

Mémoire produit au Comité permanent de la santé dans le cadre de l'étude ayant pour thème « Vivre en santé »

Mieux encadrer le marketing des boissons gazeuses et énergisantes

Présenté par Suzie Pellerin, au nom de la Coalition québécoise sur la problématique du poids

Une initiative parrainée par l'Association pour la santé publique du Québec

4126, rue St-Denis, bureau 200
Montréal (Québec) H2W 2M5

Février 2011

Table des matières

Table des matières	3
Avant-propos	4
Partenaires de la Coalition Poids (en date du 27 janvier 2011).....	5
Introduction	9
Croissance de l'obésité	9
Impact économique de l'obésité	10
Contribution de l'environnement	10
Impact des boissons sucrées sur la santé	11
Les 4 P du marketing des boissons gazeuses et énergisantes	12
Le produit	12
La place (la distribution) :	13
La promotion	13
Le prix	14
Résumé des recommandations.....	15
Bibliographie.....	16

Avant-propos

La Coalition québécoise sur la problématique du poids (Coalition Poids), une initiative parrainée par l'Association pour la santé publique du Québec, a pour mandat de susciter les appuis nécessaires pour revendiquer des modifications législatives et réglementaires et des politiques publiques dans trois secteurs stratégiques (agroalimentaire, socioculturel et environnement bâti) afin de favoriser la mise en place d'environnements facilitant les choix santé qui contribueront à prévenir les problèmes de poids.

Depuis sa création en 2006, la Coalition Poids est devenue une voix de revendication bien établie appuyée par plus de 100 partenaires issus de différents milieux tels que le monde municipal, scolaire, de la santé, de la recherche, de l'environnement, de la nutrition et de l'activité physique.

Ces organisations reconnaissent l'importance d'agir et appuient les mesures environnementales suivantes :

Secteur agroalimentaire :

- La disparition de la malbouffe et des boissons gazeuses des écoles et des hôpitaux
- Une application rigoureuse de la politique alimentaire dans les écoles primaires et secondaires
- Une politique d'étalage responsable dans les marchés d'alimentation
- Des cours de cuisine dans les écoles pour développer le savoir-faire culinaire et le plaisir de bien s'alimenter
- Des menus offrant des portions modérées dans les restaurants
- Une taxe dédiée pour soutenir des actions de prévention des problèmes de poids

Secteur de l'environnement bâti :

- Un environnement sécuritaire autour de chaque école pour que les enfants puissent s'y rendre à pied ou à vélo
- Une politique d'école active
- Des ententes entre les municipalités et les écoles afin d'accroître l'utilisation des installations sportives en dehors des heures de classe
- Multiplication des parcs, des espaces verts, des pistes cyclables et des réseaux piétonniers
- Limitation de l'utilisation de l'automobile dans certaines zones
- Amélioration de la qualité et de l'accessibilité des services de transport en commun

Secteur socioculturel :

- Une réglementation sur les produits, services et moyens amaigrissants
- L'application rigoureuse de la réglementation sur la publicité destinée aux enfants
- Des mesures législatives ou réglementaires pour limiter l'empiètement de la publicité dans les espaces publics
- La création d'un organisme indépendant pour régir l'industrie de la publicité
- L'implantation d'une politique de conciliation travail-famille pour permettre aux familles de prioriser leur santé et leur bien-être

Coalition québécoise sur la problématique du poids

Une initiative parrainée par l'Association pour la santé publique du Québec

4126, rue St-Denis, bureau 200

Montréal (Québec) H2W 2M5

Tél. : 514 598-8058 | Téléc. : 514 528-5590

info@cqpp.qc.ca | www.cqpp.qc.ca | twitter.com/CoalitionPoids | facebook.com/CoalitionPoids

Partenaires de la Coalition Poids (en date du 27 janvier 2011)

Organisations partenaires :

- Accès transports viables
- Agence de la santé et des services sociaux de Chaudières-Appalaches
- Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
- Agence de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent
- Alberta Policy Coalition for Cancer Prevention
- Anorexie et boulimie Québec (ANEB)
- Archevêché de Sherbrooke
- Association des dentistes de santé publique du Québec
- Association des jardiniers maraîchers du Québec
- Association des urbanistes et des aménagistes municipaux du Québec
- Association pour la santé publique du Québec
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
- Ateliers Cinq Épices
- Azimut Santé
- Carrefour action municipale et famille
- Cégep de Sherbrooke
- Centre d'écologie urbaine de Montréal
- Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
- Centre de santé et de services sociaux de Gatineau
- Centre de santé et de services sociaux de Jonquière
- Centre de santé et de services sociaux de Matane
- Centre de santé et de services sociaux de Papineau
- Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette
- Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda
- Centre de santé et de services sociaux de Témiscaming-et-de-Kipawa
- Centre de santé et de services sociaux des Aurores-Boréales
- Centre de santé et de services sociaux du nord de Lanaudière
- Centre de santé et de services sociaux Drummond
- Centre de santé et de services sociaux Jardins-Roussillon
- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
- Centre Normand
- Chambre de commerce de Fleurimont
- Chambre de commerce de Sherbrooke
- Collège régional Champlain
- Commission scolaire de la Région-de-Sherbrooke
- Commission scolaire des Phares
- Direction de santé publique et d'évaluation de Chaudière-Appalaches
- Edupax
- Entreprise d'insertion Éclipse
- ÉquiLibre – Groupe d'action sur le poids
- Équipe PAS à PAS du CSSS La Pommeraie (Brome-Missisquoi)
- Équiterre
- Fédération des éducateurs et éducatrices physiques enseignants du Québec

- Fédération des kinésiologues du Québec
- Fondation des maladies du cœur du Québec
- Fondation Lucie & André Chagnon
- Jeunes pousses
- La Tablee des chefs
- Municipalité de Lac-Etchemin
- Québec en forme
- Québec en santé – Groupe d'action pour une saine alimentation
- Regroupement des cuisines collectives du Québec
- Réseau du sport étudiant du Québec (RSEQ)
- RSEQ Cantons-de-l'Est
- RSEQ Québec – Chaudière-Appalaches
- RSEQ Saguenay – Lac St-Jean
- Réseau québécois de Villes et Villages en santé
- Sherbrooke Ville en santé
- Société de recherche sociale appliquée
- Société de transport de Sherbrooke
- Société de transport du Saguenay
- Sports-Québec
- Union des municipalités du Québec
- Université de Sherbrooke
- Vélo Québec
- Ville de Baie-Saint-Paul
- Ville de Chambly
- Ville de Granby
- Ville de Joliette
- Ville de Lévis
- Ville de Matane
- Ville de Montréal
- Ville de Rimouski
- Ville de Roberval
- Ville de Rouyn-Noranda
- Ville de Saguenay
- Ville de Saint-Georges
- Ville de Saint-Hyacinthe
- Ville de Shawinigan
- Ville de Sherbrooke
- Ville de Sorel-Tracy
- Viomax

Individus partenaires :

- Hedwige Auguste, étudiante en santé communautaire, Université de Montréal
- Micheline Beaudry, professeure retraitée de nutrition publique
- Roch Bernier, M.D., médecin
- Julie Bernier-Bachand, technicienne en diététique
- Patricia Blackburn, professeure, département des sciences de la santé, Université du Québec à Chicoutimi
- Thierry Bourgoignie, professeur titulaire, directeur du Groupe de recherche en droit international et comparé de la consommation (GREDICC), Département des sciences juridiques de l'Université du Québec à Montréal
- Jean-Guy Breton, consultant et ancien maire de Lac-Etchemin
- Annie Brouard, chargée de projet, Egzakt
- André Carpentier, directeur adjoint à la recherche – professeur agrégé, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
- Diane Chagnon, diététiste-nutritionniste, Université de Sherbrooke
- Jean-Philippe Chaput, Junior Research Chair, Children's Hospital of Eastern Ontario Research Institute
- Marie-Ève Couture-Ménard, étudiante au doctorat en droit, Université McGill
- Mario Couture, éducateur
- Cécile D'Amour, retraitée de l'enseignement
- Jean-Marie De Koninck, professeur en mathématiques, Université Laval
- Jacinthe Dumont, agente de planification, programmation et recherche, Agence de la santé et de services sociaux du Saguenay – Lac St-Jean
- Louali Fatna, résidente en santé communautaire
- Karine Fournier, enseignante en éducation physique, Cégep de l'Outaouais
- Evelyne Gagné, étudiante
- Vincent Gagnon, enseignant
- Assomption Hounsa, ministère de la santé du Bénin
- Florence Junca-Adenot, professeure en études urbaines et touristiques, Université du Québec à Montréal
- Carl-Étienne Juneau, candidat au doctorat, Université de Montréal
- Jean-Denis Kusion, adjoint parlementaire
- Michel Lachapelle, conseiller Kino-Québec
- Véronik Lacombe, gérante d'artiste et productrice de spectacles
- Marie-France Langlois, professeur titulaire, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
- Catherine Larouche, directrice des projets et du développement, PremièreAction Restauration
- Richard Larouche, étudiant au doctorat en sciences de l'activité physique, Université d'Ottawa
- Danielle Lizotte-Voyer, professeur, Cégep de l'Outaouais
- Bonnie Leung, nutritionniste, Conseil Cri de santé et des services sociaux de la Baie James
- André Marchand, agent de planification, programmation et recherche, Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay – Lac St-Jean
- Jean-Luc Marret
- Richard Massé, directeur, École de santé publique de l'Université de Montréal
- Marie-France Meloche, nutritionniste
- Stéphanie Mercier, chargée de projet Web, Egzakt
- Johane Michaud, infirmière clinicienne préventionniste, Centre de santé et de services sociaux de Thérèse-de-Blainville
- Marjolaine Mineau, coordonnatrice, acquisitions et doublage, Canal Vie, Astral

- Jean-Claude Moubarac
- Eric Notebaert, M.D., urgentologue, Université de Montréal
- Gilles Paradis, M.D., professeur au département d'épidémiologie, biostatistiques et santé au travail, Université McGill
- Kathleen Pelletier, M.D., médecin, Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay – Lac St-Jean
- Jean Perrault, ancien maire de la Ville de Sherbrooke et ancien-président de l'Union des municipalités du Québec
- Lise Roche, conseillère
- Mathieu Roy, candidat au doctorat en santé publique, Université de Montréal
- Manon Sabourin, hygiéniste dentaire, Conseil Cri de santé et des services sociaux de la Baie James
- Martin Sénéchal, étudiant au doctorat, Université de Sherbrooke
- Dominique Sorel, ingénieure
- Rafael Murillo Sterling, président, Gym Social inc
- Jacques Émile Tellier, consultant, Entreprises Multi-Services Inc.
- Sabine Tilly, fondatrice, ZEN BALANCE « mon équilibre »
- Sherry Thithart, Research Manager, Alberta Policy Coalition for Cancer Prevention
- Helena Urfer, responsable des communications, École de santé publique, Université de Montréal
- Gabrielle Voyer, étudiante en criminologie

Introduction

Aux membres du Comité permanent de la santé,

Nous aimerions vous remercier de nous donner l'occasion de comparaître devant le Comité permanent de la santé dans le cadre de l'étude ayant pour thème « Vivre en santé ».

Le mandat que vous vous êtes donné est hautement pertinent puisqu'un nombre important de traitements, d'hospitalisations et plus des deux tiers des décès sont attribuables à quatre groupes de maladies chroniques, soit les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète de type 2 et les maladies respiratoires¹. Une multitude d'études réalisées au cours des 20 dernières années convergent pour affirmer que certaines de nos habitudes de vie, soit l'alimentation et la sédentarité, sont directement liées à la prévalence accrue des maladies chroniques².

Qui plus est, de nombreux observateurs du phénomène de l'obésité infantile qualifient la génération actuelle de « génération sacrifiée » puisqu'elle serait la première génération à vivre plus malade et moins longtemps que la génération précédente en raison de sa trop grande sédentarité et de ses mauvaises habitudes alimentaires.

Comme l'indique l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques, en matière de santé, les pouvoirs publics doivent lutter contre l'obésité³.

Croissance de l'obésité

Comme toutes les sociétés occidentales, le Canada connaît une progression rapide de l'obésité :

- Au cours de la période de 2007 à 2009, 37 % des adultes faisaient de l'embonpoint et 24 % étaient obèses⁴.
- On a observé une croissance de l'obésité chez les adultes en 31 ans :
 - En 1978, le taux d'obésité était de 14 %⁵.
 - En 2009, on atteignait 24 %⁶.

Chez les enfants, une tendance similaire est observée au fil des ans. De récentes données publiées le 13 janvier 2010 par Statistique Canada, nous révèle que la situation est loin de s'améliorer. Les résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de santé (ECMS) ont été comparés aux données de l'Enquête sur la condition physique au Canada de 1981. Ceci a révélé une détérioration significative de la composition corporelle chez les enfants de 6 à 19 ans entre 1981 et 2009, peu importe le sexe ou l'âge⁷. Toujours selon l'ECMS, les taux d'obésité et d'embonpoint chez les enfants ont augmenté, cette augmentation étant reliée à une plus grande adiposité et non pas à une musculature plus développée.

Selon les données provenant de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes de 1998-1999, 19 % des enfants âgés de 2 à 11 ans faisaient de l'embonpoint et 18 % étaient classés dans la catégorie des obèses⁸.

Obésité et embonpoint chez les 2 à 17 ans, au Canada^{9,10}

Taux	1978	2009
Obésité	3 %	9 %
Embonpoint	12 %	17 %
Taux combiné	15 %	26 %

La hausse de la prévalence de l'obésité chez les enfants et les adolescents soulève des préoccupations concernant les problèmes de santé et les maladies associées à un excédent de poids. L'obésité pendant l'enfance peut avoir une incidence sur la santé physique et psychosociale à court et à long terme et provoquer la morbidité chez les adultes^{11,12,13,14,15}.

Impact économique de l'obésité

Au-delà de ce triste constat, au mois de décembre dernier, la *Society of Actuaries*, dans son rapport intitulé « Obesity and its Relation to Mortality and Morbidity Costs »¹⁶, s'est attardée à évaluer le coût de l'obésité et de l'embonpoint aux États-Unis et au Canada. Les actuaires ont conclu que les conditions médicales représentaient des coûts pour les États-Unis et le Canada de 300 milliards \$ par année. De ce montant, 10 %, soit 30 milliards \$, serait le montant de la facture pour les Canadiens. Ces coûts sont le résultat d'une demande accrue pour des soins médicaux et la perte de productivité résultant d'une plus grande mortalité ou invalidité.

Toujours selon ce rapport, les conditions médicales ayant une relation statistiquement significative avec l'obésité et le surpoids sont les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'hypertension, le cancer, les maladies rénales, les accidents vasculaires cérébraux, l'arthrose et l'apnée du sommeil. Le lien de causalité entre la plupart de ces conditions ainsi que l'embonpoint et l'obésité a été démontrée par des projets de recherche auprès de personnes qui ont reçu un soutien dans leur perte de poids et chez qui le degré de ces conditions médicales a été réduit ou éliminé^{17 18} (Ross et al, 2000; Anderson et al, 2007.).

Contribution de l'environnement

Bien que les choix d'habitudes de vie relèvent de l'individu, l'environnement joue un rôle fondamental dans le processus décisionnel. C'est d'ailleurs ce qu'ont reconnu, en septembre dernier, les ministres de la Santé des provinces canadiennes, en priorisant une intervention sur les environnements sociaux et physiques pour freiner l'obésité juvénile. Dans le rapport de cette conférence fédérale-provinciale sur la santé, on y indique que les lieux où les enfants vivent, apprennent et s'amuse devraient soutenir davantage l'activité physique et la bonne alimentation. De même, on reconnaît l'efficacité d'une intervention précoce, ainsi que l'importance de chercher des moyens d'augmenter la disponibilité des aliments nutritifs et l'accès à ces aliments, et de diminuer la commercialisation d'aliments et de boissons à teneur élevée en gras, en sucre ou en sodium visant les enfants.

L'obésité est donc un phénomène complexe et plusieurs facteurs ont contribué à la détérioration collective de notre santé. Comme vous, plus de 100 organismes du monde scolaire, municipal ou de la santé, réunis au sein de notre Coalition, sont préoccupés par les saines habitudes de vie et reconnaissent l'importance de créer des environnements qui favorisent les choix santé. En clair, les campagnes de promotion ou d'information ont démontré leurs limites. Il est maintenant temps de créer des milieux de vie où il est plus facile de bouger davantage et de manger mieux.

Notre intervention dans le cadre de ce comité portera sur les boissons sucrées dont la forte consommation préoccupante est pointée du doigt par la communauté scientifique et directement identifiée comme l'un des facteurs de l'épidémie d'obésité. De plus, il s'agit d'une cause sur laquelle nous pouvons agir facilement. À titre de membres du Comité permanent de la santé, vous avez la possibilité d'orienter les politiques du gouvernement fédéral et certaines mesures fiscales ou législatives pourraient réduire le pouvoir d'attraction des boissons sucrées. Par exemple, en agissant sur :

- la composition du produit
- l'emballage
- en limitant la distribution de ces produits
- en interdisant le marketing destiné aux enfants
- en imposant une taxe sur les boissons gazeuses ou énergisantes

Impact des boissons sucrées sur la santé

Actuellement, les boissons sucrées sont ciblées, entre autres, par l'Organisation mondiale de la Santé¹⁹ et le gouvernement du Canada comme étant un contributeur important à l'épidémie actuelle d'obésité. D'ailleurs, la pertinence et la justesse de la récente campagne publicitaire de Santé Canada sur la sécurité des enfants, qui met en lumière la contribution des boissons sucrées à l'obésité infantile, ont été soulignées à la ministre par nombre de nos partenaires et méritent d'être reconnues publiquement.

Au Canada, le portrait de la consommation des boissons sucrées est le suivant :

- Au moins 34 % des enfants de 6 à 8 ans et 44 % des jeunes de 15 à 16 ans consomment quotidiennement des bonbons ou des boissons gazeuses²⁰ ;
- Les boissons sucrées remplacent petit à petit les boissons de base telles que l'eau et le lait;
- Environ 20 % des enfants québécois de 4 ans consomment chaque jour des boissons sucrées²¹.
- Environ 20 % des jeunes de 15 à 17 ans consomment chaque semaine des boissons énergisantes²².
- La consommation de boissons gazeuses au Canada a doublé entre 1971 et 2001²³.
- Les boissons sucrées occupent une place importante dans l'alimentation des jeunes, filles et garçons, de tous les groupes d'âge, y compris chez les tout-petits âgés d'un à trois ans. Deux tendances de consommation se dégagent chez les jeunes canadiens :
 - les garçons consomment plus de boissons sucrées que les filles;
 - la consommation augmente avec l'âge pour atteindre des sommets chez les 14 à 18 ans alors que les garçons en boivent plus d'un demi-litre par jour et les filles, plus d'un tiers de litre²⁴.

La consommation de boissons gazeuses au Canada a atteint en 2002, 120 litres par personne et par année, ce qui équivaut à 60 bouteilles de grand format²⁵.

Pour démontrer l'impact de cette consommation sur la santé, sachez que chaque boisson gazeuse de 12 onces consommée quotidiennement par les enfants, augmente leur risque de devenir obèse de 60 %²⁶. Aussi, une étude californienne, réalisée auprès de 43 000 adultes et 4 000 adolescents, a permis de conclure que la consommation d'une ou de plusieurs boissons sucrées chaque jour accroît la probabilité d'être obèse de 27 %²⁷.

Dans une revue des preuves relatives à 28 facteurs diététiques supposés être associés à l'obésité chez les enfants, la consommation de boissons sucrées était la seule pratique alimentaire constamment liée au surpoids chez les enfants²⁸.

La diversité de l'offre ainsi qu'une disponibilité accrue de ces breuvages explique en partie ces nouvelles habitudes de consommation. Les stratégies marketing ne sont pas étrangères à ce phénomène. C'est sans doute l'une des raisons qui expliquent la préoccupation exprimée autant par l'OMS que le gouvernement du Canada concernant le marketing destiné aux enfants.

Les 4 P du marketing des boissons gazeuses et énergisantes

Boire des boissons gazeuses ou énergisantes, est-ce réellement un besoin? N'est-ce pas plutôt l'industrie elle-même qui, en créant sans cesse de nouveaux produits et en les distribuant largement, crée ces besoins dans la population?

Nous vous proposons d'utiliser les 4 P du marketing pour comprendre le phénomène des boissons sucrées et identifier les solutions à mettre en place. Rappelons que les 4 P sont le prix, le produit, la promotion et le positionnement dans le sens de la distribution.

Le produit

Les boissons sucrées sont constituées majoritairement d'eau, de sucre ou de leur substitut, et parfois de caféine naturelle ou synthétique. Comme de nombreuses autres organisations, nous nous expliquons mal la décision du gouvernement de permettre, en mars 2010, l'ajout de caféine dans les boissons gazeuses sans cola à la suite des pressions exercées par les embouteilleurs. Comment expliquer la décision du gouvernement d'autoriser l'ajout de caféine sans exiger une mention sur la quantité de caféine contenue dans ces boissons?

Nous croyons que le cadre réglementaire devrait être plus rigide plutôt qu'être assoupli en ce qui a trait à la composition du produit et de son emballage. Pourquoi? Parce qu'au-delà des calories, les boissons gazeuses n'apportent aucune valeur nutritive à ceux et celles qui les consomment. Ces produits ne sont pas vitaux! Étant donné que ces calories sont « liquides », elles ne sont généralement pas compensées dans la journée et viennent donc s'ajouter au régime journalier²⁹.

De plus, certaines entreprises se félicitent de faciliter les choix des consommateurs en affichant la teneur calorique de leurs produits sur le devant de l'emballage. Toutefois, cette indication peut créer une grande confusion chez le consommateur au moment de la lecture. Par exemple, sur une bouteille de boisson gazeuse de 591 ml, on peut lire sur le devant de l'étiquette « 110 calories ». Cependant, cette indication, bien visible pour le consommateur, n'est valable que pour une portion de 250 ml. La bouteille de 591 ml renferme donc, après calcul, 260 calories au total. Seul un consommateur averti et soucieux

des petits caractères prendra connaissance de cette information. La véritable transparence aurait été d'indiquer la quantité de calories TOTALES contenues dans la bouteille.

La place (la distribution) :

Les boissons gazeuses et énergisantes sont disponibles partout. Nous n'avons qu'à tendre la main pour cueillir notre canette. Trop souvent même dans des endroits où l'on fait la promotion du sport, de l'activité physique et du plein air. Toutes mesures visant donc à limiter leur distribution dans les endroits notamment fréquentés par les jeunes seront bénéfiques.

Il serait aisé pour le gouvernement fédéral, qui se doit d'être exemplaire, d'offrir un environnement alimentaire favorable aux saines habitudes de vie dans les édifices publics fédéraux et d'interdire la vente de boissons gazeuses et énergisantes en ses murs.

La promotion

Le chiffre d'affaires impressionnant des compagnies de boissons gazeuses est hautement conditionné par la publicité et la promotion qui en est faite. Les grands embouteilleurs investissent des sommes énormes pour mettre en valeur leurs produits. Simplement en commandite, Coca Cola aurait investi 212 millions \$ lors de la tenue des Jeux de Vancouver.

Dans sa stratégie mondiale de prévention des maladies chroniques, la priorité de l'OMS en 2008-2009 a été le marketing alimentaire destiné aux enfants. Les scientifiques consultés par l'OMS affirment que, au-delà de la publicité télévisée qui influence les préférences, les demandes et la consommation d'aliments à faible valeur nutritive, il faut aussi s'intéresser aux autres formes de marketing visant à créer une relation entre l'enfant et une marque. On y cite des techniques telles que :

- la commandite (technique fortement utilisée par l'industrie des boissons, notamment dans le domaine sportif),
- le placement de produits,
- les promotions,
- l'utilisation de personnalités connues, de mascottes ou de personnages,
- les sites Internet,
- l'emballage,
- les présentoirs de vente,
- les courriels ou messages textes,
- la philanthropie,
- le marketing viral,
- etc.

Interdire le marketing alimentaire destiné aux enfants est devenu une préoccupation un peu partout sur le globe, et tout particulièrement depuis la réunion de l'OMS à Genève³⁰ en mai dernier. On y a adopté des recommandations pour guider les efforts déployés par les États Membres dans la conception de nouvelles politiques et/ou le renforcement des politiques existantes en matière de communication commerciale sur les aliments destinés aux enfants. Les États Membres, dont le Canada, les ont approuvées lors de la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé.

Au terme de cette réunion, le docteur Ala Alwan, sous-directeur général, Maladies non transmissibles et santé mentale de l'OMS, conclut que « partout dans le monde, les enfants sont exposés à la commercialisation d'aliments et de boissons non alcoolisées à forte teneur en graisses, en sucre ou en sel. Il faut s'employer à faire en sorte que, partout, les enfants soient à l'abri de ce marketing et puissent grandir et se développer dans un environnement alimentaire favorable, qui incite et aide à faire des choix alimentaires sains et à conserver un poids normal. »

Nous vous encourageons à envisager de mieux réglementer le marketing alimentaire aux enfants et que le Canada indique clairement son intention en prévision du prochain Sommet des Nations-Unis en septembre prochain à New York où il en sera aussi question.

Le prix

Nous savons que le prix est un facteur primordial dans le processus décisionnel d'achat. Pour les jeunes, le prix constitue le second déterminant (après les préférences alimentaires) en importance de la consommation d'un aliment^{31,32,33}. À cet égard, les boissons gazeuses et énergisantes sont couramment vendues à bas prix ou en promotion. Au Canada, alors que le prix des produits de base (œufs, pain, beurre, huile, etc.) a fortement augmenté depuis 1995, celui des boissons gazeuses ne connaît que des hausses très modérées. On parle notamment d'une hausse, entre janvier 1995 et août 2009, de :

- 98 % pour le pain,
- 53 % pour le beurre,
- versus 11 % en ce qui concerne les boissons gazeuses type cola et 6 % pour les boissons gazeuses type citron-lime³⁴.

L'évolution de ces prix témoigne de la marge de profit sur ces produits ainsi que du faible coût de production de ces boissons.

Quant au phénomène émergent des boissons énergisantes, il n'est pas sans inquiéter les acteurs de santé. Elles occupent désormais une part du marché importante dans le secteur des boissons. On parle en effet de plus de 300 variétés en Amérique du Nord, d'une croissance annuelle de 39 % pour les ventes au Canada entre 2007 et 2008, et de ventes de 154 millions \$ en 2008 au Canada³⁵.

De nombreux gouvernements ont déjà identifié l'instauration d'une taxe pour prévenir les problèmes associés à l'obésité. D'ailleurs, autant l'Institute of Medicine of the National Academies³⁶ que l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE)³⁷ et le Rudd Center, identifient la taxe comme une des stratégies les plus prometteuses pour les gouvernements et porteuses en terme de coût-bénéfice de santé.

Nous proposons donc au Canada d'instaurer une taxe d'accise sur les boissons gazeuses et énergisantes qui serait imposée aux producteurs sur le modèle des boissons alcoolisées.

Selon Agriculture et Agroalimentaire Canada, le marché canadien des boissons gazeuses produit 35 800 000 HL annuellement. Pour chaque tranche de taxe de 1 sou par litre, nous disposerions de 35 800 000 \$ pour investir dans la prévention. Une somme non négligeable qui permettrait, par exemple, d'améliorer l'accès aux aliments sains.

Cette proposition obtient l'appui de la communauté scientifique. Le Rudd Center milite déjà en faveur de l'introduction d'une taxe aux États-Unis. Ainsi, à l'instar de nombreux autres pays dans le monde, 17

états américains étudient actuellement l'introduction d'une telle taxe dans leur juridiction. Ce qui n'est pas étonnant puisque la population soutient cette mesure. Un récent sondage commandé par le *Collaboration Action on Childhood Obesity* et réalisé par Ipsos Descarie nous indique que la population canadienne dans son ensemble était favorable à l'instauration d'une telle taxe et qu'un Canadien sur 3 serait prêt à payer une taxe de 0,50 \$ sur une cannette de boisson sucrée si les revenus étaient investis dans des actions de prévention de l'obésité.

Nous vous encourageons donc à :

- Considérer l'avis de l'Institute of Medicine of the National Academies (2009), [Local Government Actions to Prevent Childhood Obesity](#)³⁸ qui conclue qu'implanter une taxe afin de décourager la consommation des aliments à faible valeur nutritive tels que les boissons sucrées, s'avère être une des stratégies les plus prometteuses pour les gouvernements.
- Prendre connaissance de la position de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (2010), dans son rapport intitulé [L'obésité et l'économie de la prévention](#)³⁹ qui est d'avis qu'une taxe est une mesure fiscale incitative identifiée comme porteuse en termes de coût-bénéfice pour le gouvernement.
- Et de donner suite aux recommandations des experts consultés par la Fondation des maladies du cœur du Canada (2010), dans leur rapport [Economic Policy, Obesity and Health: A Scoping Review](#)⁴⁰ d'aller de l'avant immédiatement avec l'implantation d'une taxe sur les boissons sucrées.

Résumé des recommandations

À titre de membres du Comité permanent de la santé, vous avez la possibilité d'orienter les politiques du gouvernement fédéral et certaines mesures fiscales ou législatives pourraient réduire le pouvoir d'attraction des boissons sucrées. Ainsi, la Coalition Poids, appuyée par plus de 100 partenaires issus de différents milieux tels que le monde municipal, scolaire, de la santé, de la recherche, de l'environnement, de la nutrition et de l'activité physique, vous recommande de :

- **Réglementer plus strictement l'emballage et le produit**, notamment quant à la teneur en caféine et en calories, de même qu'aux allégations et aux logos santé afin de ne pas induire le consommateur en erreur.
- **Interdire la vente** de boissons gazeuses et énergisantes dans les édifices sous juridiction fédérale.
- **Réglementer le marketing alimentaire aux enfants**, à l'instar de la réglementation déjà en vigueur au Québec, et indiquer clairement les intentions du Canada à ce sujet lors du prochain Sommet des Nations-Unis en septembre prochain à New York.
- **Imposer une taxe sur les boissons gazeuses et énergisantes** dont les revenus seraient réinvestis en prévention de la santé (une taxe d'accise dont chaque tranche d'un sou le litre générerait des revenus de 36 millions \$ à l'échelle canadienne).

Ces propositions sont toutes appuyées par la littérature scientifique et sont basées sur un fort consensus.

Bibliographie

- ¹ Le Secrétariat du Réseau intersectoriel de promotion des modes de vie sains en partenariat avec le Groupe de travail F-P-T sur les modes de vie sains et le Comité consultatif F-P-T sur la santé de la population et la sécurité de la santé (CCSPSS). *Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains*. Santé Canada; 2005 : 55 pages.
- ² Schwimmer, J., Burwinkle T., et Varni, J. (2003). « Health-related quality of life of severely obese children and adolescents », *Journal of the American Medical Association*, 289, pp. 1813-1819.
- ³ Organisation de Coopération et de Développement Économiques (2010). *L'obésité et l'économie de la prévention*. Repéré à http://www.oecd.org/document/60/0,3746,fr_2649_37407_46022460_1_1_1_37407_00.html
- ⁴ Statistique Canada, Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 13 janvier 2010. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/100113/dq100113a-fra.htm>
- ⁵ Statistique Canada, Enquête santé Canada, 1978-1979.
- ⁶ Statistique Canada, Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 13 janvier 2010. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/100113/dq100113a-fra.htm>
- ⁷ Statistique Canada, Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 13 janvier 2010. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/100113/dq100113a-fra.htm>
- ⁸ Statistique Canada (octobre 2002). Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes : enfants obèses, 1994 à 1999, Le Quotidien (no 11-001-XIF au catalogue), p. 6-7. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/021018/dq021018b-fra.htm>
- ⁹ Statistique Canada, Enquête santé Canada, 1978-1979.
- ¹⁰ Statistique Canada, Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 13 janvier 2010. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/100113/dq100113a-fra.htm>
- ¹¹ Parsons, T.J., Power, C., Logan, S., et Summerbell, C.D. (1999) « Childhood predictors of adult obesity: a systematic review », *International Journal of Obesity*, 23(Suppl. 8), pp. 1-107.
- ¹² Whitaker, R.C., Wright, J.A., Pepe, M.S., et al. (1997). « Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity », *New England Journal of Medicine*, 337, pp. 869-873.
- ¹³ Mustillo, S., Worthman, C., Erkanli A., et al. (2003). « Obesity and psychiatric disorder: developmental trajectories », *Paediatrics*, 111, pp. 851-859.
- ¹⁴ Reilly, J., Methven, E., McDowell, Z., et al. (2003). « Health consequences of obesity », *Archives of Disease in Childhood*, 88, 2003, pp. 748-752.
- ¹⁵ Schwimmer, J., Burwinkle T., et Varni, J. (2003). « Health-related quality of life of severely obese children and adolescents », *Journal of the American Medical Association*, 289, pp. 1813-1819.
- ¹⁶ Society of Actuaries (Décembre 2010), *Obesity and its Relation to Mortality and Morbidity Costs*. Repéré à <http://www.soa.org/files/pdf/research-2011-obesity-relation-mortality.pdf>
- ¹⁷ Robert, R., Dagnone, D., Jones, P.J.H., Smith, H., Paddags, A., Hudson, R., et Janssen, I. (2000). Reduction in obesity and related comorbid conditions after diet-induced weight loss or exercise-induced weight loss in men. *Annals of Internal Medicine*, 133(2), pp. 92-103. Dans Society of Actuaries (Décembre 2010).
- ¹⁸ Anderson, J. W., Conley, S. B. et Nicholas, A. S. (2007). One hundred pound weight losses with an intensive behavioral program: changes in risk factors in 118 patients with long-term follow-up. *American Journal of Clinical Nutrition*, 86(2), pp. 301-307. Dans Society of Actuaries (Décembre 2010).
- ¹⁹ Organisation mondiale de la Santé (2003). *Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Diseases*. WHO Technical report series 916, section 5.2.4 Strength of evidence, Table 7, 63.
- ²⁰ Lavallée, C. (2004) *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois*, Volet nutrition, Institut de la statistique du Québec.
- ²¹ Desrosiers, H. et al. (2005). *Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans*, Québec, Institut de la statistique du Québec, collection Santé et Bien-être, 152 p.

-
- ²² Alliance sherbrookoise pour des jeunes en santé (Avril 2010). *Portrait des jeunes sherbrookoïses de 4 à 17 ans en matière d'alimentation et d'activité physique et sportive*. p.30
- ²³ Statistique Canada (2009). *Food Statistics 2009*, Catalogue no 21-020-X. www.statcan.ca
- ²⁴ Gariguet, D. (2008). *Consommation de boissons par les enfants et les adolescents*. Statistique Canada. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2008004/article/6500820-fra.pdf>
- ²⁵ NationMaster.com. *Soft drink consumption by country*. Repéré à http://www.nationmaster.com/graph/fof_sof_dri_con-food-soft-drink-consumption
- ²⁶ Ludwig DS., Peterson KE., Gortmaker SL. (2001). Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet*; 357, pp. 505-508.
- ²⁷ California Center for Public Health Advocacy (2009). *Bubbling Over: Soda Consumption and Its Link to Obesity in California*. Repéré à <http://www.publichealthadvocacy.org/bubblingover.html>
- ²⁸ Crawford PB., Woodward-Lopez G., Ritchie L. et Webb K. (2008). How discretionary can we be with sweetened beverages for children? *Journal of the American Dietetic Association*, 108(9), pp. 1440-1444.
- ²⁹ DiMeglio DP. et Mattes RD. (2000). Liquid versus solid carbohydrate: effects on food intake and body weight. *International Journal of Obesity and related metabolic disorders*, 24(6), pp. 794-800.
- ³⁰ Résolution de la Soixante-Troisième Assemblée Mondiale de la Santé adoptée le 21 mai 2010 : Commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants
- ³¹ Taylor, J.P., Evers, S. et McKenna, M. (2005). Les déterminants de la saine alimentation chez les enfants et les jeunes. *Revue canadienne de santé publique*, 96(Supplément 3) : S23-S29.
- ³² Shepherd, J., Harden, A., Rees, R., Brunton, G., Garcia, J., Oliver, S. et Oakley, A. (2006). Young people and healthy eating: a systematic review of research on barriers and facilitators. *Health Education Research*, 21(2), pp. 239–257.
- ³³ Institute of Medicine of the National Academies (2006). *Food Marketing to Children and Youth: Threat or Opportunity?* National Academy of Sciences. Committee on Food Marketing and the Diets of Children, Washington D.C., The National Academy Press : 536 pages
- ³⁴ Source de données : Statistique Canada. Aliments et autres produits sélectionnés, prix de détail moyens (mensuel)
- ³⁵ Dubé P.-A., Plamondon L. et Tremblay P.-Y. (2010). *Boissons énergisantes : risques liés à la consommation et perspectives de santé publique*. Institut national de santé publique du Québec. Repéré à <http://www.inspq.qc.ca/publications/notice.asp?E=p&NumPublication=1167>
- ³⁶ Parker, L., Burns, A.C. et Sanchez, E. (Eds). (2009). Committee on Childhood Obesity Prevention Actions for Local Governments. Institute of Medicine. National Research Council. *Local Government Actions to Prevent Childhood Obesity*. Repéré à http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=12674
- ³⁷ Organisation de Coopération et de Développement Économiques (2010). *L'obésité et l'économie de la prévention*. Repéré à http://www.oecd.org/document/60/0,3746,fr_2649_37407_46022460_1_1_1_37407,00.html
- ³⁸ Parker, L., Burns, A.C. et Sanchez, E. (Eds). (2009). Committee on Childhood Obesity Prevention Actions for Local Governments. Institute of Medicine. National Research Council. *Local Government Actions to Prevent Childhood Obesity*. Repéré à http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=12674
- ³⁹ Organisation de Coopération et de Développement Économiques (2010). *Santé: les pouvoirs publics doivent lutter contre l'obésité, selon l'OCDE*. Repéré à http://www.oecd.org/document/45/0,3343,fr_21571361_44315115_46064109_1_1_1_1,00.html
- ⁴⁰ Faulkner, G., Grootendorst, P., Nguyen, V.H., Ferrence, R., Mendelson, R., Donnelly, P., et Arbour-Nicitopoulos, K. (2010). *Economic Policy, Obesity and Health: A Scoping Review*. Toronto, Ontario: Exercise Psychology. Repéré à http://www.physical.utoronto.ca/Faculty_members_sites/exercise_psychology/documents/EconomicPolicyandObesity.pdf