner l'utopie du « régime idéal » pour favoriser la perte de poids et prévenir les maladies. Dietz et ses collaborateurs (2015) constatent que les professionnels de la santé sont mal préparés pour traiter l'obésité. Ainsi, lorsque les professionnels de la santé poussent les individus en surplus de poids à se fixer comme objectif, ou mesure de succès, la réduction de leur poids, cela risque d'engendrer potentiellement des effets négatifs non intentionnels. Cette approche, axée sur le poids, est peu efficace et génère de la frustration autant chez les professionnels de la santé que chez les individus concernés. **La voie à valoriser en vue d'une saine gestion du poids est basée sur une approche visant « la santé à tous les poids ». Bref, il faut éviter de cibler la perte de poids comme unique objectif d'intervention, décourager l'utilisation des PSMA et encourager les changements durables en faveur des saines habitudes de vie.**

Afin de poursuivre l'analyse des enjeux soulevés par l'avis scientifique sur les PSMA, réalisée en 2008 par l'Institut national de

santé publique du Québec (INSPQ), la revue de littérature a été actualisée. Des éléments nouveaux ou complémentaires au sujet des PSMA font l'objet du présent document et les conclusions amènent l'ASPQ et son comité d'experts à lancer un appel à l'action.

MÉTHODOLOGIE

Pour donner suite à un avis scientifique de l'INSPQ sur les bénéfices, les risques et l'encadrement associés à l'utilisation des PSMA, publié en 2008, cet état des lieux couvre les études et les recherches sur les PSMA menées jusqu'en 2014 inclusivement.

Google Scholar et *Virtuose* sont les deux principaux moteurs de recherche qui ont été utilisés pour recenser les articles sur les PSMA issus de la littérature grise ou scientifique. *Virtuose*, l'interface de recherche des bibliothèques de l'Université du Québec à Montréal permet d'avoir accès à plusieurs autres bases de données, dont *PubMed*. Dans un premier temps, les mots clés suivants ont été utilisés : « *commercial weight loss products and services* », « *weight loss products* », « *diet pills* », « *nonprescription dietary supplements for weight loss* », « *alternative treatment for weight loss* », « *weight loss supplements* », « *diet* » et « *over-the-counter weight loss product* ». Et dans un deuxième temps, des combinaisons ont été réalisées avec ces mots clés : « *effectiveness* », « *psychological impact* », « *prevalence* » et « *regulation* ». Les mêmes mots clés ont aussi été utilisés en français.

En tout, 119 documents ont été consultés dont 78 articles scientifiques et 41 documents issus de la littérature grise. Les documents consultés proviennent de 15 pays et d'un collectif de 8 pays européens. La majorité des documents consultés proviennent des États-Unis (n=41), du Canada (n=29, dont 16 du Québec) et du Royaume-Uni (n=14). Les autres documents sont issus des pays suivants : Allemagne, Australie, Brésil, Chine, Finlande, France, Italie, Jordanie, Pays-Bas, Suède, Suisse, Taïwan et Turquie. Les articles scientifiques consultés sont de nature descriptive (n=30), corrélationnelle (n=13) et expérimentale (n=11). Les autres sont des recensions des écrits (n=20), des revues systématiques, avec ou sans méta-analyse (n=8), et des analyses secondaires (n=3). Les autres documents consultés sont les suivants : monographies, thèses, opinions d'experts, rapports de recherche, éditoriaux, commentaires, réponse à un article publié, article de journal et plan d'action gouvernemental. Par ailleurs, dans les articles scientifiques consultés, 14 rapportent avoir des conflits d'intérêts avec soit l'industrie pharmaceutique, soit l'industrie agroalimentaire soit l'industrie de l'amaigrissement.

Il faut préciser que l'état des lieux 2008-2014 :

- ne couvre que la littérature disponible en français ou en anglais;
- ne fournit pas d'information sur certains PSMA comme les électrostimulateurs, les appareils au laser, etc. parce qu'il n'y a pas de données disponibles sur leur efficacité, leur innocuité et leur sécurité;

- ne couvre pas le volet entier du marketing utilisé par l'industrie de l'amaigrissement pour faire la promotion des PSMA;
- se penche principalement sur les effets cachés des PSMA sur la santé physique et mentale répertoriés dans la littérature.

Critères utilisés pour l'analyse des PSMA

Un comité de huit membres ayant chacun une expertise complémentaire à l'égard de la problématique du poids (nutrition, kinésiologie, sociologie de la santé et des droits des consommateurs, toxicologie, pharmacologie, santé publique, obésité) avait établi huit critères d'analyse des méthodes amaigrissantes pour une saine gestion du poids (tableau 1) (ASPQ, 2004a). Pour établir ces critères, le comité s'était basé sur les données de la littérature scientifique et sur les recommandations émises par des organisations ayant un champ d'expertise dans la problématique du poids (ASPQ, 2004a). Dans le cadre du présent document, ces critères seront utilisés pour analyser objectivement les PSMA et non pour convenir des méthodes de perte de poids jugées saines, puisque la perte de poids n'est désormais plus considérée comme un objectif à viser.

Tableau 1. Critères d'analyse

Les huit critères d'analyse retenus	
1.	Le rythme de perte de poids
2.	L'approche utilisée, incluant l'encadrement
3.	L'intervention alimentaire
4.	L'activité physique
5.	L'efficacité de la démarche
6.	L'innocuité de la démarche
7.	La promotion et la publicité associées à la démarche
8.	Les coûts de la démarche

TYPLOGIE DES PSMA

Les PSMA regroupent l'ensemble des produits, des services et des moyens commerciaux visant la perte de poids (ASPQ, 2004b et 2005). Plus spécifiquement, les PSMA peuvent être classés en huit catégories, comme le montre le tableau 2. Cette classification, utilisée en 2008 et 2009 pour analyser les PSMA, permet d'avoir une vue d'ensemble de la diversité des méthodes de perte de poids (Dansereau-Trahan, 2009). Toutefois, il importe de savoir que ces catégories ne sont pas mutuellement exclusives, certaines méthodes incluant des éléments d'autres catégories : ainsi, certains programmes de perte de poids s'accompagnent souvent de produits de santé naturels ou de substituts de repas.

Tableau 2. Typologie des PSMA

Type	Catégorie	Exemple
PRODUITS	Produits de santé naturels et médicaments sans ordonnance	Coupe-faim, brûleur de graisses, laxatifs, diurétiques
	Substituts de repas et produits alimentaires	Boissons, barres tendres, repas surgelés
	Timbres, crèmes, vaporisateurs, enveloppements	Patch Minceur, crème minceur
SERVICES	Programme de perte de poids	Weight Watchers, Minçavi, Kilo Cardio
	Centre commercial de perte de poids	Clinique motivation minceur, Centre santé minceur
	Régimes	Atkins, Shapiro, Mayo, Dukan
MOYENS	Appareils et dispositifs	Électrostimulation, aimant/champ magnétique, appareils d'exercices
	Méthodes alternatives	Hypnose, acupuncture, psychothérapie, approche comportementale, sudation, massages
	Approches diététiques	Jeûne total, restriction alimentaire, modification de la proportion des macronutriments de la diète, autres principes basés sur l'index glycémique, les régimes dissociés, les groupes sanguins
	Chirurgie	Bariatrique, esthétique

Les éléments suivants ne sont pas considérés dans ce document :

- les interventions médicales et diététiques : elles sont soumises à l'examen d'un ordre professionnel;
- les médicaments anorexigènes : ils sont prescrits par les médecins (Paquette, 2012);
- les interventions chirurgicales : le cadre juridique les régissant de même que la problématique et les enjeux diffèrent (ex. : chirurgie plastique, chirurgie bariatrique);
- les changements positifs sur la santé apportés par l'adoption de saines habitudes de vie;
- les comportements individuels pour perdre du poids présentant un potentiel de dangerosité pour la santé, tels que jeûner, sauter des repas, se faire vomir, etc.

Bref, seuls les PSMA reliés à l'industrie de l'amaigrissement et commercialisés ont été pris en compte dans ce document.

INDUSTRIE DE L'AMAIGRISSEMENT

Marché mondial

Une étude réalisée par le Marketsandmarkets Research (2015a) sur l'industrie de l'amaigrissement estime que **le marché mondial atteindra 206,4 milliards de dollars américains d'ici 2019 alors qu'il se chiffrait à 148,1 milliards de dollars américains en 2014**. Les facteurs importants qui expliquent la croissance de ce marché incluent l'augmentation des taux d'obésité dans la population, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, l'existence d'un culte de la minceur, l'augmentation des chirurgies bariatriques, l'augmentation des revenus disponibles, le financement gouvernemental, les changements d'habitudes de vie, l'augmentation des inscriptions à des centres de santé et les avancements technologiques. En revanche, les coûts élevés des aliments à faible teneur énergétique des régimes commercialisés et les stratégies commerciales trompeuses pour attirer les clients sont susceptibles d'entraver la croissance de ce marché.

Le marché de l'amaigrissement se divise en trois volets :

- les régimes alimentaires;
- les équipements (conditionnement physique et chirurgical);
- les services.

- Les régimes alimentaires englobent les repas, les boissons et les suppléments alimentaires. En 2014, le segment des boissons occupait la plus grande part de ce marché. Les joueurs clés sont : *Atkins Nutritional, Inc.* (États-Unis), *Herbalife Ltd.* (États-Unis), *NutriSystem, Inc.* (États-Unis) et *Kellogg Company* (États-Unis).
- Les équipements sont divisés en deux segments : les équipements chirurgicaux (pour les chirurgies bariatriques ou liposuccions, par exemple) et les équipements de conditionnement physique. Ce dernier est celui qui accapare la plus grande part du marché. Les acteurs majeurs de ce segment sont : *Brunswick Corporation* (États-Unis), *Amer Sports* (Finlande), *Johnson Health Technology Co., Ltd.* (Taïwan), *Cybex International* (États-Unis) et *Technogym SpA* (Italie).
- Les services se divisent en quatre segments : les centres de conditionnement physique, les centres d'amaigrissement, les services de consultation et les programmes de perte de poids en ligne. On s'attend à une forte croissance de ces derniers. Le succès des services en ligne est attribuable à l'avancement des technologies qui permet aux usagers de suivre ces programmes, peu importe où ils résident, à l'aide de leurs appareils mobiles ou tablettes électroniques. Les acteurs de premier plan sont : *Weight Watchers International, Inc.* (États-Unis), *Jenny Craig* (États-Unis), *eDiets.com* (États-Unis), *VLCC Healthcare*

Ltd. (Inde), *Slimming World* (Royaume-Uni), *The Gold's Gym International* (États-Unis), *Duke Diet & Fitness Center* (États-Unis), *24 hours Fitness* (États-Unis), *Equinox, Inc.* (États-Unis), *Life Time Fitness Inc.* (États-Unis), *Fitness First Group* (États-Unis) et *Town Sports International Holdings, Inc.* (États-Unis).

L'Amérique du Nord domine le marché mondial de l'amaigrissement suivi de l'Europe, de l'Asie et du reste du monde.

Marché canadien

Au Canada, le marché de l'industrie de l'amaigrissement est évalué à 6,09 milliards de dollars américains en 2014 et devrait atteindre 8,33 milliards américains en 2019 (Marketsandmarkets, 2015b). Le Canada représentait pour cette période 4,11 % du marché mondial et 9 % du marché nord-américain. Ce montant estimé en 2014 se ventile de la façon suivante, selon les trois volets :

- les régimes alimentaires représentaient 3,7 milliards de dollars américains en 2014 et le segment boissons représentait la plus grande part du marché avec 40 %;
- les équipements (conditionnement physique et chirurgical) équivalaient à 128 millions de dollars américains et le segment équipement de conditionnement physique représentait 70 % du marché;
- les services dont le segment des centres de conditionnement physique constituait 45 % du marché avec un budget de 1 milliard de dollars américains. Avec des revenus de 34 millions de dollars

américains, le segment des programmes de pertes de poids en ligne est celui qui a connu la plus forte croissance, et ce, à cause de la popularité des programmes ou services offerts sur Internet. Le segment des centres d'amaigrissement et les programmes commerciaux rapportaient 1,2 milliard de dollars américains.

Dans le tableau 3, on retrouve les entreprises les plus présentes au Canada.

Tableau 3. Entreprises les plus présentes au Canada selon les volets liés au marché de l'amaigrissement

Volet	Entreprise
Régimes alimentaires	Atkins Nutritional Inc., Canada Herbalife Canada Kellogg Canada Inc. Jenny Craig Nutrisystem Herbal Magic Canada
Équipement de conditionnement physique	Amber Sports Canada, Inc. Cyber International, Inc. Johnson Health Tech. Co., Ltd. TechnoGym
Services	Weight Watchers Canada eDiets Calgary Weight Management Center (CWMC) Jenny Craig Nutrisystem Herbal Magic Canada

UTILISATION DES PSMA

Cette section brosse le portrait des utilisateurs de PSMA au Québec, décrit la popularité des PSMA au sein des utilisateurs et leurs motivations à utiliser un ou des PSMA pour finalement soulever la question suivante : est-ce que perdre du poids est un gage de santé?

Prévalence et profil des utilisateurs des PSMA au Québec

D'après les données de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) réalisée en 2008, environ deux Québécois sur cinq, âgés de 15 ans et plus ont déjà entamé au moins une action visant à stabiliser ou perdre du poids au cours des six derniers mois. Plus précisément, 19 % ont tenté de perdre du poids et 17 % ont essayé de le maintenir (Cazale et collab., 2010). Dans le cadre d'un sondage mené par SOM en 2012 pour le compte d'ÉquiLibre auprès de 1 005 adultes québécois, des résultats similaires ont été obtenus puisque 25 % de l'échantillon a mentionné avoir tenté de perdre du poids lors de la dernière année (ÉquiLibre, 2013). Les tentatives pour réduire leur poids corporel ne sont pas étrangères aux jeunes : selon l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire, 71 % d'entre eux ont mentionné avoir essayé quelque chose à cet égard. De ce nombre, 25 % avaient tenté de perdre du poids et 34 % de le maintenir (Cazale, Paquette et Bernèche, 2012).

Selon les données de l'EQSP, une proportion non négligeable de gens en quête de perte de poids a eu recours à au moins une méthode jugée potentiellement dangereuse pour la santé (ie : les substituts de repas, les laxatifs, les produits diurétiques, les pilules coupe-faim, les crèmes, les timbres et les machines - Cazale et collab., 2011). Toujours parmi les personnes qui ont tenté de perdre du poids ou de le maintenir (36 %), 15 % a essayé au moins une fois de suivre un régime ou un programme amaigrissant et 10 % l'a essayé deux fois ou plus. Sur l'ensemble des Québécois, la proportion d'individus ayant eu recours à une méthode potentiellement dangereuse pour maigrir avoisine une personne sur dix.

Les jeunes adoptent plus ce type de méthodes que les adultes. En ce sens, parmi les jeunes qui tentaient au moment de l'enquête de perdre du poids ou de le contrôler, les deux tiers (66 %) ont eu recours plus d'une fois à une méthode présentant un potentiel de dangerosité pour la santé, comme suivre un régime de 1 000 calories, prendre des laxatifs ou encore des pilules pour couper l'appétit (Cazale, Paquette et Bernèche, 2012).

Au Québec, plus de femmes que d'hommes ont recours aux méthodes⁴ présentant un

⁴ Ces méthodes sont : ne pas manger pendant toute la journée, sauter des repas, prendre des substituts de repas, prendre des laxatifs, prendre des pilules qui font uriner (diurétiques), prendre des pilules qui enlèvent l'appétit (coupe-faim), prendre des médicaments pour maigrir prescrits par un médecin, prendre des produits amaigrissants, commencer ou

potentiel de dangerosité pour la santé (Équilibre, 2013; Cazale, Paquette et Bernèche, 2012; Cazale et collab., 2011). Au départ, elles sont plus nombreuses que les hommes à vouloir perdre du poids (22 % contre 15 %) ou le maintenir (19 % contre 16 %) (Cazale et collab., 2011). Par contre, parmi les jeunes, si les filles sont plus nombreuses que les garçons à tenter de perdre ou de contrôler leur poids (70 % c. 48 %), les garçons sont plus nombreux à avoir recours à une méthode de perte de poids⁵ potentiellement dangereuse pour la santé (71 % c. 63 %) (Cazale, Paquette et Bernèche, 2012). L'insatisfaction à l'égard de son apparence est associée, chez les jeunes, à l'adoption de comportements nocifs d'amaigrissement et de contrôle de poids (Camirand, Cazale et Bordeleau, 2015). Ces méthodes constituent aussi un facteur de risque et l'adoption de ces dernières durant l'adolescence risque de se prolonger jusqu'à l'âge adulte (Camirand, Cazale et Bordeleau, 2015).

De plus, les personnes les moins scolarisées sont proportionnellement plus nombreuses à utiliser ce type de méthodes (Cazale et collab., 2010). La littérature signale que les femmes célibataires ou monoparentales les utilisent davantage. À l'inverse, les femmes de 65 ans et plus sont moins ferventes de ces méthodes (Cazale et collab., 2010). Par

recommencer à fumer, utiliser des crèmes, des timbres ou des machines et se faire vomir.

⁵ Ces méthodes sont : suivre une diète, ne pas manger toute une journée, se faire vomir, prendre des laxatifs ou des coupe-faim, s'entraîner de façon intensive, commencer ou recommencer à fumer et sauter des repas.

contre, d'après deux sondages téléphoniques réalisés par l'ASPQ en 2003 et en 2009, la proportion de femmes âgées de 55 à 65 ans ayant tenté de perdre ou de maintenir leur poids à l'aide d'un PSMA a augmenté significativement, passant de 13,3 % à 20,7 % (Dansereau-Trahan, 2009).

Les individus qui pensent être en moins bonne santé, ceux qui sont insatisfaits de leur vie sociale ou qui ont un niveau de détresse psychologique élevé ont plus souvent recours à ce type de méthodes (Cazale et collab., 2011). C'est notamment sur cette vulnérabilité que l'industrie de l'amaigrissement réussit à promouvoir et à vendre ses produits.

En résumé, au Québec :

- les femmes sont plus nombreuses que les hommes à utiliser un PSMA;
- les adolescents utilisent plus que les personnes plus âgées des PSMA présentant un niveau élevé de dangerosité pour la santé;
- les garçons, plus que les filles, ont davantage recours à une méthode présentant un potentiel élevé de dangerosité pour la santé pour perdre du poids ou le contrôler;
- les individus plus vulnérables psychologiquement et moins scolarisés sont davantage portés à utiliser des PSMA pour perdre du poids.

Aux États-Unis, les facteurs associés à une plus grande utilisation de PSMA sont :

- avoir un excès de poids ou se percevoir comme tel,
- être une femme,
- être âgé de 30 à 39 ans,
- être célibataire (Machado, Freitas da Silveira et Freitas da Silveira, 2012)
- être issu de milieux défavorisés (Kakinami et collab., 2014).

Popularité des PSMA

Les PSMA sont facilement accessibles : on les retrouve dans plusieurs magasins spécialisés, dans les boutiques de produits de santé naturels, dans les pharmacies et sur Internet (Venne et collab., 2008). Le WEB permet en particulier d’avoir un accès direct à divers PSMA. **L’Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2012) signale que plus de 50 % des médicaments achetés en ligne sur des sites anonymes sont des contrefaçons de PSMA.**

Au Québec, il n’existe aucune étude sur la popularité des divers PSMA auprès de la population. Ailleurs dans le monde, les études s’intéressant à l’utilisation des PSMA révèlent que ce sont les programmes de perte de poids qui sont les plus populaires. Ainsi, Crayton (2013), après avoir interrogé 81 personnes concernant leur utilisation de PSMA, révèle que les programmes commerciaux les plus utilisés sont : *Slimming World*, *Weight Watchers* et *LighterLife*, suivis des produits alimentaires *Slim-Fast*. *Weight Watchers* et les produits *Slim-Fast* sont aussi ceux qui ont été mentionnés le plus souvent dans l’étude menée par Krska et ses collaborateurs (2010). Fait inquiétant,

cette étude relève que la majorité des gens interrogés connaissaient mieux les programmes commerciaux pour perdre du poids que les initiatives menées par le *National Health Service* (NHS), qui constitue le plus grand service de santé en Angleterre (Krska et collab., 2010) et qui s’apparente à la Régie de l’assurance maladie du Québec (RAMQ). De plus, les gens considèrent les salles d’entraînement et les centres de loisirs comme des lieux privilégiés pour obtenir des informations sur la perte de poids. Suivent ensuite les cliniques minceurs, plus populaires que les pharmacies. Les participants à cette étude ont également identifié les diététistes comme une source de référence pour obtenir des informations sur la perte de poids, suivis des instructeurs de conditionnement physique (Krska et collab., 2010).

Une étude transversale, utilisant les données américaines du *National Health and Nutrition Examination Survey* de 1999 à 2010 (Kakinami et collab., 2014), montre que les personnes des milieux défavorisés ont tendance à prendre des pilules amaigrissantes. En revanche, les ménages aux revenus plus élevés ont davantage tendance à réduire leur apport en gras et en sucre, à faire de l’exercice ou à boire beaucoup d’eau. Les jeunes et adultes américains de poids élevé dans des ménages à faible revenu étaient plus enclins à utiliser des stratégies contraires aux recommandations nationales. Ils étaient moins portés à faire de l’exercice que leurs pairs de familles mieux nanties, et plus susceptibles qu’eux de jeûner ou de sauter

des repas. Les chercheurs constatent que les méthodes les plus populaires sont celles qui procurent le sentiment d'un résultat immédiat, mais qui ne fonctionnent pas à long terme et finissent par être nocives pour la santé.

Motivation à utiliser un PSMA

Crayton (2013) a analysé un sous-échantillon de 20 personnes, majoritairement des femmes, pour connaître leurs principales motivations à utiliser des PSMA. Deux principaux profils se dessinent : le premier groupe, qui a suivi spécifiquement un régime faible en calories, désirait avant tout avoir des conseils, être en santé et perdre du poids rapidement; alors que ce qui intéressait ceux qui avaient suivi un programme commercial, c'était d'avoir du soutien, un moyen qui ne bouleverse pas trop leurs habitudes de vie et qui les aiderait dans le maintien de leur poids à long terme.

Dans une étude d'Herriot et ses collaborateurs (2008), les motivations à recourir à un régime ou à un produit amaigrissant sont liées à l'esthétique plutôt qu'à l'amélioration de la santé. Ainsi, des participants ont mentionné vouloir faire un régime à cause de commentaires négatifs, du regard que les autres portent sur leur apparence physique et du dégoût qu'ils éprouvent envers leur corps. D'autres évoquaient le souhait de rentrer de nouveau dans leurs vêtements.

Perdre du poids : un gage de santé?

L'industrie de l'amaigrissement fait la promotion d'un modèle corporel unique et fait de la minceur la cible à atteindre pour améliorer sa santé. Cette insistance nourrit une préoccupation excessive de la population à l'égard du poids et encourage davantage l'utilisation de PSMA.

L'importance accordée à l'obésité en tant que problème de santé publique, l'attention médiatique qu'on lui porte et les messages véhiculés par les réseaux de santé et de santé publique laissent souvent penser que le surpoids est un facteur de risque pour la santé contre lequel il faut lutter. Les données probantes actuelles font valoir qu'une insistance sur la perte de poids est inefficace pour l'atteinte d'une meilleure santé. Elle peut même être dommageable et contribuer à une préoccupation alimentaire et corporelle excessive, à des cycles répétés de perte et de gain de poids, notamment par l'usage de PSMA, à une moins bonne estime de soi, à des troubles de l'alimentation, à la stigmatisation et à la discrimination sociale. (Bacon et Aphramor, 2011). **Cette situation a attiré leur attention quant aux implications éthiques de recommander une méthode amaigrissante qui peut être inefficace et nuisible.**

Par ailleurs, la littérature récente montre qu'en l'absence d'autres facteurs de risque (tabagisme, stress élevé, sédentarité, alimentation déséquilibrée), un indice de masse corporel (IMC) élevé ou un excès de

poids ne constituent pas un facteur de risque pour la santé. **Ce nouveau paradigme place le poids non pas comme un facteur de risque, mais plutôt comme le médiateur visible d'autres facteurs liés aux habitudes de vie** (Harrington, Gibson et Cottrell, 2009; McAuley et Blair, 2011; Bosomworth, 2012; Tylka et collab., 2014).

De nombreux chercheurs s'intéressent aussi aux risques causés par des cycles répétés de gain et perte de poids. Ceux-ci entraîneraient, entre autres, des changements hormonaux qui favoriseraient le stockage d'énergie, donc la reprise du poids en réponse à une démarche de perte de poids.

La littérature scientifique montre que seulement 20 % des personnes en embonpoint ou obèses qui perdent intentionnellement du poids le maintiennent après un an. En fait, dans les cinq années suivant une tentative de perte de poids, 85 % à 95 % des individus l'ont complètement repris et parfois même davantage (Anderson et collab., 2001; Wing et collab., 2008; Wu et collab., 2009; ANSES, 2010; Freedhoff et Sharma, 2010; Kraschnewski et collab., 2010; Sciamanna et collab., 2011; Chaput et collab., 2014; Dulloo et Montani, 2015).

Cela met donc en lumière l'importance de miser sur une approche axée sur la promotion de saines habitudes de vie pour améliorer la santé et le bien-être, et ce, quel que soit le poids d'une personne. **L'adoption de saines habitudes de vie, comme consommer cinq fruits et légumes par jour, faire de l'activité physique régulièrement,**

consommer de l'alcool modérément et ne pas fumer est associée à une diminution significative de la mortalité, et ce, indépendamment du seuil de l'IMC (Matheson, King et Everett, 2012) **ou des conditions de comorbidité liées à l'obésité** (The Look AHEAD Research Group, 2014). La faible capacité cardiorespiratoire et l'inactivité sont une menace plus importante pour la santé que l'obésité (McAuley et Blair, 2011). Autrement dit, **on peut améliorer la santé sans perdre du poids. Il serait ainsi plus efficace à long terme et potentiellement moins nocif de faire la promotion de comportements sains, plutôt que de se concentrer sur la réduction des chiffres sur le pèse-personne** (Chaput et ses collab., 2014).

C'est dans cette perspective qu'a été développée l'approche de « la santé à tous les poids », qui met l'accent sur les gains de santé associés à une démarche de changements globaux et durables des habitudes de vie. Cette approche est aussi connue sous le nom de « *Health-At-Every-Size* ». Mise en place par des cliniciens, elle offre une solution de rechange saine aux méthodes traditionnelles qui n'ont pas encore prouvé leur efficacité.

Ce nouveau paradigme repose, entre autres, sur l'arrêt des diètes. Il mise sur la connaissance de soi, de ses forces et faiblesses, et ce, afin de développer l'estime de soi et la motivation nécessaires à l'amélioration de sa santé. Le fait de ne pas recourir aux diètes permet de se centrer sur les besoins

physiologiques réels, tout en misant sur le plaisir de manger et de bouger.

L'adoption de saines habitudes de vie ne sert pas à perdre du poids, mais plutôt à améliorer la santé et le bien-être, en faisant partie intégrante du mode de vie. En outre, le paradigme de « la santé à tous les poids » n'occulte pas que le surplus de poids est associé à plusieurs problèmes de santé physique et psychologique, mais propose une avenue prometteuse qui ne comporte aucun risque d'effets néfastes non intentionnels (Bacon et Apramor, 2011).

D'un point de vue populationnel, cette approche met l'accent sur la création d'environnements « non obésogènes » (ou leptogène) pour promouvoir une santé mentale positive et un bien-être physique. L'objectif ne consiste pas à réduire la prévalence de l'obésité, mais bien à prévenir collectivement le gain de poids et à promouvoir la santé globale (Provincial Health Services Authority, 2013)

ANALYSE DES PSMA

Cette section propose une analyse sommaire des PSMA selon les huit critères présentés précédemment :

- rythme de perte de poids;
- approche utilisée (incluant la démarche);
- intervention alimentaire, activité physique;
- efficacité de la démarche

- innocuité de la démarche
- promotion et publicité associées à la démarche;
- coûts de la démarche.

Rythme de perte de poids

Purcell et ses collaborateurs (2014) constatent qu'il y a autant de reprises de poids chez les personnes qui perdent du poids de façon graduelle que chez celles qui le perdent rapidement. Toutefois, les études ne fournissent pas d'informations sur les dangers des cycles répétés de perte et de gain de poids.

Approche utilisée et encadrement : solution uniforme et absence d'encadrement

Les programmes préventifs et thérapeutiques dénoncent généralement la mauvaise alimentation et l'inactivité physique comme facteurs majeurs de l'obésité. Toutefois, selon Chaput et ses collaborateurs (2014), il faut aller au-delà de la recommandation simpliste et généralement inefficace de « manger moins et bouger plus ».

Toute démarche de saine gestion du poids devrait reposer sur une évaluation biopsychosociale réalisée par un professionnel de la santé. Cela inclut l'alimentation et l'activité physique, mais aussi l'historique pondéral, l'hérédité, l'âge, le sexe, les facteurs neuroendocriniens, la médication, la gestion du stress et de l'anxiété, l'influence de la famille et des pairs, l'estime de soi, etc. Toutefois, l'approche doit clairement statuer que

l'amélioration de la santé peut faire fi d'une diminution du poids. Une telle démarche bien encadrée, réalisée par un professionnel de la santé, n'est offerte par aucun PSMA. En effet, selon l'analyse de l'ASPQ, moins de 4 % des PSMA (8 sur 213) étaient accompagnés d'une approche adaptée aux besoins et caractéristiques du consommateur (Dansereau-Trahan, 2009). Des 4 % analysés, un seul PSMA combinait l'alimentation, l'activité physique et la modification de comportements. Toutefois, il ne permettait pas une évaluation en profondeur des habitudes de vie du consommateur et n'était pas réalisé par un professionnel de la santé.

Les PSMA offerts sur le marché actuellement proposent des solutions uniformes qui ne tiennent pas compte de l'ensemble des paramètres individuels pouvant avoir une incidence sur le poids et n'offrent aucun encadrement professionnel (Venne et collab., 2008).

Intervention alimentaire et activité physique

Si une personne suit un régime restrictif, mais ne modifie pas ses habitudes de vie, dans une perspective de durabilité, les gains de santé seront minimaux (ANSES, 2010). Par exemple, Hainer, Toplak et Stich (2009) mentionnent que l'activité physique permet d'atténuer les effets nocifs de la graisse abdominale sur la santé, et ce, sans perdre de poids. L'unique façon d'obtenir des gains réels pour la santé (et non pour une question d'apparence physique) c'est d'adopter des comportements sains, dont de bonnes

habitudes alimentaires, et la pratique régulière d'activité physique. En effet, les personnes qui adoptent un mode de vie actif sont plus susceptibles d'améliorer leur santé globale (De Matos, Calmeiro et Da Fonseca, 2009; Hainer, Toplak et Stich, 2009; Hill, Wyatt et Peters, 2012). **L'activité physique est bénéfique pour la santé, qu'elle soit accompagnée ou non d'une perte de poids. L'activité physique permet de diminuer les risques associés à l'embonpoint et à l'obésité.**

En occultant l'importance d'adopter un mode de vie physiquement actif pour la santé et le bien-être, plusieurs PSMA amènent les gens à faire fi des saines habitudes de vie qui pourtant amélioreraient grandement leur santé physique et psychologique.

À cet effet, 59 % (125 sur 213) des PSMA analysés en 2009 par l'ASPQ (Dansereau-Trahan, 2009) ne faisaient aucune référence à l'alimentation. De ce nombre, 7 % (14 sur 213) allaient jusqu'à minimiser l'importance de l'alimentation dans une démarche de perte de poids en indiquant que la démarche ne nécessitait ni effort au plan de l'alimentation, ni restriction alimentaire, ni changement dans les habitudes alimentaires. De plus, 65 % (141 sur 213) des PSMA analysés ne faisaient aucune référence à l'activité physique; un peu plus de 5 % (11 sur 213) d'entre eux minimisaient l'importance de l'activité physique. En effet, ces PSMA mentionnaient que la démarche ne requiert ni effort, ni exercice, ni aucun changement dans les habitudes de vie.

Depuis quelques années, pour éviter des poursuites pour publicités mensongères, on observe que de nombreux fabricants de PSMA ajoutent à leur étiquette une mention recommandant de combiner l'usage du produit avec une saine alimentation et la pratique d'activité physique régulière. Ces mentions ne fournissent cependant pas de détails relatifs à ces recommandations.

EFFICACITÉ DES PSMA

Cette section présente les problèmes liés à l'efficacité à long terme de différents types de PSMA sur la perte de poids.

Échec, reprise de poids et conséquences physiques et psychosociales

Les données montrent que l'utilisation de méthodes amaigrissantes (régimes, laxatifs, pilules pour couper la faim et substituts de repas) tend à entraîner, à long terme, un gain de poids (Savage et Birch, 2010; Neumark-Sztainer et collab., 2012) et que certaines méthodes peuvent envoyer de faux signaux de satiété (Booth et Nouwen, 2010).

L'augmentation de l'IMC a été observée autant chez les hommes que les femmes (Neumark-Sztainer et collab., 2012). Aussi, une méta-analyse de Dulloo et ses collaborateurs (2012) a révélé que les personnes ayant un poids normal sont plus susceptibles que celles qui sont obèses à

reprandre encore plus de poids après avoir suivi un régime alimentaire.

Les études prospectives indiquent qu'au moins un tiers des personnes sondées regagnent plus de poids qu'ils en ont perdu. Ces études indiquent aussi que tenter de perdre du poids pendant l'enfance et l'adolescence laisse présager un gain de poids et même l'obésité à l'âge adulte.

Pietiläinen et ses collaborateurs (2012) ont suggéré que les échecs des régimes résultent des tentatives répétées de perte de poids. Pour obtenir ce résultat, les chercheurs ont analysé, sur une période de neuf ans, le comportement de 4 129 jumeaux, âgés de 16, 17, 18 et 25 ans, qui avaient l'intention de perdre du poids. Ceux qui avaient envisagé un à plusieurs moyens pour maigrir, hommes et femmes confondus, avaient plus de risques de devenir obèses que les autres.

Ces données révèlent que l'adoption de stratégies inadéquates pour gérer son poids, dont plusieurs PSMA font partie, peut être associée à une augmentation du poids à long terme et ainsi contribuer à l'obésité. De surcroît, suivre un régime à long terme s'avère difficile pour plusieurs individus (Freedhoff et Shama, 2010). Pour certains, cela éveille plusieurs émotions négatives. D'autres se découragent et perdent leur motivation de départ. Certains considèrent également que les programmes de perte de poids concordent mal avec leur mode de vie et que le fait de prendre des substituts de repas est ennuyeux, se conjuguent mal à la

vie de famille et au plaisir des repas partagés (Herriot et collab., 2008).

La prise de poids découlant des échecs répétés des régimes n'a pas uniquement des effets sur l'apparence physique, elle est aussi associée à un taux plus élevé de dépression et à une perte de l'estime de soi (ANSES, 2010).

Régimes amaigrissants

Dans cet état des lieux, on définit régime amaigrissant par l'ensemble des pratiques alimentaires commercialisées qui ont pour objectif la perte de poids. Ces régimes peuvent se baser sur une restriction calorique et sur l'exclusion de certains aliments. Dans certains cas, ils intègrent également la consommation de produits spécifiques tels que des produits naturels ou des substituts de repas.

Il est intéressant de noter que peu importe la composition des macronutriments du régime amaigrissant, tous les régimes s'équivalent et même s'ils entraînent un déficit énergétique, ils provoquent, après un certain temps, une reprise du poids perdu à cause de l'inapplication des recommandations du régime (Sacks et collab., 2009; Johnson et collab., 2014). Les régimes qui imposent une restriction élevée en énergie causent un déséquilibre en macronutriments (protéines, lipides et glucides) entraînant ainsi une perte de masse musculaire et d'eau (RQASF, s.d.). À la suite de ce déséquilibre, le corps ira puiser le manque de protéines dans les muscles et les organes vitaux.

Hansel et ses collaborateurs (2011) qui ont analysé les effets à long terme de la méthode Dukan, un régime commercial restrictif dressant la liste de 100 aliments autorisés à volonté, ont constaté que seule une minorité d'individus avaient maintenu leur poids deux ans après la fin du régime. Sur un échantillon de 3 501 participants (90 % de femmes issues de plusieurs groupes d'âge), 75 % d'entre eux avaient repris leur poids. En outre, 60 % des participants éprouvaient un sentiment de culpabilité et attribuaient leur échec à leur incapacité à respecter la période de stabilisation.

L'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé⁶ (AÉTMIS) a réalisé en 2010 une revue de littérature afin d'évaluer les risques et bénéfices du jeûne modifié aux protéines (Mayot, 2010). Ce régime amaigrissant est disponible dans certaines cliniques médicales du Québec ainsi que sur le marché pour les personnes désireuses de perdre du poids. L'AÉTMIS montre que cette diète ne répond pas aux critères d'un régime hypocalorique équilibré⁷ et que son usage fait encore l'objet d'une controverse au sein de la communauté scientifique, notamment à cause de la faiblesse des données probantes sur l'efficacité à long terme de cette diète. Ce régime comporte certains dangers pour la santé comme des lithiases vésiculaires

⁶ L'AÉTMIS et le Conseil du médicament ont fusionné en 2010 pour former l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS).

⁷ On entend par « équilibré » que la proportion de macronutriments est maintenue dans le régime.

(pierres dans la vésicule biliaire ou dans son conduit), des problèmes cardiaques et psychiatriques, et un risque mal connu quant à ses effets sur la densité osseuse. De plus, l'observance à cette diète est un enjeu, car le taux d'abandon est très élevé. L'AÉTMISS conclut, à la lumière des études consultées, que « devant le manque d'efficacité à long terme de cette diète sur la perte de poids réelle et les dangers rapportés de cette dernière [...] et la nécessité d'un suivi médical associé à l'accompagnement multidisciplinaire par d'autres professionnels de la santé, le principe de précaution médicale s'impose, tandis que celui d'abstention d'utilisation de ce régime doit être considéré ».

En France, l'étude NutriNet-Santé lancée en mai 2009 étudie les comportements alimentaires des Français et les relations entre nutrition et santé auprès de volontaires recrutés sur le WEB (Étude NutriNet-Santé, 2010). Des données ont été recueillies sur l'efficacité des régimes amaigrissants utilisés par ces 105 771 participants ou nutrinautes, âgés de plus de 18 ans. En tout, 18 188 de ces nutrinautes (13 % sont des hommes, 87 % des femmes) affirment avoir suivi au moins un régime amaigrissant dans leur vie. Et 28 % de femmes ont même tenté plus de cinq régimes dans le passé.

Pour les besoins de leur étude, les chercheurs ont regroupé les régimes en 4 grandes catégories :

- les régimes restrictifs portant le nom d'une marque (dits « commerciaux », type Dukan, Cohen, etc.)
- les régimes restrictifs « faits maison » (le sujet décide de lui-même de supprimer/restreindre les graisses, les sucres, etc.)
- les régimes portant le nom d'une marque visant une alimentation équilibrée avec « coaching » (individuel ou collectif) (Weight-Watchers, Jenny Craig, etc.)
- les régimes basés sur un suivi global de recommandations nutritionnelles (recommandation du Programme National Nutrition Santé (PNNS)).

D'après les résultats, les régimes restrictifs, qu'ils soient commerciaux ou fait-maison, sont beaucoup moins efficaces, moins bien tolérés, plus compliqués et plus frustrants que le suivi des recommandations nutritionnelles. La récurrence de régime et les régimes restrictifs commerciaux sont moins efficaces à long terme que les régimes basés sur un suivi global des recommandations nutritionnelles : perte de poids non maintenue après 6 mois, voire prise de poids. Les personnes ayant suivi un régime visant à suivre des recommandations nutritionnelles sont plus nombreuses à avoir augmenté la fréquence de leur activité physique contrairement à celles ayant opté pour un régime restrictif.

De manière générale, les personnes ayant réalisé des régimes à répétition les considèrent majoritairement comme inefficaces à long terme. Les nutrinautes considéraient les régimes basés sur

l'utilisation de substituts de repas/produits diététiques et le régime Dukan comme les plus difficiles à suivre.

Les chercheurs mentionnent que ces résultats montrent l'inefficacité à long terme des régimes restrictifs « commerciaux » et notamment lorsqu'ils sont récurrents. De plus, ils apparaissent plus compliqués, plus frustrants et plus difficiles à mettre en œuvre que les recommandations nutritionnelles globales.

Programmes amaigrissants

Les programmes commerciaux de perte de poids, individuel (p. ex. *Jenny Craig*) ou en groupe (p. ex. *Minçavi*, *Weight Watcher*, *Herbalife*) préconisent généralement une approche diététique combinée à un suivi par un « coach » dans une approche qui se veut globale. Les données obtenues par la recension des écrits montrent que, pour les personnes obèses de classe II (IMC > 35 kg/m²), les programmes commerciaux sont insuffisants et inadéquats (McCombie, Lean et Haslam, 2012).

Freedhoff et Sharma (2010) mentionnent que plusieurs programmes commerciaux de perte de poids ne favorisent pas la saine gestion du poids. D'après eux, la fraude, intentionnelle ou involontaire due à un manque de connaissances sur la gestion du poids, n'est pas étrangère à ce type de programmes. En conséquence, le succès à long terme des programmes commerciaux est questionnable.

Produits amaigrissants

La prise de complément ou de supplément alimentaire pourrait nuire à une bonne gestion du poids (Chiou, Yang et Wan, 2011) et il existe peu de preuves scientifiques ou cliniques qui valident leur efficacité (Société Française de Nutrition du Sport, 2009; Egras et collab., 2010). En 2014, les résultats d'une étude appuient l'hypothèse que la prise de produits amaigrissants est associée à une propension à manger de plus grande quantité de nourriture. Plus précisément, le groupe qui avait pris un produit naturel pour perdre du poids avait consommé 30 % de plus que le groupe témoin lors d'un repas de type buffet comportant des aliments sains (ex. salades, pizza végétarienne, poisson cuit à la vapeur) et des aliments gras et sucrés (ex. frites, hamburger, chocolat) (Chang et Chiou, 2014).

Gibson-Moore (2010) mentionne que les produits de santé naturels sont commercialisés comme « un raccourci » pour perdre du poids, c'est-à-dire, comme s'ils nécessitaient moins d'efforts et de changement de comportements. Il existe une multitude de produits de santé naturels qui prétendent engendrer une perte de poids. De ce fait, Geneslay (2013) souligne que l'efficacité de ces produits est fondée surtout sur des usages ancestraux, plutôt que sur des données probantes provenant d'études pharmacologiques et cliniques, comme c'est le cas des PSMA. Les doses indiquées sont souvent inadéquates pour être efficaces. Par ailleurs, de nouvelles études évaluant l'efficacité d'une vaste sélection de produits de santé naturels populaires, vendus dans les

pharmacies et les commerces de produits naturels, n'ont pas réussi à prouver qu'ils facilitent la perte de poids au-delà de l'effet placebo (IASO, 2010)⁸.

Même au sein d'un forum sur la perte de poids, les messages analysés par Aubé et Thoër (2010) laissent entrevoir que plusieurs personnes éprouvent de la difficulté à trouver un produit amaigrissant efficace sur Internet.

Parmi les produits mentionnés dans la littérature, on retrouve le konjac, le nopal et des fibres alimentaires plus visqueuses telles que les pectines de pommes qui sont vendues comme produits pouvant contribuer à réduire l'appétit (coupe-faim) (Wanders et collab., 2011; Geneslay, 2013).

Il importe, cependant, de rester critique à l'égard des produits coupe-faim vendus pour aider les consommateurs à contrôler leur poids. Les études publiées à ce sujet sont souvent réalisées sur de courtes périodes de temps, avec des méthodologies douteuses, sans tenir compte des effets indésirables. Autrement dit, les données sur les vertus des produits coupe-faim demeurent insuffisantes et leurs bénéfiques sur la santé devraient être mieux investigués (Halford et Harrold, 2012).

Tout comme les produits coupe-faim, le café vert est également passé sous la loupe des chercheurs (Onakpoya, Terry et Ernst, 2010a; Buchanan et Beckett, 2013). Bien que la moyenne de perte de poids associée à la consommation de ce produit aille de 1 à 8 kg

dans certaines études, des lacunes méthodologiques importantes rendaient les conclusions discutables, selon ces chercheurs. La durée des études recensées se limitait au plus à 12 semaines; la dose efficace de café vert, destinée à être utilisée comme supplément pour la perte de poids, n'a pas été établie ni même sa sécurité sur la santé.

Une recension des écrits a été réalisée sur les produits qui contiennent de l'acide linoléique conjugué (acide naturel qui se retrouve dans le bœuf et les produits laitiers), un composé qui pourrait davantage soutenir la réduction de la masse de graisse corporelle et du diamètre abdominal, que l'IMC et la perte de poids. Cette recension des écrits a permis de constater que ce composé n'engendrait pas, à coup sûr, de perte de poids (Egras et collab., 2010). Quatre des cinq études analysées mentionnaient qu'il n'y avait eu aucun changement de poids et de l'IMC.

L'extrait de *garcinia cambogia* (acide hydroxycitrique) est un ingrédient très populaire dans les produits de santé naturels à visée amaigrissante. À la lumière des données actuelles, son efficacité reste à prouver. (Egras et collab., 2010; Onakpoya et collab., 2010). D'autres chercheurs mentionnent avoir tout de même observé un faible impact à court terme de la *garcinia cambogia*, précisant cependant, que sa pertinence clinique demeure incertaine (Onakpoya et collab., 2010).

⁸ L'International Association for the Study of Obesity (IASO) s'appelle maintenant World Obesity Federation.

Il arrive aussi que certains produits, fortement concentrés en omega-3 et en fibres, soient vendus comme produits amaigrissants : c'est le cas pour les graines de chia. Pourtant, son effet sur la perte de poids demeure encore inconnu (Egras et collab., 2010). Les extraits de fruits, comme l'irvingia gabonensis qui provient de la mangue, sont aussi vendus pour leurs prétendues vertus amaigrissantes. Toutefois, aucune donnée scientifique suffisamment étoffée ne recommande l'irvingia gabonensis pour la perte de poids.

Le pyruvate, un composé chimique, est un autre exemple d'ingrédients présents dans les produits de santé naturels à visée amaigrissante qui manquent d'appuis scientifiques pour positionner leur efficacité en matière de perte de poids. Les études réalisées sur les impacts du pyruvate sur la perte de poids étaient peu probantes. (Egras et collab., 2010). Une récente recension des écrits portant sur l'efficacité du pyruvate pour la perte de poids en vient à la même conclusion que la précédente étude. Les faiblesses méthodologiques nuisent à la validité des résultats obtenus (Onakpova et collab., 2014).

INNOCUITÉ DES PSMA

Cette section présente plus en détail les effets indésirables ou les dangers de différents types de PSMA sur la santé des utilisateurs.

Régimes amaigrissants

Les régimes amaigrissants qui se retrouvent dans les médias et sur Internet permettent d'avoir accès à une variété de régimes et de s'engager seuls dans une démarche sans en connaître les dangers potentiels pour la santé physique et mentale.

Dans son évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement publiée en 2010, l'ANSES rapporte que certains régimes peuvent causer :

- des déséquilibres : surplus des apports en protéines et en sel; insuffisance des apports en fibres, en fer, en magnésium et en vitamine D;
- la dépression et la diminution de l'estime de soi (conséquences psychologiques fréquentes des régimes amaigrissants dues aux échecs à répétition);
- un amaigrissement qui ne se fait pas uniquement aux dépens des réserves de masse de graisse, mais conduit rapidement à la perte des masses musculaires et osseuses, quel que soit le niveau d'apport protéique;
- un problème rénal, osseux ou cardiaque, notamment dans le cadre de certains régimes qui préconisent la consommation quasi exclusive de viande, poisson, œuf et produits laitiers et conduisent à des apports protéiques très élevés.

Certains groupes de population sont particulièrement vulnérables aux effets pervers des régimes amaigrissants. Chez les femmes enceintes, la restriction énergétique au cours de la grossesse ainsi que les

déficits nutritionnels sous-jacents peuvent ralentir le développement et la croissance fœtale et avoir des conséquences sur la santé ultérieure de l'enfant, y compris à l'âge adulte. Chez l'enfant et l'adolescent, la restriction calorique, qu'elle soit ou non associée à une restriction protéique, peut entraîner un ralentissement de la croissance et du développement pubertaire.

Des études se sont penchées plus spécifiquement sur l'effet des régimes amaigrissants sur la masse osseuse. Dans le cas où la perte de poids est supérieure à 10 % du poids corporel, on peut observer une réduction de 1 à 2 % de la densité minérale osseuse. Enfin, plusieurs études montrent qu'une perte de poids rapide entraîne également un changement brusque dans la métabolisation du cholestérol et augmente significativement les risques de développer des pierres à la vésicule biliaire (U.S. Department of Health and Human Services, 2013; Bonfrate et collab., 2014; Johansson et collab., 2014; Stokes et collab., 2014).

Dans le cas où plusieurs PSMA encouragent une perte de poids rapide et importante, cet aspect n'est pas à prendre à la légère. En effet, plus la perte de poids est rapide et prononcée, plus l'impact négatif sur la masse osseuse sera prononcé.

Produits amaigrissants

Les produits dits amaigrissants regroupent les produits de santé naturels, les substituts de repas, ainsi que les médicaments vendus avec ou sans ordonnance. Selon les experts, plusieurs des produits amaigrissants ont été

mis en marché sans subir un contrôle adéquat de leur innocuité.

Les produits de santé naturels agissent selon des mécanismes différents : leur potentiel de dangerosité est également variable (Yen et Ewald, 2012). Ainsi, les produits amaigrissants qui altèrent l'absorption ou l'excrétion de la nourriture, comme ceux contenant de la gomme de guar, sont davantage associés à des douleurs abdominales, des obstructions et des toxicités hépatiques (Yen et Ewald, 2012). L'étude de Tarantino et ses collaborateurs (2009) expose d'ailleurs le cas d'une jeune femme de 22 ans qui a connu un syndrome cholestatique (atteinte du foie) après avoir consommé un produit de santé naturel à visée amaigrissante. Cette femme a rapporté avoir souffert de plusieurs troubles, dont la jaunisse, la fièvre, des vomissements et des douleurs.

Les produits utilisés pour augmenter la sensation de satiété occasionnent davantage de problèmes de constipation, de troubles du sommeil ou de difficultés respiratoires (Yen et Ewald, 2012). Une méta-analyse sur les effets des extraits de garcinia (acide hydroxycitrique), un produit amaigrissant pour couper la faim, suggère que les gens qui l'utilisaient rapportaient deux fois plus de troubles gastro-intestinaux que ceux qui avaient pris un placebo (Onakpoya et collab., 2010b). Dans une recension des écrits sur les effets du pyruvate, Onakpoya et ses collaborateurs (2014) notent aussi des effets indésirables qui s'apparentent à ceux de la garcinia. Les participants rapportaient des

flatulences, de la diarrhée, des ballonnements et une augmentation des lipoprotéines de basse densité (LDL).

Enfin, les produits intensifiant la dépense énergétique sont associés à un plus grand nombre de mortalité et de morbidité. Ces derniers incluent la caféine, la sibutramine et l'éphédra. Des hémorragies, des accidents vasculaires cérébraux et des anomalies cardiaques ne sont que quelques exemples de problèmes associés à ce type d'agents. La caféine est aussi associée à des nausées, des vomissements et des tachyarythmies (Yen et Ewald, 2012).

Plusieurs chercheurs analysant les effets indésirables des produits amaigrissants rapportent le cas de personnes dont le foie a subi de graves conséquences. Entre autres, Krishna et ses collaborateurs (2011) ont analysé le cas d'une jeune femme de 28 ans qui a développé un problème d'insuffisance hépatique aiguë après avoir consommé un supplément alimentaire pour la perte de poids. L'acide usnique est sans doute l'ingrédient qui a eu le plus grand impact sur le développement de l'hépatotoxicité. Le thé vert et les extraits de guggul, présents également dans le produit consommé, sont aussi des ingrédients pouvant jouer un rôle néfaste sur la santé des individus.

Une autre analyse révèle que les produits *Hydroxycut*, l'un des suppléments de perte de poids les plus populaires au Canada et aux États-Unis pour lequel Santé Canada a

d'ailleurs déjà émis un avis⁹ en 2009, présente un danger pour le foie des consommateurs (Dara, Hewett et Lim, 2008). Ainsi, dans les deux études de cas analysées par ces chercheurs, les individus avaient consommé le produit sur une courte période avant de présenter de sévères problèmes hépatiques. De surcroît, aucun élément ne laisse présager l'existence d'autres facteurs responsables de la toxicité au foie. Parmi les ingrédients potentiellement dangereux pour le foie, les chercheurs mentionnent la garcinia cambogia et les extraits de racine de thé vert. Le produit *Hydroxycut Hard Core* contient aussi de la yohimbine qui a été associée à des nausées, des vomissements et des douleurs abdominales.

Tout comme l'étude de Dara, Hewett et Lim (2008), celle de Chen et ses collaborateurs (2010) illustre trois autres cas de patientes qui ont subi une lésion hépatique aiguë après avoir absorbé des produits de santé naturels pour la perte de poids. L'une d'entre elles avait consommé le produit *Hydroxycut* et les deux autres avaient pris le produit *Herbalife*. Mis à part leur consommation d'un produit pour la perte de poids, les trois femmes n'avaient ni antécédent héréditaire ni problème de consommation qui aurait pu expliquer la dégradation de leur état de santé.

⁹ Pour consulter l'avis de Santé Canada : <http://healthycanadians.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2009/13380a-fra.php>

Nazeri et ses collaborateurs (2009) ont analysé 12 produits vendus sur Internet sans ordonnance comme suppléments pour perdre du poids; huit d'entre eux contenaient au moins un ingrédient identifié comme dangereux pour la santé cardiaque. Parmi ces derniers se trouvaient notamment l'orange amère, le thé vert, le guarana, le ginseng et la caféine anhydre. Un des produits analysés contenait même de l'éphédrine, un ingrédient banni aux États-Unis et au Canada¹⁰. De plus, aucun site Internet, étiquette ou emballage associé aux produits ne comportait d'avertissements quant à leur dangerosité.

Une autre équipe de chercheurs (Rebière et collab., 2011) a analysé 32 échantillons de produits amaigrissants. Ces derniers ont détecté neuf substances actives ayant un potentiel de dangerosité : la caféine, le clenbuterol, la nicotinamide, la phenolphthaléine, la rimonabant, la sibutramine, la didesméthylsibutramine, la synéphrine et la yohimbine. Ces substances, en plus de présenter un caractère potentiellement toxique, peuvent aussi être dangereuses si combinée avec certains médicaments. Plus inquiétants encore, certains échantillons affichaient aussi des

¹⁰ Santé Canada rappelle au consommateur d'éviter tout produit contenant de l'éphédra ou de l'éphédrine, seul ou combiné à de la caféine ou à d'autres stimulants, dans le but de perdre du poids ou d'accroître sa masse musculaire ou son énergie. L'utilisation de produits contenant des extraits d'éphédra ou d'éphédrine peut avoir des effets indésirables graves, voire mortels. Santé Canada rappelle que la vente de ces produits n'est pas autorisée au Canada (canadiensensante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2008/13279a-fra.php).

formulations différentes, avec des ingrédients différents selon le numéro du lot.

Au Canada, 44 produits de santé naturels provenant de 12 compagnies ont été analysés. Un peu plus de la moitié des produits testés contenait des ingrédients non identifiés sur l'étiquette. Parmi ces ingrédients illicites, une proportion non négligeable était des contaminants pouvant occasionner de sérieux dommages sur la santé. Sur les 12 compagnies, seulement deux ne présentaient aucun produit de substitution ou contaminant (Newmaster et collab., 2013).

Certaines substances contenues dans des produits amaigrissants apparaissent plus néfastes sur la santé que d'autres : c'est le cas de la sibutramine. Müller, Weinmann et Hermanns-Clausen (2009), après avoir analysé 17 études de cas sur les impacts négatifs de la sibutramine, ont répertorié plusieurs manifestations témoignant de sa nocivité : hypertension artérielle, agitation, maux de tête, nausées, insomnie et tachycardie. Lam et ses collaborateurs (2012) ont aussi rapporté l'histoire d'une jeune femme de 21 ans qui, après avoir consommé un produit amaigrissant acheté sur Internet contenant de la sibutramine, fut atteinte de différents troubles, dont de la somnolence et de la tachycardie sinusale (problème de rythme cardiaque).

Fausses croyances à l'égard des produits de santé naturels

Le recours aux plantes pour la perte de poids est fréquent. Perçues comme naturelles, sans risque, et facilement accessibles puisque ne nécessitant pas de prescription médicale, elles ne sont cependant pas sans danger (ANSM, 2015).

Les croyances face aux bienfaits des produits de santé naturels et à la présence d'effets indésirables considérées comme preuve d'efficacité du produit ou comme mal nécessaires pour perdre du poids peuvent nuire à la santé des utilisateurs. En effet, plusieurs consommateurs de produits de santé naturels croient, à tort, que ces derniers représentent la manière la plus sécuritaire de perdre du poids (Aubé et Thoër, 2010). Ce faux sentiment de sécurité à leur égard rend les gens moins vigilants quant au mode d'utilisation recommandé ou aux effets indésirables qui en découlent. Ainsi, au lieu de s'inquiéter des effets indésirables qu'occasionnaient certains produits amaigrissants, des utilisateurs d'un forum ont continué de prendre leur produit, convaincus que les effets indésirables (problèmes digestifs, maux de tête, accélération du rythme cardiaque et perte de sommeil, par exemple) constituaient une preuve de l'efficacité du produit. D'autres personnes ont même vertement critiqué les professionnels de la santé qui s'opposaient à ce type de produit.

Aux États-Unis, des chercheurs révèlent que les gens pensent à tort qu'il s'agit de

produits sécuritaires et efficaces, cautionnés par la *Food and Drug Administration (FDA)* puisqu'ils sont commercialisés (Pillitteri et collab., 2008). Au Québec, 70 % des répondants à un sondage sur les PSMA croient que les produits de santé naturels et les produits vendus sans ordonnance sont très efficaces ou efficaces (Dansereau-Trahan, 2009). Ces données soulèvent un questionnement sur la connaissance des Québécois au sujet des produits de santé naturels et de leur contrôle.

De plus, les produits de santé naturels en vente libre peuvent être utilisés de façon inappropriée et susciter des attentes irréalistes de la part des consommateurs (Bray, 2008). Par exemple, certaines compagnies prétendent à tort que leurs produits peuvent engendrer une perte de poids rapide et importante (Dansereau-Trahan, 2009). D'autres compagnies avancent que la perte de poids ne nécessite ni effort ni changements dans les habitudes de vie (Dansereau-Trahan, 2009). Certains produits contiennent des ingrédients qui peuvent être dangereux s'ils sont mal utilisés (Yen et Ewald, 2012). De plus, puisque ces produits sont disponibles en vente libre, aucun professionnel de la santé n'est consulté préalablement ni ne pourra informer le consommateur à propos d'effets indésirables et des interactions néfastes possibles avec d'autres médicaments. Ainsi, les risques sur la santé augmentent (Bray, 2008).

En résumé, **ce type de produit est facilement accessible et présente un danger considérable pour la santé. Le**

besoin d'informer la population à propos de ces derniers et de leur innocuité est réel (Nazeri et collab., 2009).

Produits de santé naturels : complications médicales et décès répertoriés au Canada

Une enquête journalistique réalisée par Marie-Claude Malboeuf (aidé de Sylvain Gilbert pour l'analyse des données) du journal La Presse (17 février 2014), révèle que le nombre de victimes ayant consommé des produits de santé naturels à visée amaigrissante double environ tous les cinq ans depuis 1993 (tableau 4). Les sources de ces données¹¹ proviennent du Ministère fédéral de la Santé.

Près d'une victime sur cinq (soit 36 personnes en 20 ans) est morte ou a failli mourir. Durant la même période, 7 personnes sont restées handicapées, 94 ont été hospitalisées et 76 ont souffert d'une autre maladie « importante » (problèmes cardiaques, vasculaires, gastro-intestinaux, psychiatriques, etc.). L'immense majorité des victimes avait utilisé le produit une seule fois ou seulement quelques jours.

Au Canada, au moins 153 femmes et 55 hommes ayant de 14 à 82 ans ont eu de graves ennuis de santé après avoir consommé des produits de santé naturels dans l'espoir de maigrir. Tous les systèmes du corps ont été affectés : hémorragie, coma,

arythmie, hypertension, vomissements, hépatite, insuffisance respiratoire, psychose, anémie grave. Les risques sont innombrables, selon les rapports d'effets indésirables émanant de Santé Canada.

Parmi les personnes décédées, on dénombre 11 femmes et 5 hommes âgés de 16 à 61 ans. Ces personnes étaient majoritairement jeunes, puisque 9 d'entre elles étaient dans la vingtaine ou la trentaine. Ces personnes avaient consommé 8 produits différents, dont 3 figurent aujourd'hui dans la base de données des produits homologués de Santé Canada (soit *Hydroxycut*, *KidneyFlush* et *Isaflush*). Les causes des décès sont les suivantes : surdose, problèmes rénaux ou cardiaques, ingrédients toxiques ou interaction avec un médicament.

Le nombre de victimes pourrait être plus élevé si l'on se fie aux données recueillies par le sondage Ipsos Reid effectué pour Santé Canada en 2010 sur la consommation de produits de santé naturels. En effet, parmi les 2 001 personnes interrogées, 15 % d'entre elles ont éprouvé des effets indésirables à la consommation de produits de santé naturels et seulement 2 % ont porté plainte à Santé Canada (Ipsos Reid, 2010).

Sur son site WEB¹², le Gouvernement canadien informe les consommateurs des risques liés à l'utilisation de produits amaigrissants comme suit : « il est impossible d'énumérer les risques associés à chacun des produits amaigrissants sur le

¹¹ Base de données en ligne des effets indésirables de Canada Vigilance, base de données des produits de santé naturels homologués, ancienne base de données des produits de santé naturels exemptés.

¹²<http://canadiensensante.gc.ca/drugs-products-medicaments-produits/drugs-medicaments/weight-amaigr-fra.php>

marché, car ils sont trop nombreux ». Toujours sur ce site, il est mentionné que « de plus en plus de Canadiens ont recours à des médicaments d'ordonnance et à des produits de santé naturels pour perdre du poids. Ces produits peuvent être bénéfiques lorsqu'on les utilise correctement dans le cadre d'un programme de gestion du poids. Toutefois, une mauvaise utilisation peut entraîner des risques graves pour la santé ». Et que « la vente des produits amaigrissants croît au même rythme que le taux d'obésité ».

Il est aussi rapporté sur ce site que « de nombreux produits amaigrissants naturels sont également offerts en vente libre dans divers points de vente au détail, notamment les pharmacies, les magasins d'aliments naturels, les supermarchés et sur Internet. Dans des circonstances idéales, certains de ces produits de santé naturels peuvent être sécuritaires et efficaces s'ils font partie d'un programme de gestion du poids axée sur une alimentation hypocalorique et l'activité physique. Mais le comprimé magique qui fait perdre du poids sans le moindre effort n'existe pas. Si vous envisagez d'utiliser un produit amaigrissant, il importe que vous connaissiez les risques possibles afin de pouvoir faire des choix éclairés ».

L'état actuel des connaissances invite cependant à prendre plus de précautions que ce qui est indiqué sur le site WEB de Santé Canada.

Ce qui est inquiétant d'après Ertin et Özaltay (2011), c'est que l'objectif principal de l'industrie des PSMA est d'enrichir les compagnies au détriment de la santé des

personnes aux prises avec des problèmes de poids. En effet, tandis que l'industrie de l'amaigrissement amasse d'importants profits, bon nombre de ses produits nuisent sérieusement à la santé des consommateurs. De plus, selon les chercheurs, plusieurs produits et médicaments visant la perte de poids ont été mis en marché sans subir un contrôle adéquat de leur innocuité.

Tableau 4. Compilation des victimes ayant consommé des produits naturels amaigrissants

Nombre de victimes ¹³ par tranches de 5 ans	Proportion des victimes ayant subi divers ravages
2008-2014 : 100	Mort : 8 %
2003-2007 : 44	Vie en danger : 10 %
1998-2002 : 27	Incapacité : 4 %
1993-1997 : 6	Hospitalisation : 50 %
	Autre impact important : 41 %
	Note : Certaines victimes ayant subi plus d'un ravage, le total dépasse 100 %

¹³ Pour calculer le nombre de victimes, ils ont consulté les « rapports d'effets indésirables » réunis dans la banque de données Canada Vigilance de Santé Canada. Ils ont utilisé 25 mots-clés (par exemple « fat », « slim », « weight », « burn », « diet », etc.), qui faisaient apparaître à l'écran une liste de produits correspondants. Ils ont identifié un à un les produits naturels utilisés par les gens au régime, puis recherché lesquels avaient causé des effets indésirables graves. Puisque les consommateurs de produits amaigrissants les mélangent souvent, ils ont pris le soin d'éliminer les doublons, pour compter chaque victime une seule fois, qu'elle ait consommé un seul produit ou plusieurs. Il s'agit d'une recherche non exhaustive, une minorité de produits moins connus pouvant avoir été laissés échappés. Par ailleurs, ils mentionnent que malgré leurs demandes répétées, Santé Canada ne leur a pas permis de discuter avec un expert de ses bases de données pour comprendre certaines incohérences entre elles.

Bref, **le consommateur ne connaît ni les ingrédients ni les effets secondaires des produits pour la perte de poids vendus en dehors du circuit pharmaceutique** (ANSM, 2012; 2015).

Achat des PSMA sur l'Internet :
un enjeu émergent non encadré

Au Québec, les PSMA sont faciles d'accès : ils sont disponibles dans plusieurs magasins spécialisés, dans les boutiques de produits de santé naturels ainsi que dans les pharmacies, et sur Internet (Venne et collab., 2008). Le WEB permet en particulier d'avoir un accès direct aux PSMA. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2012) signale que plus de 50 % des médicaments achetés en ligne sur des sites anonymes sont des contrefaçons. Tremblay (2012) constate que les cyberpharmacies qui vendent librement des médicaments d'ordonnance dans plusieurs pays sont particulièrement préoccupantes. En effet, les médicaments les plus vendus sont dits de « confort » et visent la perte de poids et l'amélioration de l'apparence physique. De plus, la réglementation à ce sujet est absente, parce qu'Internet n'est pas assujéti à la juridiction des États.

À cet effet, après avoir analysé plusieurs études sur la réglementation des produits alimentaires sur Internet, Lachenmeier et ses collaborateurs (2013) concluent qu'il y a deux lacunes majeures concernant les suppléments alimentaires pour la perte de poids :

- le manque d'informations sur l'innocuité des produits;
- la difficulté du gouvernement à contrôler les échantillons et à les analyser.

Or, rappelons que plusieurs produits contiennent des ingrédients non approuvés ou potentiellement dangereux pour la santé.

L'OMS (2012) conclut également que les consommateurs doivent être vigilants quand ils achètent des produits amaigrissants sur Internet. En France, l'ANSM (2012, 2015) prévient les consommateurs de médicaments (et principalement des produits amaigrissants) sur Internet que ces derniers s'exposent à recevoir des médicaments contrefaits, de qualité inférieure, périmés ou altérés par des conditions de stockage ou de transports inadaptés. De même, les matières premières utilisées dans ces produits peuvent aussi être contrefaites ou de qualité médiocre. Enfin, la présence d'ingrédients toxiques dans la composition du produit est possible : l'analyse révèle souvent des impuretés chimiques.

L'ANSM informe les consommateurs tout comme les professionnels de la santé que :

- pour traiter le surpoids ou l'obésité, certains sites Internet ou pouriels proposent encore la vente de traitements médicamenteux agissant sur le système nerveux central, même si ces derniers ont été retirés du marché;
- des produits qui n'ont pas été soumis à l'évaluation des autorités sanitaires sont en vente libre sur Internet.

Aubé et Thoër (2010) constatent qu'Internet demeure le principal véhicule pour se procurer des produits amaigrissants, et ce, malgré le fait que leur qualité puisse être remise en question. Après avoir analysé les échanges d'un forum sur les produits amaigrissants, ils ont constaté que plusieurs des 26 000 utilisateurs, dont certains étaient Canadiens, partageaient des moyens pour faciliter l'accès à des produits amaigrissants sur Internet, et ce, qu'ils soient sur ordonnance ou non. **Ceci fait donc en sorte qu'il devient possible de se procurer des médicaments amaigrissants sans ordonnance ni supervision médicale.**

Promotion et publicité associées à la démarche de perte de poids

La réglementation des PSMA est actuellement déficiente. Au Canada et au Québec (Venne et collab., 2008), il n'existe pas de normes spécifiques régissant les pratiques, l'innocuité ou l'efficacité des PSMA. Seul un contrôle partiel est exercé.

La promotion et la publicité associées aux PSMA exercent une influence incontestable sur les consommateurs. Par exemple, certains chercheurs ont montré que les publicités comportant des images de femmes minces pouvaient influencer négativement la perception des femmes et diminuer leur niveau de satisfaction à l'égard de leur image corporelle : elles avaient tendance à se comparer à des standards ne correspondant pas à leur réalité (Tiggemann, Polivy et Hargreaves, 2009).

Bien qu'actuellement il existe certaines lois réglementant les PSMA, un nombre considérable de ces derniers ne les respectent pas (Dansereau-Trahan, 2009).

- Il est interdit de faire la publicité des produits de santé naturels en prétextant qu'ils représentent un traitement ou une mesure préventive contre l'obésité (article 3 de la loi sur les aliments et drogues, Gouvernement du Canada, 2014).
- L'article 9 de la loi sur les aliments et drogues interdit d'étiqueter, d'emballer, de vendre ou de faire la publicité d'un produit de santé naturel « de manière fausse, trompeuse ou mensongère ou susceptible de créer une fausse impression quant à sa nature, sa valeur, sa quantité, sa composition, ses avantages ou sa sûreté » (Gouvernement du Canada, 2014).
- Dans le même sillon, l'article 219 de la loi sur la protection du consommateur qui s'applique à tous les biens et services, incluant les PSMA, mentionne qu'« aucun commerçant, fabricant ou publicitaire ne peut, par quelque moyen que ce soit, faire une représentation fausse ou trompeuse à un consommateur » (Gouvernement du Québec, 2014a).

Dans le *Code canadien des normes de la publicité*, il est également mentionné que les publicités doivent respecter les trois critères suivants : véracité, clarté et exactitude (Les normes canadiennes de la publicité, 2014). Ces critères sont bien souvent omis lorsqu'il est question de PSMA. Plusieurs PSMA sont

associés à de fausses promesses de perte de poids. De plus, les études sur lesquelles s'appuie l'industrie de l'amaigrissement pour montrer l'efficacité de ses produits comportent souvent des lacunes méthodologiques importantes. Cela remet grandement en question la véracité et l'exactitude des informations transmises (Geneslay, 2013; Halford et Harrold, 2012; Venne et collab., 2008).

Enfin, dans leur étude à propos des publicités de PSMA, Ertin et Özaltay (2011) déplorent le fait que plusieurs informations trompeuses sont appuyées par de faux experts et que les dangers de certains ingrédients naturels y sont également banalisés.

Impact des publicités de PSMA sur leur utilisation

Considérant le nombre élevé de publicités sur les produits amaigrissants dans les médias de masse, Cawley, Avery et Eisenberg (2011) se sont intéressés à l'impact de leur consommation auprès de la population en général. Pour ce faire, ils ont réalisé un sondage auprès de 59 000 femmes américaines. Il révèle qu'une plus grande exposition à des publicités trompeuses sur les produits amaigrissants est associée à une plus faible consommation de ces produits. Ceci s'expliquerait par le fait que, confrontée au caractère irréaliste des publicités, la consommatrice est sceptique à l'égard du produit. Par contre, les auteurs de l'étude font une distinction entre les publicités trompeuses qui nuisent aux ventes du produit et les publicités qui paraissent réalistes.

Ainsi, en général, plus une femme est exposée à des publicités qui lui semblent véridiques, plus elle s'en procurera et plus elle en consommera.

D'après les données d'une étude américaine (Fogel et Shlivko, 2010), les jeunes adultes qui ont des problèmes de poids sont significativement plus nombreux à recevoir des pourriels et à consulter les sites de ces pourriels vantant des PSMA que ceux qui ont un IMC normal. Ils vont aussi être plus nombreux à en acheter (18,5 % c. 5,2 %), à avoir une plus faible estime d'eux-mêmes et à souffrir d'un stress plus élevé.

Les coûts de la démarche : dépenses élevées encourues par les utilisateurs de PSMA

Il est important d'avoir l'information complète quant au coût total associé à la démarche de perte de poids et aux modalités de paiement (Dansereau-Trahan, 2009). L'analyse des PSMA réalisée en 2009 par l'ASPO montre que ces coûts sont élevés. De plus, dans le cas de certains PSMA, il est aussi laborieux d'estimer le coût total de la démarche (Dansereau-Trahan, 2009).

Au Québec, actuellement, il n'existe aucune donnée fiable à propos des coûts associés à l'ensemble des PSMA. À ce jour, seulement trois études américaines se sont penchées sur les coûts de certains programmes commerciaux de perte de poids (Witherspoon et Rosenzweig, 2004; Tsai et Wadden, 2005; Finkelstein et Kruger, 2014). Et une étude réalisée au Royaume-Uni montre que les

utilisateurs de PSMA dépensent, en moyenne, de 453 \$ à 1 049 \$ par année (Crayton, 2013).

Witherspoon et Rosenzweig (2004) ont notamment examiné les coûts (tableau 5) de trois programmes commerciaux associés à la perte de 23 ou 45 kilos par année : *Weight Watchers*, *Jenny Craig* et *LA Weight Loss*. Elles déplorent les inconvénients suivants : le coût initial, les promotions qui encouragent la possibilité d'effectuer sur le champ un engagement payé à l'avance ainsi que le coût des aliments et des suppléments de vitamines.

Tableau 5. Coûts estimés (en dollars américains) pour perdre du poids selon le programme commercial

Programme commercial	45 kilos par année	23 kilos par année
Jenny Craig	3 704 \$	1 964 \$
LA Weight Loss	1 823 \$	1 149 \$
Weight Watchers	692 \$	392 \$

Tsai et Wadden (2005) ont également examiné les coûts de neuf programmes commerciaux qui offrent du counselling en personne ou en ligne : *Weight Watchers*, *Jenny Craig*, *LA Weight Loss*, *Health Management Resources*, *OPTIFAST*, *Medifast/Take Shape for Life*, *eDiets.com*, *Take Off Pounds Sensibly* et *Overeaters Anonymous*. Ils constatent que ces

programmes sont associés à des coûts et à des taux d'attrition élevés.

L'étude de Finkelstein et Kruger (2014) a, quant à elle, examiné le rapport coûts-efficacité de trois programmes commerciaux (*Weight Watchers*, *Vtrim* et *Jenny Craig*) et de trois produits pharmaceutiques¹⁴ (*Qsymia*, *Lorcaserin* et *Orlistat*). Le coût moyen de perte de poids par kilogramme s'établit à 155 \$ pour *Weight Watchers*, 213 \$ pour *Vtrim* et 338 \$ (revenu élevé) et 424 \$ (revenu moyen) pour *Jenny Craig*.

À la lumière de ces études, les coûts d'utilisation des programmes analysés sont prohibitifs.

¹⁴ Aucune information sur les coûts-efficacité de ces produits n'est présentée dans ce document, car l'intérêt de l'état des lieux est de couvrir les PSMA et cela exclut les produits pharmaceutiques.

MESURES D'ENCADREMENT DES PSMA

Il ressort de cela que plusieurs informations trompeuses apparaissent dans les publicités de PSMA, particulièrement en ce qui concerne les données appuyées par de faux experts et la banalisation de certains ingrédients naturels (Ertin et Özaltay, 2011).

L'avis scientifique de l'INSPQ (Venne et collab., 2008) souligne qu'au Québec, l'encadrement législatif des PSMA est complexe, morcelé et incomplet. Il montre aussi que peu de normes régissent, au Canada et au Québec, les pratiques de commercialisation, l'innocuité et l'efficacité des PSMA. Seuls la qualité des produits, les contrats de vente de service, l'étiquetage et la publicité des PSMA sont soumis au contrôle de certaines lois fédérales et provinciales. Cependant, l'accès libre aux PSMA sur Internet fragilise l'encadrement de ces derniers.

Afin d'avoir un meilleur portrait de la réglementation existante au Canada et au Québec, on présente, sous forme de tableaux, les mesures d'encadrement existantes entourant les PSMA. Les informations colligées dans les tableaux comprennent les types de PSMA, la loi ou le règlement afférents, ce que la loi ou le règlement prévoient en matière de balises et d'encadrement, les observations ainsi que les problèmes soulevés.

Les tableaux présentés dans cette section couvrent :

- les produits amaigrissants;
- les programmes et services amaigrissants;
- l'étiquetage;
- la publicité.

Encadrement des produits pour le contrôle du poids

Types de PSMA	Substituts de repas, repas préemballés, régimes amaigrissants, médicaments en vente libre
Loi/règlement	<p>Loi sur les aliments et drogues (Gouvernement du Canada, 2014a).</p> <p>Article 3. (1) Il est interdit de faire, auprès du grand public, la publicité d'un aliment, d'une drogue, d'un cosmétique ou d'instrument à titre de traitement ou de mesure préventive d'une maladie, d'un désordre ou d'un état physique anormal énumérés à l'annexe A [obésité] ou à titre de moyen de guérison.</p> <p>Article 9. (1) Il est interdit d'étiqueter, d'emballer, de traiter, de préparer ou de vendre une drogue ou d'en faire la publicité d'une manière fausse, trompeuse ou mensongère ou susceptible de créer une fausse impression quant à sa nature, sa valeur, sa quantité, sa composition, ses avantages ou sa sûreté.</p>
Ce que la loi permet	On admet les réclames de médicaments favorisant la perte de poids à certaines conditions, par exemple s'il s'agit d'un médicament commercialisé dans le cadre d'un programme, d'un régime ou d'un traitement amaigrissant qui recommande une alimentation hypocalorique ainsi qu'une augmentation de l'activité physique; on doit indiquer clairement au consommateur que c'est la modification de l'apport alimentaire et de l'activité physique qui lui permettra de maigrir, et on doit préciser que, dans le cadre du traitement amaigrissant, le médicament aide à diminuer l'appétit et à suivre le régime plus facilement
Observations	<p>« Malgré la présence de cette loi, nous retrouvons sur les tablettes de nos pharmacies de nombreux produits qui ne sont pas des médicaments, mais qui prétendent faire perdre du poids » (Venne et collab., 2008).</p> <p>Les PSMA sont souvent associés à des fausses promesses sur la perte de poids (Dansereau-Trahan, 2009).</p>
Problèmes soulevés	<p>Met en doute l'efficacité de la loi et sa mise en application.</p> <p>Il faut que soit indiqué clairement sur le produit ou son emballage que celui-ci contribue à la perte de poids par certaines vertus (par ex., diminuer l'appétit), mais que c'est la modification de l'alimentation et de l'augmentation de l'activité physique qui permet de maigrir (Santé Canada 2003, dans Venne et collab., 2008).</p>

Types de PSMA	Produits de santé naturels (PSN)
Loi/règlement	<p>Règlement sur les produits de santé naturels (Gouvernement du Canada, 2014b).</p> <p>Article 5. La demande de licence de mise en marché est présentée au ministre et comporte les renseignements et documents suivants : (...)</p> <p>d) une liste qualitative des ingrédients non médicinaux qu'on se propose d'incorporer au produit de santé naturel ainsi que pour chacun de ces ingrédients, une mention indiquant à quelles fins l'ingrédient serait incorporé au produit</p> <p>f) les conditions d'utilisation recommandées du produit.</p> <p>g) les renseignements montrant l'innocuité et l'efficacité du produit lorsqu'il est utilisé selon les conditions d'utilisation recommandées</p> <p>h) le texte à utiliser sur chacune des étiquettes du produit</p> <p>i) un exemplaire des spécifications auxquelles le produit devra se conformer.</p> <p>Article 17. (1) Le ministre peut ordonner au titulaire, au fabricant, au distributeur ou à l'importateur de cesser la vente du produit de santé naturel dans l'un ou l'autre des cas suivants : (...)</p> <p>e) il a des motifs raisonnables de croire que le produit n'est pas emballé ou étiqueté conformément aux exigences prévues à la partie 5.</p> <p>Article 93. (...) les étiquettes intérieures et extérieures d'un produit de santé naturel doivent comporter les renseignements suivants à l'égard de celui-ci :</p> <p>b) (x) les mentions du risque, notamment toutes précautions, mises en garde, contre-indications et réactions indésirables connues liées à l'utilisation du produit</p>
Ce que la loi permet	<p>Ce règlement prévoit un processus de demande de licence de mise en marché des PSN. Cette demande de licence doit comporter, entre autres, des renseignements sur l'innocuité et l'efficacité du produit lorsqu'il est utilisé selon les conditions d'utilisation recommandées (Article 5) (Gouvernement du Canada, 2003). Le Règlement spécifie aussi que le texte utilisé sur les étiquettes intérieures ou extérieures du produit doit inclure « les mentions de risques, notamment toutes précautions, mises en garde, contre-indications et réactions indésirables connues à l'utilisation du produit » (Article 93) (Gouvernement du Canada, 2003). Finalement, le Règlement prévoit que le ministre peut ordonner d'annuler la vente d'un produit dont le titulaire ne fournit pas de renseignements et documents suffisants pour démontrer que le produit est sûr lorsqu'il est utilisé selon les conditions d'utilisation recommandées (Article 17) (Gouvernement du Canada, 2003).</p>
Observations	<p>L'efficacité des produits de santé naturels pour la perte de poids est remise en question par plusieurs études (Geneslay, 2013; Venne et collab., 2008; Halford et Harrold, 2012).</p> <p>Plusieurs chercheurs révèlent que les produits de santé naturels pour la perte de poids sont potentiellement dangereux pour la santé (Ertin et Özaltay, 2011; Nazeri et collab., 2009; Yen et Ewald, 2012).</p> <p>Certains chercheurs montrent que les produits de santé naturels peuvent contenir des ingrédients qui n'étaient pas indiqués au départ sur le produit et des substances dont les doses pouvaient varier d'un produit à l'autre (Rebière et collab., 2012; Newmaster et collab., 2013).</p>
Problèmes soulevés	<p>Actuellement, il y a une incohérence entre certaines fiches homologuées du produit par Santé Canada et les étiquettes du produit ou la publicité qui y est rattachée.</p> <p>Les effets secondaires des produits de santé naturels pour la perte de poids ne sont pas toujours inscrits sur l'étiquette.</p>

Encadrement de l'étiquetage

Types de PSMA	Tous les PSMA
Loi/règlement	Loi sur l'emballage et l'étiquetage des produits de consommation (Gouvernement du Canada, 2014e). Article 7. (1) Le fournisseur ne peut apposer sur un produit un étiquetage qui contient de l'information fautive ou trompeuse se rapportant au produit – ou pouvant raisonnablement donner cette impression –, ni vendre, importer ou annoncer un produit ainsi étiqueté.
Ce que la loi permet	La loi exige la présence d'informations obligatoires sur les étiquettes. Il y a aussi le règlement sur l'étiquetage nutritionnel des aliments qui assure l'uniformité de la méthode d'étiquetage et d'emballage des produits préemballés de consommation (produits vendus au détail) dont certains sont des PSMA : par exemple les barres de céréales de substituts de repas. Ces mesures devraient permettre aux consommateurs de faire un choix éclairé.
Observations	Plusieurs informations essentielles ne sont pas disponibles sur les étiquettes du produit telles que les interactions avec les médicaments, les autres ingrédients et les aliments, ainsi que les contre-indications. La liste d'ingrédients est parfois incomplète et la quantité des ingrédients actifs non indiquée. Les PSMA sont souvent associés à de fausses promesses sur la perte de poids (Dansereau-Trahan, 2009).
Problèmes soulevés	Sans le savoir, le consommateur peut utiliser certains produits potentiellement nocifs et en subir les conséquences graves, parfois même mortelles.

Types de PSMA	Substituts de repas et produits alimentaires
Loi/règlement	Règlement sur l'étiquetage nutritionnel des aliments (Gouvernement fédéral, 2003) Le 12 décembre 2002, des modifications ont été apportées au <i>Règlement sur les aliments et drogues</i> , afin de rendre obligatoire l'étiquetage nutritionnel pour la plupart des aliments préemballés, de mettre à jour les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et de permettre l'utilisation d'allégations relatives à la santé reliées au régime alimentaire. Depuis décembre 2005, l'étiquetage nutritionnel est obligatoire pour la plupart des aliments préemballés (http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/label-etiquet/nutrition/reg/index-fra.php) Santé Canada réglemente l'étiquetage des produits alimentaires au Canada par le biais de la <u>Loi sur les aliments et drogues</u> . Le règlement publié le 1er janvier 2003 : <ul style="list-style-type: none"> • rend l'étiquetage nutritionnel obligatoire pour la plupart des aliments; • met à jour les exigences régissant les allégations sur la valeur nutritive; • autorise, pour la première fois au Canada, les allégations santé reliées au régime alimentaire (http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/label-etiquet/index-fra.php).
Ce que la loi permet	Assure l'uniformité de la méthode d'étiquetage et d'emballage des produits préemballés de consommation (produits vendus au détail). Les étiquettes devraient permettre aux consommateurs de faire un choix éclairé (Venne et collab., 2008).
Observations	Certaines informations essentielles peuvent être manquantes sur les étiquettes des substituts de repas et sur les produits alimentaires pour la perte de poids (par ex. liste d'ingrédients incomplets sur l'étiquette) (Venne et collab., 2008).
Problèmes soulevés	Absence d'informations essentielles

Encadrement de la publicité

Types de PSMA	Tous les PSMA
Loi/règlement	Loi sur la concurrence (loi fédérale)
Ce que la loi permet	Elle contient certaines dispositions qui se rapportent à la publicité trompeuse en interdisant de façon générale l'utilisation de toute indication fausse ou trompeuse. Toutefois, elle ne contient pas de normes facilement vérifiables à partir desquelles une certaine conformité peut être validée.
Observations	<p>Encouragement « la prestation de renseignements suffisants pour permettre des décisions d'achat éclairées » (RQASF, s.d.).</p> <p>La Loi sur la concurrence n'est pas une loi de protection des consommateurs. Les plaintes ne sont pas traitées sur une base individuelle. Elle vise plutôt à arrêter, modifier ou corriger des pratiques qui existent dans l'industrie en général ou dans une branche donnée. Les parties VI et VII traitent des indications et des pratiques commerciales trompeuses.» (RQASF, s.d.).</p> <p>Chaque plainte est examinée, mais ne donne pas nécessairement lieu à une enquête. Seules les affaires qui semblent avoir un impact plus important sur le marché font l'objet d'une investigation. On tente de dégager des tendances (RQASF, s.d.).</p> <p>Le régime criminel représente les cas les plus flagrants : il faut prouver hors de tout doute raisonnable que l'indication donnée est fausse et trompeuse. Les délais peuvent être assez longs, car le Bureau soumet les affaires criminelles au procureur général du Canada.</p> <p>Concernant le régime civil : « le fardeau de la preuve incombe alors à l'entreprise ou à la personne qui a donné l'indication trompeuse. Cependant, l'indication trompeuse doit être assez déterminante pour avoir une incidence sur la décision d'achat du public consommateur » (RQASF, s.d.).</p>
Problèmes soulevés	Fardeau de la preuve repose sur les consommateurs.

Types de PSMA	Tous les PSMA
Règlement volontaire Élaboré par l'industrie de la publicité en 1963 afin de promouvoir une pratique professionnelle de la publicité, le Code est la pierre angulaire de l'autoréglementation de la publicité au Canada http://www.adstandards.com/fr/Standards/thecode.aspx	Code canadien des normes de la publicité (Les normes canadiennes de la publicité, 2014) Article 1. Véracité, clarté, exactitude (a) les publicités ne doivent pas comporter d'allégations, de déclarations, d'illustrations ou de représentations inexactes, mensongères ou trompeuses, énoncées directement ou implicitement quant à un ou des produits ou à un ou des services identifiés ou identifiables. (b) une publicité ne doit pas omettre une information pertinente de façon à être ultimement mensongère. (c) tous les détails pertinents se rapportant à une offre annoncée doivent être clairement énoncés et compréhensibles. (e) tant en principe qu'en pratique, toutes les allégations ou représentations faites dans la publicité doivent être fidèles à la réalité. Si ce qui vient appuyer une allégation ou une représentation repose sur un test ou sur des données de recherche, lesdites données doivent être bien établies et fiables, et doivent répondre aux principes reconnus en matière de conception et de réalisation de recherche (...). Article 3. Indications de prix (a) aucune publicité ne comportera d'indications, de prix ou de rabais, mensongères ni de comparaisons irréalistes quant aux prix ni de déclarations exagérées quant à la valeur ou aux avantages du produit ou du service en cause. (...).
Ce que la loi permet	On y retrouve 14 dispositions qui traitent des questions relatives à des pratiques publicitaires responsables, telles que l'exactitude et la clarté, les techniques publicitaires déguisées, les indications de prix, la sécurité, les descriptions et les représentations inacceptables, la publicité destinée aux enfants. Ces critères d'évaluation permettent de déterminer si une publicité est acceptable ou pas lorsque vient le temps de procéder à l'examen et à l'évaluation des plaintes des consommateurs.
Observations	Les PSMA sont souvent associés à de fausses promesses sur la perte de poids (Dansereau-Trahan, 2009).
Problèmes soulevés	Aucune de ces dispositions ne vise spécifiquement les PSMA, toutefois, leur publicité pourrait enfreindre le code. L'efficacité des produits de santé naturels pour la perte de poids est remise en question par plusieurs études. Souvent, des lacunes méthodologiques remettent en cause la véracité des résultats (Geneslay, 2013; Venne et collab., 2008; Halford et Harrold, 2012). Actuellement, il existe une incohérence entre certaines fiches homologuées du produit par Santé Canada et les étiquettes du produit ou la publicité qui y sont rattachées. Les effets secondaires des produits de santé naturels pour la perte de poids ne sont pas toujours inscrits sur l'étiquette. Le fardeau de la preuve repose sur le consommateur.

Différents acteurs ont émis des recommandations pour améliorer l'encadrement des PSMA. Concernant l'étiquetage des produits, une équipe de chercheurs mentionne l'importance d'avoir sur les étiquettes des produits de santé naturels la liste exhaustive des ingrédients contenus dans le produit, ainsi que la quantité exacte de chacun des ingrédients qui la composent et des avertissements sur

leurs effets indésirables potentiels (Tarantino et collab., 2009).

Freedhoff et Sharma (2009) demandent, quant à eux, « (...) au gouvernement fédéral d'exiger que les fournisseurs de produits et services d'amaigrissement garantissent la qualité et fournissent aux consommateurs un moyen de reconnaître facilement les services fondés sur des données probantes ». Selon

eux, il faut que, parallèlement à ces actions, des lois soient adoptées pour soumettre les PSMA à une approbation réglementaire avant qu'ils ne soient sur le marché.

Enfin, le Gouvernement du Québec (2010), mentionne qu'il faudrait assurer un meilleur contrôle de la publicité entourant les PSMA en plus d'adopter une meilleure réglementation des PSMA tant au niveau provincial que fédéral.

CONCLUSION

Il existe actuellement sur le marché une surabondance de PSMA. Dans la majorité des cas, ils ne s'appuient pas sur des principes rigoureusement scientifiques et font souvent l'objet de pratiques commerciales malhonnêtes.

C'est une industrie fort lucrative : dans le monde, elle représentait, en 2014, un marché de 148,1 milliards de dollars américains et de 6,09 milliards de dollars seulement au Canada (Marketsandmarkets Research, 2015a et b).

D'autre part, **la perte de poids associée aux PSMA est rarement maintenue à long terme.** Chez plusieurs individus, il en résulte des cycles récurrents de perte et de gain de poids avec un fort potentiel de séquelles physiques et psychologiques pouvant aller jusqu'à la dépression, la préoccupation excessive à l'égard de son poids, et aux troubles alimentaires.

Loin d'améliorer la situation, l'industrie de l'amaigrissement sous toutes ses formes augmente la prévalence de l'obésité et vient annihiler les mesures gouvernementales de santé publique mise en place pour réduire cette prévalence. (Freedhoff et Sharma, 2010; Neumark-Sztainer et collab., 2012; Savage et Birch, 2010). Par ailleurs, mieux comprendre la problématique des PSMA devint impératif, en raison notamment du nombre croissant de leurs utilisateurs : près d'un Québécois sur dix aurait eu recours à un régime, un programme ou une mesure jugée potentiellement dangereuse (jeûne, prise de laxatifs, etc.) (Cazale et collab., 2011).

Bon nombre de PSMA véhiculent de fausses croyances en promettant une perte de poids rapide et sans effort. Peu de ces produits ou méthodes prévoient un encadrement personnalisé, assuré par des professionnels de la santé.

La littérature scientifique montre par ailleurs que la perte de poids constitue rarement la cible d'intervention à privilégier. Le surpoids doit être considéré comme la manifestation observable d'un ensemble de facteurs biopsychosociaux. Il s'avère plus bénéfique de miser sur une bonne condition physique et métabolique, peu importe le poids. Il existe actuellement un important corpus de littérature scientifique qui montre clairement que la plupart des maladies chroniques reliées à l'obésité peuvent être traitées efficacement, sans perte de poids (Robinson, 2005).

Sur le plan clinique, les professionnels de la santé gagneraient davantage à miser sur une approche basée sur le nouveau paradigme qui prône la santé à tous les poids (*health at every size*) (Robinson, 2005; Bacon et Aphramor, 2011; Tylka et collab., 2014).

Robinson (2005) stipule en effet qu'en ne favorisant pas la perte de poids comme un objectif principal, on contribue à protéger les générations futures du risque de développer des troubles de l'alimentation ou une préoccupation excessive à l'égard de leur poids ou de leur image corporelle.

Enfin, l'un des problèmes majeurs des PSMA se cristallise dans la perception de l'image, du concept de la beauté et de la minceur, véhiculée par l'industrie de l'amaigrissement qui utilise et récupère à son profit des messages de santé pour faire la promotion de ses produits et services.

Cet état des lieux met en évidence l'urgence d'agir sur le dossier des PSMA pour protéger la santé de la population québécoise. Force est d'admettre que l'encadrement et la réglementation actuels sont inadéquats pour s'attaquer à l'ensemble des aspects problématiques des PSMA. **Il faut que tous les acteurs de la société civile et des gouvernements se mobilisent pour agir de manière concertée pour faire face à une industrie en pleine croissance et qui sait s'adapter rapidement au marché.**

Références

Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) (novembre 2010). Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement. Rapport d'expertise collective, édition scientifique. France.

Agence de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) (juillet 2012). Évaluation des risques liés à l'utilisation de produits santé à des fins d'amaigrissement – Rapport d'expertise.

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) (juillet 2015). Évaluation des risques liés à l'utilisation de produits de santé à des fins d'amaigrissement - Rapport d'expertise.

Al-Safi, S.A., N.M. Ayoub, A.M. Ayoub, E. Al-Momany, I. Al-Dodhim, M. Al-Balas, A.S. Alkofahi, F.H. Aboul-Enein et B.H. Aboul-Enein (2008). Public awareness of the abuse of herbs and drugs to decrease body weight: a novel national survey in Jordan, *Journal of Public Health*, 16, 205-213. DOI: 10.1007/s10389-007-0166-5

Anderson, J.W., E.C. Konz, R.C. Frederich et C.L. Wood (2001). Long-term weight-loss maintenance: a meta-analysis of US studies, *American Journal of Clinical Nutrition*, 74:579-584.

Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) (2004a). *Maigrir pour le meilleur et non le pire*. Montréal.

Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) (2004b). *Les problèmes reliés au poids : un appel à l'action*, Groupe de

travail provincial sur la problématique du poids, Montréal.

Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) (2005). *Les problèmes reliés au poids : un appel à la mobilisation*, Groupe de travail provincial sur la problématique du poids, Montréal.

Aubé, S. et C. Thoër (2010). La construction des savoirs relatifs aux médicaments sur Internet : étude exploratoire d'un forum sur les produits amaigrissants utilisés sans supervision médicale. Dans Renaud, L. *Les médias et la santé : de l'émergence à l'appropriation des normes sociales* (p. 239-266). Coll. « Santé et société ». Québec : presses de l'Université du Québec.

Bacon, L. et L. Aphramor (2011). Weight science: evaluating the evidence for a paradigm shift, *Nutrition Journal*, 10(9) : 1-13.

Bonfrate, L., D. Q-H Wang, G Garruti et P. Portincasa (2014). Obesity and the risk and prognosis of gallstone disease and pancreatitis, *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 28(4) : 623-636.

Booth, D.A. et A. Nouwen (2010). Satiety – no way to slim, *Appetite*, 1-14.

Bosomworth, N.J. (2012). Les inconvénients de perdre du poids. Intervention réaliste dans la trajectoire pondérale, *Canadian Family Physician – Le médecin de famille canadien*, 58 : e246-e253.

Bray, G.A. (2008). Are non-prescription medications needed for weight control?, *Obesity*, 16(3), 509-514.

Brown, I. et S.W. Flint (2013). Weight bias and the training of health professionals to

better manage obesity: what do we know and what should we do?, *Current Obesity Reports*, 2:333-340.

Buchanan, R. et R.D. Beckett (2013). Green coffee for pharmacological weight loss, *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 18(4), 309-313.

Camirand, H., L. Cazale et M. Bordeleau (2015). Les élèves du secondaire sont-ils satisfaits de leur apparence corporelle?, Institut de la statistique du Québec, *Zoom santé*, No 49.

Cawley, J., R. Avery et M. Eisenberg (2011). *The effect of advertising and deceptive advertising on consumption: the case of over-the-counter weight loss products*. Working Paper. http://www.iza.org/conference_files/riskonomics2011/cawley_j6697.pdf.

Cazale, L., R. Dufour, L. Mongeau et S. Nadon (2010). Statut pondéral et utilisation de produits ou moyens amaigrissants. Dans Institut de la statistique du Québec (ISQ). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*. (chapitre 7, 131-158). Québec : Gouvernement du Québec.

Cazale, L., R. Dufour, G. Marois, L. Mongeau et M.-C. Paquette (2011, novembre). Le recours à des méthodes présentant un potentiel de dangerosité pour la santé est-il répandu chez les Québécois qui tentent de perdre du poids ou de maintenir leur poids? Institut de la santé du Québec, *Zoom santé*, N° 30, 1-8.

Cazale, L., M.-C. Paquette et F. Bernèche (2012). Poids, apparence corporelle et actions à l'égard du poids. Dans Institut de la statistique du Québec (ISQ). *L'Enquête*

québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Tome 1 Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé physique et leurs habitudes de vie. (Chapitre 5, 121-148). Québec : Gouvernement du Québec.

Chang, Y.Y. et W.-B. Chiou (2014). The liberating effect of weight loss supplements on dietary control: A field experiment, *Nutrition*, 30, 1007-1010.

Chaput, J.-P., Z.M. Ferraro, D. Prud'homme et A.M. Sharma (2014). Widespread misconceptions about obesity, *Canadian Family Physician - Le Médecin de famille canadien*, 60 : 973-975.

Chen G.C., V.S. Ramanathan, D. Law, P. Funchain, G.C. Chen, S. French, B. Shlopov, V. Eysselein, D. Chung, S. Reicher et B.V. Pham (2010). Acute liver injury induced by weight-loss herbal supplements, *World Journal of Hepatology*, 2(11), 410-415 Disponible sur : URL : <http://www.wjgnet.com/1948-5182/full/v2/i11/410.htm>

Chiou, W.B., C.C. Yang et C.S. Wan (2011). Ironic effects of dietary supplementation illusory invulnerability created by taking dietary supplements licenses health-risk behaviors, *Psychological Science*, 22(8), 1081-1086.

Crayton, A.M. (2013) Uptake and choice of commercial weight loss products and services by adults in the UK, Durham theses, Durham University. Available at Durham E-Theses Online : <http://etheses.dur.ac.uk/9447/>

Dansereau-Trahan, É. (2009). État de situation des produits, services et moyens amaigrissants 2008/2009. Montréal : Association pour la santé publique du Québec, 69 p.

Dara, L., J. Hewett et J.K. Lim (2008). Hydroxycut hepatotoxicity : A case series and review of liver toxicity from herbal weight loss supplements, *World Journal of Gastroenterology*, 14(45), 6999-7004.

De Matos, M.G., L. Calmeiro et D. Da Fonseca (2009). Effet de l'activité physique sur l'anxiété et la dépression, *La presse médicale*, 38(5), 734-739.

Dietz, W.H., L.A. Baur, K. Hall, R.M. Puhl, E.M. Taveras, R. Uauy et P. Kopelman (2015). Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care, *The Lancet*, DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61748-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61748-7)

Dulloo, A.G., J. Jacquet, J. Seydoux et J.-P. Montani (2012). Comment les régimes amaigrissants font grossir : d'une perspective d'autorégulation de la composition corporelle, *Cahiers de nutrition et de diététique*, 48, 15-25.

Dulloo, A.G. et J.-P. Montani (2015). Pathways from dieting to weight regain, to obesity and to the metabolic syndrome: an overview, *Obesity Review*, 16(Suppl. 1) : 1-6.

Egras, A.M., W.R. Hamilton, T.L. Lenz et M.S. Monaghan (2010). An evidence-based review of fat modifying supplemental weight loss products, *Journal of Obesity*, 2011 (article ID 297315, 1-7. DOI : 10.1155/2011/297 315

ÉquiLibre (2013). *Cahier spécial : les différences entre les hommes et les femmes*. Consulté le 18 mars 2014 au <http://equilibre.ca/salle-de-presse/actualites/article/2013/01/cahier-special-les-differences-entre-les-hommes-et-les-femmes/>

Értin, H. et B. Özaltay (2011). Some ethical reflections on weight-loss diets, *Turkish Journal of Medical Sciences*, 41(6), 951-957. DOI : 10.3906/sag-1012-1344.

Étude NutriNet-Santé (2010). Consulté le 2 mars 2015 au <https://www.étude-nutrinet-sante.fr/fr/common/login.aspx>

Finklestein, E.A. et E. Kruger (2014). Meta-and cost-effectiveness analysis of commercial weight loss strategies, *Obesity*, 22(9) : 1942-1951.

Fogel, J. et S. Shlivko (2010). Weight problems and spam e-mail for weight loss products, *Southern Medical Journal*, 103(1), 31-36.

Freedhoff, Y. et A.M. Sharma (2009). « Perdre 20 kilos en 4 semaines » : la réglementation des programmes commerciaux d'amaigrissement s'impose, *Canadian Medical Association Journal*, 180(4), 368.

Freedhoff, Y. et A.M. Sharma (2010). Best weight a practical guide to office-based obesity management. Canada : *Canadian Obesity Network*, 100p.

Geneslay, A. (2013). Intérêt des compléments alimentaires à base de plantes, dans les régimes amaigrissants. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie, Université d'Angers, Maine-et-Loire, France.

Gibson-Moore, H. (2010). Do slimming supplements work?, *Nutrition Bulletin*, 35 : 300-303.

Goldfield, G. S., C. Moore, K. Henderson, A. Buchholz, N. Obeid et M.F. Flament (2010). Body dissatisfaction, dietary restraint, depression, and weight status in

adolescents, *Journal of School Health*, 80(4), 186-192.

Gouvernement du Canada. (2003). Loi sur les aliments et drogues, Règlement sur les produits de santé naturels. C.P 2003-847.

Gouvernement du Canada. (2014). Loi sur les aliments et drogues. <http://laws-lois.justice.gc.ca>

Gouvernement du Québec. (2010). Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2010-2013. Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Gouvernement du Québec. (2014a). Loi sur la protection du consommateur. Consulté le 3 mars 2014 au http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/a.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/dynamic/Search/telecharge.php?type=2&file=/P_40_1/P40_1.html

Gouvernement du Québec. (2014 b). Votre régime passe-t-il le test? Conseils pour évaluer une méthode d'amaigrissement. Consulté le 10 avril 2014 au <http://www.saineshabitudesdevie.gouv.qc.ca/index.php?votre-regime-passe-t-il-le-test>

Gravel, K., S. Lemieux et V. Provencher (2011). Stigmatisation liée au poids corporel : Quoi? Pourquoi? Comment?, *Bulletin de santé publique*, http://static1.squarespace.com/static/53bf3e82e4b0a131cc9a9359/t/53fd2e53e4b04ec108173d93/1409101395707/Karine_Gravel_Stigmatisation_li%C3%A9e_au_poids_corporel.pdf

Hainer, V., H. Toplak et V. Stich (2009). Fat or fit : what is more important?, *Diabetes Care*, 32(Suppl. 2) : S392-S397.

Halford, J.C. et J.A. Harrold (2012). Satiety-enhancing products for appetite control: science and regulation of functional foods for weight management, *Proceedings of the Nutrition Society*, 71, 350-362.

Hansel, B., P. Giral, A. Coppola-Xaillé, G. Monfort, M. Regnault et E. Bruckert (2011). L'enquête Internet nationale « Dukan, et après? » : premiers résultats, *Obésité*, 6, 146-153.

Harrington, M., S. Gibson et R.C. Cottrell (2009). A review and meta-analysis of the effect of weight loss on all-cause mortality risk, *Nutrition Research Review*, 22(1) : 93-108.

Herriot, A.M., D.E. Thomas, K.H. Hart, J. Warren et H. Truby (2008). A qualitative investigation of individuals' experiences and expectations before and after completing a trial of commercial weight loss programmes, *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 21(1), 72-80.

Hill, J.O., H.R. Wyatt et J.C. Peters (2012). Energy balance and obesity, *Circulation*, 126(1) : 126-132.

International Association for the Study of Obesity (IASO) (2010). New research finds no evidence that popular slimming supplements facilitate weight loss. ICO 2010 – The 11th International Congress on Obesity, Stockholm 11-15 July 2010.

Ipsos Reid (2010). Natural health product tracking survey – 2010 Final report, prepared for Health Canada.

Johansson, K., J. Sundström, C. Marcus, E. Hemmingsson et M. Neovius (2014). Risk of symptomatic gallstones and cholecystectomy after a very-low-calorie diet or low-calorie

diet in a commercial weight loss program: 1-year matched cohort study, *International Journal of Obesity*, 38:279-284.

Johnston, B.C., S. Kanters, K. Bandayrel, P. Wu, F. Najji, R.A. Siemieniuk, G.D.C. Ball, J.W. Busse, K. Thorlund, G. Guyatt, J.P. Jansen et E.J. Mills (2014). Comparison of weight loss among named diet programs in overweight and obese adults, *JAMA*, 312(9) : 923-933.

Kakinami, L., L. Gauvin, T.A. Barnett et G. Paradis (2014). Trying to lose weight. The association of income and age to weight-loss strategies in the U.S., *American Journal of Preventive Medicine*, 46(6) : 585-592.

Kraschnewski, J.L., J. Boan, J. Esposito, N.E. Sherwood, E.B. Lehman, D.K. Kephart et C.N. Sciamanna (2010). Long-term weight loss maintenance in the United States, *International Journal of Obesity*, 34:1644-1654.

Krishna, Y.R., V. Mittal, P. Grewal, M.I. Fiel et T. Schiano (2011). Acute liver failure caused by « fat burners » and dietary supplements: A case report and literature review, *Canadian Journal of Gastroenterology*, 25(3), 157-160.

Krska, J., C. Lovelady, D. Connolly, S. Parmar et M.J. Davies (2010). Community pharmacy contribution to weight management: identifying opportunities, *Journal Compilation*, 18, 7-12. DOI : 10.1211/ijpp/18.01.0003

Kushner, R.F. et D.H. Ryan (2014). Assessment and lifestyle management of patients with obesity. Clinical recommendations from systematic review, *JAMA*, 312(9), 943-952.

Lachenmeier, D.W., S. Löbell-Behrends, W. Böse, W. et G. Marx (2013). Does European Union food policy privilege the internet market ?, Suggestions for a specialized regulatory framework, *Food Control*, 30, 705-713.

Lam, P.K., K.S. Leung, T.W. Wong, H.H.C. Lee, M.H.Y. Tang et T.W.L. Mak (2012). Serotonin syndrome following overdose of a non-prescription slimming product containing sibutramine: a case report, *Human and Experimental Toxicology*, 31(4), 414-417.

Les normes canadiennes de la publicité (NPC). (2014, février). Les normes canadiennes de la publicité: Le code canadien des normes de la publicité. Montréal: Les normes canadiennes de la publicité, 8 p.

Machado, E.C., M. Freitas da Silveira et V.M. Freitas da Silveria (2012). Prevalence of weight-loss strategies and use of substances for weight-loss among adults: a population study, *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 28(8), 1439-1449.

Malboeuf, M.-C. (2014). Le gros piège des produits amaigrissants, La Presse publié le 17 février 2014. Consulté le 11 mars 2015 <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/2014/02/17/01-4738865-le-gros-piege-des-produits-amaigrissants.php>

Marketsandmarkets Research (2015a). Weight loss and weight management market by equipment (fitness equipment (treadmill, stair steppers)), surgical equipment (adjustable gastric band, gastric bypass), diet (weight loss meals, diet soft drinks), weight loss services – Forecast to 2019. Consulté le 12 mars 2015 au <http://www.marketsandmarkets.com/Market>

-Reports/weight-loss-obesity-management-market-1152.html

Marketsandmarkets Research (2015b). Canadian weight loss and weight management market – Forecast to 2019.

Matheson, E.M., D.E. King et C.J. Everett (2011). Healthy lifestyle habits and mortality in overweight and obese individuals, *Journal of the American Board of Family Medicine*, 25(1) : 9-15.

Mayot, Raymonde M.-H. (2010). *Efficacité, innocuité et modalités d'utilisation du jeûne modifié aux protéines*. Revue de littérature, Rapport préparé pour l'AETMIS; Vol. 6 : N° 3.

McAuley, P.A. et S.N. Blair (2011). Obesity paradoxes, *Journal of Sports Sciences*, 29(8) : 773-782.

McCombie, L., M. Lean et D. Haslam (2012). Effective UK weight management services for adults, *Clinical Obesity*, 2(3-4), 96-102.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2006). *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012. Investir dans l'action*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Müller, D., W. Weinmann et M. Hermanns-Clausen (2009). Chinese Slimming Capsules Containing Sibutramine Sold Over the Internet, *Deutsches Ärzteblatt International*, 106(13), 218-222.

Nazeri, A., A. Massumi, J.M. Wilson, C.M. Frank, M. Bensler, J. Cheng, M. Saeed, A. Rasekh et M. Razavi (2009). Arrhythmogenicity of weight-loss

supplements marketed on the Internet, *Heart Rhythm Society*, 6, 658-662.

Neumark-Sztainer, D., M. Wall, M. Story et A.R. Standish (2012). Dieting and unhealthy weight control behaviors during adolescence: associations with 10-year changes in body mass index, *Journal of Adolescence Health*, 50(1), 80-86. DOI : 10.1016/j.jadohealth.2011.05.010

Newmaster, S.G., M. Grguric, D. Shanmughanandhan, S. Ramalingam et S. Ragupathy (2013). DNA barcoding detects contamination and substitution in North American herbal products, *BMC Medicine*, 11, 222.

Odgen, J. (1992). *Fat chance! The myth of dieting explained*. London : Routledge.

Odgen, J. (2010). *The psychology of eating. From healthy to disordered behavior*, Second edition. West Sussex : Wiley-Blackwell Press.

Onakpova, I., R. Terry et E. Ernst (2010a). The use of green coffee extract as a weight loss supplement: a systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials, *Gastroenterology Research and Practice*, 2011:1-6.

Onakpova, I., H.S. Kang, P. Rachel, W. Barbara et E. Edzard (2010b). The use of Garcinia extract (hydroxycitric acid) as a weight loss supplement: a systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials, *Journal of Obesity*, 2011:1-9 <http://dx.doi.org/10.1155/2011/509038>

Onakpova, I., Hunt, K., Wider, B. et Ernst, E. (2014). Pyruvate supplementation for weight loss: a systematic review and meta-analysis

of randomized clinical trials, *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 54:17-23.

Organisation mondiale de la Santé (2012). La menace croissante des contrefaçons de médicaments. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé. Consulté le 17 février 2015 au <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/4/10-024010/fr/>

Pagoto, S.L. et B.M. Appelhans (2013). A call for an end to the diet debates, *JAMA*, 310(7) : 687-688.

Paquette, M.-C. (2012). Que sont les PSMA?, *Investir pour l'avenir – Bulletin national d'information*, Gouvernement du Québec, 4(3) : 23.

Pietiläinen, K.H., S.E. Saarni, J. Kaprio et A. Rissanen (2012). Does dieting make you fat? A twin study, *International Journal of Obesity*, 36, 456-464.

Pillitteri, J., S. Shiffman, J. Rohay, A.M. Harkins, S.L. Burton et T.A. Wadden (2008). Use of dietary supplements for weight loss in the United States: results of a national survey, *Obesity Journal*, 16(4), 790-796. DOI : 10.1038/oby.2007.136

Provincial Health Services Authority (2013). Technical Report : From weight to well-being: time for a shift in paradigms? A discussion paper in the inter-relationships among obesity, overweight, weight bias and mental well-being. Population and Public Health Program, Provincial Health Services Authority, Vancouver, Canada.

Pulh, R. (2009). Stigmatisation de l'obésité : causes, effets et quelques solutions pratiques, *DiabetesVoice*, 54(1) : 25-28.

Purcell, K., P. Sumithran, L.A. Prendergast, C.J., Bouniu, E. Delbridge et J. Proetto (2014). The effect of rate weight loss on long-term weight management: a randomised controlled trial, *Lancet Diabetes Endocrinology*, 2(12) : 954-962.

Rebière, H., P. Guinot, C. Civade, P.-A. Bonnet et A. Nicolas (2011). Detection of hazardous weight-loss substances in adulterated slimming formulations using ultra-high-pressure liquid chromatography with diode-array detection, *Food Additives and Contaminants*, 28.

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF). (s.d.). Industrie de l'amaigrissement : la nécessité d'une réglementation.

Roberto, C. A., B. Swinburn, C. Hawkes, T. T.-K. Huang, S. A. Costa, M. Ashe, L. Zwicker, J. H. Cowley et K. D. Brownell (2015). Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking, *The Lancet*, DOI : [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61744-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61744-X)

Robinson, J. (2005). Health at every size: toward a new paradigm of weight and health, *Medscape General Medicine*, 7(3) : 13.

Sack, F.M., G.A. Bray, V.J. Carey, S.R. Smith, D.H. Ryan, S.D. Anton, K. McManus, C.M. Champagne, L.M. Bishop, N. Laranjo, M.S. Leboff, J.C. Rood, L. de Jonge, F.L. Greenway, C.M. Loria, E. Obarzanek et D.A. Williamson (2009). Comparison of weight-loss diets with different compositions of fat, protein, and carbohydrates, *The New England Journal of Medicine*, 360(9) : 859-873.

Santé Canada (2006). Obésité. Consulté le 5 mars 2015 au http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/pacrb-dgapcr/pdf/iyh-vsv/life-vie/obes-fra.pdf

Savage, J.S. et Birch, L.L. (2010). Patterns of weight control strategies predict differences in women's 4-year weight gain, *Obesity*, 18(3), 513-520.

Savage, J.S., L. Hoffman et L.L. Birch (2009). Dieting, restraint, and disinhibition predict women's weight change over 6 year, *The American Journal of Clinical Nutrition*, 90(1), 33-40.

Schartz, M.B., H. O'Neal Chambliss, K.D. Brownell, S.N. Blair et C. Billington (2003). Weight bias among health professionals specializing in obesity, *Obesity Research*, 11(9) : 1033-1039.

Sciamanna, C.N., M Kiernan, B.J. Rolls, J. Boan, H. Stuckey, D. Kephart, C.K. Miller, G. Jensen, T.J. Hartmann, E. Loken, K.O. Hwang, R.J. Williams, M.A. Clark, J.R. Schubart, A.M. Nezu, E. Lehman et C. Dellasega (2011). Practices associated with weight loss versus weight-loss maintenance – Results of a National Survey, *American Journal of Preventive Medicine*, 41(2) : 159-166.

Société Française de Nutrition du Sport (2009). Recommandations de la Société Française de Nutrition du Sport sur l'usage des compléments et suppléments alimentaires chez le sportif, Comité scientifique.

Stokes, C.S., L.L. Glud, M. Casper et F. Lammert (2014). Ursodeoxycholic acid and diets higher in fat prevent gallbladder stones during weight loss: a meta-analysis of randomized controlled trials, *Clinical*

Gastroenterology and Hepatology, 12:1090-1100.

Sumithran, P. et J. Proietto (2013). The defence of body weight: a physiological basis for weight regain after weight loss, *Clinical Science*, 124:231-241.

Tarantino, G., M.G. Pezzullo, M.N.D. di Minno, F. Milone, L.S. Pezzullo, M. Milone et D. Capone (2009). Drug-induced liver injury due to « natural products » used for weight loss : A case report, *World Gastroenterology*, 15(19), 2414-2417.

The Look AHEAD Research Group (2014). Eight-year weight losses with an intensive lifestyle intervention: The Look AHEAD Study, *Obesity*, 22(1) : 5-13.

Tiggemann, M., J. Polivy et D. Hargreaves (2009). The Processing of Thin Ideals in Fashion Magazines: A source of social comparison or fantasy? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(Special Issue: Body Image and Eating Disorders), p. 73-93.

Tremblay, M. (2012). *Médicaments sur Internet : un phénomène à surveiller*. Québec, Laboratoire d'étude sur les politiques publiques et la mondialisation, ÉNAP.

Tsai, A.G. et T.A. Wadden (2005). Systematic review: an evaluation of major commercial weight loss programs in the United States, *Annals of Internal Medicine*, 142(1) : 56-66.

Tylka, T.L., R.A. Annunziato, D. Burgard, S. Danielsdóttir, E. Shuman, C. Davis et R.M. Calogero (2014). The weight-inclusive versus weight-normative approach to health: evaluating the evidence for prioritizing well-being over weight loss, *Journal of Obesity*, doi.org/10.1155/2014/983495.

U.S. Department of Health and Human Services (2013). Dieting and gallstones, Weight-control Information Network. Consulté le 5 mars 2015 au <http://win.niddk.nih.gov/publications/PDFs/DietingandGallstones2002.pdf>

Vallis, T.M., B. Currie, D. Lawlor et T. Ransom (2007). Healthcare professional bias against the obese: how do we know if we have a problem?, *Canadian Journal of Diabetes*, 31(4) : 365-370.

Venne, M., L. Mongeau, J. Strecko, M.-C. Paquette et J. Laguë (2008). Bénéfices, risques et encadrement associés à l'utilisation des produits, services et moyens amaigrissants (PSMA). Montréal : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Gouvernement du Québec.

Wanders, A. J., J.J.G.C., van den Borne, C. De Graaf, T. Hulshof, M. C. Jonathan, M. Kristensen, M. Mars, H.A. Schols et E.J.M. Feskens (2011). Effects of dietary fibre on subjective appetite, energy intake and body weight: a systematic review of randomized controlled trials, *Obesity Reviews*, 12(9), 724-739.

Wing, R.R., G. Papandonatos, J.L. Fava, A.A. Gorin, S. Phelan, J. McCaffery et D.F. Tate (2008). Maintaining large weight losses: the role of behavioral and psychological factors, *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 76(6), 1015-1021. DOI : 10.1037/a0014159.

Witherspoon, B. et M. Rosenzweig (2004). Industry-sponsored weight loss programs: description, cost, and effectiveness, *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 16(5) : 198-205.

Wu, T., X. Gao, M. Chen et R.M. van Dam (2009). Long-term effectiveness of diet-plus-

exercise interventions vs. Diet-only interventions for weight loss: a meta-analysis, *Obesity Reviews*, 10, 313-323.

Yen, M. et M.B. Ewald (2012). Toxicity of weight loss agents, *Journal of Medical Toxicology*, 8, 145-152, DOI : 10.1007/s13181-012-0123-7.

Production et distribution



Participation financière

