

**Mémoire produit dans le cadre des  
consultations prébudgétaires 2011-2012**

# **Créer de la richesse pour investir dans l'avenir**

Janvier 2011





## Sommaire exécutif

---

Lors du lancement des consultations prébudgétaires 2011-2012, le ministre des Finances, monsieur Raymond Bachand, nous indiquait qu'il maintiendrait le cap sur un retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014, soit d'ici 3 ans. Pour atteindre cet objectif, le gouvernement ne peut ignorer la pression exercée par le secteur de la santé sur les finances publiques du Québec puisque c'est le premier poste de dépenses du gouvernement. On se doit donc d'agir sur les principales causes de la maladie.

### **Investir dans la prévention et la promotion de la santé en agissant sur l'alimentation**

En tenant compte du fait que la situation budgétaire déficitaire laisse peu de marge de manœuvre au gouvernement sur le plan financier et pour répondre à la volonté du gouvernement de :

- créer de la richesse pour être en mesure de faire les choix sensés qui nous permettront de préserver nos valeurs,
- maintenir l'accès à des services publics de qualité,
- soutenir ceux qui en ont besoin.

Nous considérons qu'il est primordial d'agir en prévention des problèmes de santé.

Un nombre important de traitements, d'hospitalisations et plus des deux tiers des décès sont attribuables à quatre groupes de maladies chroniques : les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète de type 2 et les maladies respiratoires<sup>1</sup>. De nombreuses études réalisées au cours des 20 dernières années convergent pour affirmer que certaines habitudes de vie, soit l'alimentation et la sédentarité, sont directement liées à la prévalence accrue des maladies chroniques<sup>2</sup>.

Au Québec, il est difficile de préciser la part du budget du système de santé qui y est englouti puisque les systèmes d'information sont, pour l'instant, limités. Pour les maladies telles que le cancer, les maladies cardiovasculaires et le diabète de type 2, dont l'un des puissants déterminants est l'alimentation, nous savons que :

- En 1998, le fardeau économique du cancer au Canada se chiffrait à 14,2 milliards \$<sup>3</sup> (Santé Canada, 2002c).
- Les soins requis par une personne diabétique sont plus exigeants que la moyenne : les enfants et les adolescents diabétiques, population chez qui on a malheureusement observé l'apparition du diabète de type 2 au cours des dernières années en raison de leurs habitudes de vie, ont consulté environ 5 fois plus souvent un spécialiste que les enfants et adolescents non diabétiques, et le nombre de jours d'hospitalisation chez cette même clientèle était environ 11 fois plus élevé<sup>4</sup>.
- On estime que d'ici 2020, les coûts imputables au diabète qui sont à la charge du système de santé canadien atteindront 19,2 milliards \$ par année<sup>5</sup>.
- En 2000, les maladies cardiovasculaires ont coûté, à l'économie canadienne, plus de 22,2 milliards \$ en services médicaux, en coûts hospitaliers, en perte de salaire et en perte de productivité<sup>6</sup>.
- Selon les dernières estimations disponibles, l'obésité aurait coûté 700 millions \$ aux Québécois<sup>i</sup>, ce qui représente 5,8 % du budget consacré à la santé<sup>7</sup>. Cette même étude a estimé à plus de 800 millions \$ les pertes en productivité<sup>8</sup>.

---

<sup>i</sup> Année financière 1999-2000

À l'instar de nombreux gouvernements, qui reconnaissent aujourd'hui la valeur de la prévention et de la promotion de la santé, et tout particulièrement l'investissement dans la saine alimentation des enfants, **nous recommandons d'instaurer une taxe sur les boissons gazeuses et énergisantes qui permettrait de financer le réseau scolaire afin d'accroître l'accès et la qualité des repas offerts dans les écoles.**

### **Impact des boissons sucrées sur la santé**

Au-delà des revenus générés par une telle taxe, le fait de cibler les boissons gazeuses et énergisantes contribuerait à en dénormaliser la consommation. Le marché des boissons sucrées se développe intensément et leur consommation s'est accrue chez les enfants, les adolescents et les adultes. Pour preuve, la consommation de boissons gazeuses au Canada a doublé entre 1971 et 2001<sup>9</sup>. La diversité de l'offre ainsi qu'une disponibilité accrue de ces breuvages explique en partie ces nouvelles habitudes de consommation.

Actuellement, les boissons sucrées sont ciblées, entre autres, par l'Organisation mondiale de la Santé<sup>10</sup> et le gouvernement canadien comme étant un contributeur important à l'épidémie actuelle d'obésité. À titre d'exemple, chaque boisson gazeuse de 12 onces consommée quotidiennement par les enfants, augmente leur risque de devenir obèse de 60 %<sup>11</sup>. 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 %<sup>12</sup>.

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 enfants<sup>13</sup>. Et les conséquences sur la santé sont encore bien plus vastes. En effet, la consommation importante de boissons sucrées est également liée au diabète, au syndrome métabolique, à l'hypertension, aux maladies cardiovasculaires ainsi qu'à la santé dentaire<sup>14,15,16</sup> et la santé osseuse.

### **Taxer les boissons gazeuses et énergisantes pour prévenir l'obésité**

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 Academies<sup>17</sup> que l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE)<sup>18</sup> et le Rudd Center, identifient la taxe comme une des stratégies les plus prometteuses pour les gouvernements et porteuses en terme de coût-bénéfice. Toujours selon l'OCDE, en matière de santé, les pouvoirs publics doivent lutter contre l'obésité.

D'ailleurs, le docteur Denis Richard, directeur de la Chaire de l'obésité de l'Université Laval, réagissait ainsi lors de la publication du rapport de l'OCDE. « Certaines mesures fiscales, comme la taxation des boissons sucrées, peuvent donner des bénéfices intéressants à long terme, notamment sur l'obésité des enfants. En investissant en prévention, on peut donc diminuer les coûts de santé très élevés liés à l'obésité, et à ses comorbidités, qu'il s'agisse des maladies cardiovasculaires et respiratoires ou du diabète. L'obésité représente entre 2 % à 4 % des frais de santé directs dans les pays de l'OCDE. Le rapport est clair : l'intervention en prévention de l'obésité est efficace et donc gagnante à long terme »<sup>19</sup>.

Au-delà du monde scientifique, la population se dit de plus en plus sensible au phénomène. Dans un sondage mené par Léger Marketing pour le compte du *Journal de Montréal*<sup>20</sup> à la suite de l'adoption unanime par le Parti libéral du Québec d'une résolution prévoyant l'instauration d'une taxe d'accise sur les boissons énergisantes, les croustilles, les boissons gazeuses et les confiseries, 77 % des répondants s'étaient montrés favorables à l'implantation d'une telle mesure fiscale.

## Un modèle viable pour générer des revenus et changer les habitudes

Un prélèvement sur le modèle du « **droit d'accise** » serait appliqué aux boissons gazeuses et énergisantes, et perçu chez les producteurs et les importateurs, comme c'est le cas pour les boissons alcoolisées aujourd'hui. À titre d'exemple, si la taxe spéciale est calquée sur le modèle des boissons alcoolisées, **une taxe de 0,05 \$ par litre de boisson gazeuse ou énergisante générerait des revenus estimés à 40 millions \$**. Cette somme équivaut à environ 5 fois le montant qui a été investi par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport pour améliorer l'offre alimentaire dans les écoles en fonction des orientations de la *Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif : Pour un virage santé à l'école*<sup>21</sup>. Aujourd'hui, nous sommes dans l'attente du bilan de cette politique alimentaire implantée en 2007. Son succès semble cependant relatif, notamment en raison de la piètre qualité des repas offerts, faute de ressources financières suffisantes.

Les sommes amassées par la perception d'une taxe sur les boissons gazeuses et énergisantes permettraient de financer des actions significatives auprès des enfants afin de renverser l'escalade actuelle des maladies et des coûts associés à leur traitement **en améliorant les repas dans les écoles**. **Lorsqu'on a consulté la population sur les différentes actions de prévention pouvant être financées par les revenus générés par cette taxe, l'investissement de ces sommes afin d'améliorer les repas a obtenu l'appui de près de la moitié des Québécois (49 %)**<sup>ii</sup>.

**Notre proposition tient compte du contexte économique difficile, vise à améliorer les conditions de vie et de santé des enfants défavorisés et contribue à leur réussite scolaire tout en faisant preuve de créativité afin de renverser les pronostics à l'effet que la génération actuelle serait la première génération qui risque de vivre moins longtemps et plus malade que la génération précédente en raison de ses habitudes de vie.**

Ainsi, la Coalition Poids recommande au gouvernement du Québec de mettre en œuvre des mesures concrètes et qui font consensus auprès de différents groupes issus de différents horizons, soit :

- Instaurer une taxe sur les boissons gazeuses et énergisantes dont les revenus financeraient le réseau scolaire pour améliorer l'accès et la qualité des repas servis dans les écoles.

<sup>ii</sup> Omnibus web pancanadien effectué par Ipsos Descaries auprès de 2 291 répondants (marge d'erreur de +/-2,1 %). La collecte a été effectuée du 13 au 19 octobre 2010.

## 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](mailto:info@cqpp.qc.ca) | [www.cqpp.qc.ca](http://www.cqpp.qc.ca) | [twitter.com/CoalitionPoids](https://twitter.com/CoalitionPoids) | [facebook.com/CoalitionPoids](https://facebook.com/CoalitionPoids)

## Partenaires de la Coalition Poids (en date du 10 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
- 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'aide aux personnes souffrant d'anorexie nerveuse et de boulimie
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
- Association régionale du sport étudiant de Québec et de Chaudière-Appalaches
- Association régionale du sport étudiant des Cantons de l'Est Inc.
- Association régionale du sport étudiant Saguenay – Lac St-Jean
- 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 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 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 – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
- 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)
- Fédération des éducateurs et éducatrices physiques enseignants du Québec

- Fédération des kinésiologues du Québec
- Fédération québécoise du sport étudiant
- Fondation des maladies du cœur du Québec
- Fondation Lucie & André Chagnon
- Jeunes pousses
- La Tablée 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 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 humaines, 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
- 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
- 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
- Michel Lachapelle, conseiller Kino-Québec
- Véronik Lacombe, gérante d'artiste et productrice de spectacles
- Marie-France Langlois, professeur titulaire, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
- 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
- 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
- Jean-Claude Moubarac
- Eric Notebaert, M.D., urgentologue, Université de Montréal
- Gilles Paradis, M.D., professeur au département d'épidémiologie et biostatistiques, 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

## Table des matières

---

<b>Sommaire exécutif .....</b>	<b>3</b>
<b>Avant-propos .....</b>	<b>6</b>
Partenaires de la Coalition Poids (en date du 10 janvier 2011) .....	7
<b>Table des matières .....</b>	<b>10</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>11</b>
<b>Les habitudes de vie : enjeu social et économique.....</b>	<b>13</b>
Impact des habitudes de vie sur la santé .....	13
<b>Portrait de l'épidémie d'obésité .....</b>	<b>15</b>
Les coûts de l'épidémie d'obésité .....	17
<b>L'école : une étape nécessaire pour une prévention efficace .....</b>	<b>18</b>
Moyens insuffisants pour assurer le succès de la politique alimentaire .....	19
Taxe sur les boissons gazeuses et énergisantes : source de financement pour les repas scolaires .....	20
<b>Consensus scientifique et populaire en faveur d'une taxe .....</b>	<b>21</b>
Connaissances scientifiques .....	21
Une taxe sur les boissons sucrées : un sujet d'actualité .....	21
Opinion publique .....	23
Les mesures fiscales pour améliorer les comportements alimentaires : un moyen efficace? .....	23
Revenus potentiels .....	25
<b>Pourquoi cibler les boissons gazeuses et énergisantes? .....</b>	<b>27</b>
Un marché lucratif au détriment des produits sains.....	28
Les boissons énergisantes : des produits récents mais très présents.....	30
Des définitions claires pour une réglementation facile .....	30
<b>Réduire la consommation de boissons sucrées : un véritable enjeu de santé publique et de finances publiques .....</b>	<b>31</b>
Les boissons sucrées et l'obésité.....	31
Les boissons sucrées et le diabète de type 2 .....	32
D'autres liens se tissent entre les boissons sucrées et.....	32
<b>Notre proposition.....</b>	<b>34</b>
<b>Annexe : Caféine et boissons énergisantes .....</b>	<b>35</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>37</b>

## Introduction

---

Monsieur le Ministre des Finances,

Au nom des partenaires de la Coalition québécoise sur la problématique du poids, réunissant des acteurs du domaine municipal, scolaire et de la santé, il nous fait plaisir de répondre à votre appel en vue de l'élaboration du prochain budget provincial.

En raison de la situation déficitaire du Québec et du peu de marge de manœuvre de votre gouvernement sur le plan financier, nous vous proposons l'instauration d'une nouvelle mesure fiscale permettant d'augmenter immédiatement les revenus, tout en diminuant les dépenses à long terme.

Cette nouvelle mesure fiscale consiste en une taxe sur les boissons gazeuses et énergisantes, dont les revenus seront consacrés à la prévention de l'obésité et des maladies chroniques associées, notamment en assurant un meilleur accès à des repas sains pour nos jeunes du primaire et du secondaire.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, les coûts associés aux traitements des maladies chroniques et des problèmes de poids atteindront bientôt un tel niveau qu'ils viendront amputer une part importante du financement de l'État consacré aux autres secteurs<sup>22</sup>.

- En 1998, le fardeau économique du cancer au Canada se chiffrait à 14,2 milliards \$<sup>23</sup> (Santé Canada, 2002c).
- D'ici 2020, les coûts imputables au diabète qui sont à la charge du système de santé canadien atteindront 19,2 milliards \$ par année<sup>24</sup>.
- En 2000, les maladies cardiovasculaires ont coûté, à l'économie canadienne, plus de 22,2 milliards \$ en services médicaux, en coûts hospitaliers, en perte de salaire et en perte de productivité<sup>25</sup>.
- Selon les dernières données disponibles, on estime que l'obésité aurait coûté 700 millions \$ aux Québécois, ce qui représente 5,8 % du budget consacré à la santé<sup>26</sup>. Cette même étude a estimé à plus de 800 millions \$ les pertes en productivité<sup>27</sup>.<sup>iii</sup>

Aussi, les boissons sucrées sont actuellement ciblées par l'Organisation mondiale de la Santé<sup>28</sup>, le Rudd Center, le Centers for Disease Control and Prevention et le gouvernement canadien, entre autres, comme étant un contributeur important à l'épidémie actuelle d'obésité. À titre d'exemple, chaque boisson gazeuse de 12 onces consommée quotidiennement par les enfants, augmente leur risque de devenir obèse de 60 %<sup>29</sup>. 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 %<sup>30</sup>.

Une taxe sur les boissons gazeuses et énergisantes contribuerait aussi à générer de l'argent neuf afin que des sommes supplémentaires soient investies auprès d'une clientèle vulnérable, soit les enfants, tout en donnant plus de moyens aux institutions publiques pour réaliser leur mission. En améliorant l'offre alimentaire dans nos écoles, nous contribuerons à la santé de nos jeunes et à leur réussite. En effet, comme le dit l'adage, « ventre affamé n'a pas d'oreilles ».

---

<sup>iii</sup> Année financière 1999-2000

Rappelons que nos enfants sont qualifiés de génération sacrifiée du point de vue de la santé par de trop nombreux observateurs. Je sais que votre gouvernement est aussi préoccupé par cette situation et c'est pourquoi nous sommes confiants que vous accueillerez favorablement notre proposition.

Suzie Pellerin  
Directrice, Coalition québécoise sur la problématique du poids

## Les habitudes de vie : enjeu social et économique

---

Ce qui constitue le défi le plus important pour les gouvernements depuis quelques années, c'est le financement de la santé. On y consacre des sommes énormes puisque le secteur de la santé est devenu le premier poste de dépenses du gouvernement. Il est donc urgent d'investir dans la création de la santé plutôt que dans les soins en reconnaissant le rôle de la prévention et de la promotion de la santé pour agir sur les principales causes de la maladie.

*« Les jeunes d'aujourd'hui seront probablement la première génération à avoir une espérance de vie plus courte que les précédentes en raison de leur mauvaise alimentation et de leur trop grande sédentarité. »*

### Impact des habitudes de vie sur la santé

Chaque année au Canada, plus des deux tiers des décès sont attribuables à quatre groupes de maladies chroniques, les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète de type 2 et les maladies respiratoires<sup>31</sup>. En 2005, selon les estimations, les pathologies, les incapacités et les décès liés aux maladies chroniques auraient coûté au Canada plus de 80 milliards \$ par année<sup>32</sup>. De nombreuses études réalisées au cours des 20 dernières années convergent pour affirmer que les habitudes de vie sont directement reliées à la prévalence accrue des maladies chroniques. Plusieurs s'entendent pour dire que les jeunes d'aujourd'hui seront probablement la première génération à avoir une espérance de vie plus courte que les précédentes en raison de leur mauvaise alimentation et de leur trop grande sédentarité.

### Diabète de type 2

Le diabète de type 2 est une pathologie associée aux habitudes de vie qui résulte principalement d'un surpoids et du manque d'exercice physique<sup>33</sup>. Ainsi, 90 % des diabétiques canadiens sont atteints de diabète de type 2<sup>34</sup>. Bien que ce type de diabète affecte généralement les personnes âgées de plus de 40 ans, on commence aussi à l'observer chez les jeunes adultes, les enfants et les adolescents<sup>35</sup>. On estime que d'ici 2020, les coûts imputables au diabète qui sont à la charge du système de santé canadien atteindront 19,2 milliards \$ par année<sup>36</sup>.

Il faut aussi tenir compte du fait que :

- Les adultes diabétiques de 20 à 49 ans ont consulté presque deux fois plus souvent un médecin de famille, et trois à quatre fois plus souvent un spécialiste, que les individus non diabétiques du même groupe d'âge<sup>37</sup>.
- La durée des séjours à l'hôpital était plus longue chez les adultes atteints du diabète que chez ceux qui n'étaient pas atteints de la maladie<sup>38</sup>.
- Les enfants et les adolescents atteints du diabète ont consulté environ cinq fois plus souvent un spécialiste que les enfants et adolescents non diabétiques.
- Le nombre de jours d'hospitalisation chez les enfants et les adolescents atteints du diabète était environ onze fois plus élevé que chez les enfants et adolescents non diabétiques.
- Soixante-trois pour cent (63 %) des adultes atteints de diabète<sup>iv</sup> (soit 1,3 millions au Canada) avaient également reçu un diagnostic d'hypertension, soit 3 fois plus souvent que les adultes non diabétiques.

---

<sup>iv</sup> Les données du Québec n'étaient pas disponibles pour le calcul du ratio des taux de prévalence de l'hypertension. Aux fins du calcul du nombre de personnes atteintes d'hypertension dans l'ensemble du Canada, les nombres de personnes pour le Québec ont été estimés.

## **Cancer**

Au Canada, les cancers sont la première cause de décès prématurés (avant l'âge de 65 ans) et d'après des prévisions établies en 2009 par la Société canadienne du cancer, 40 % des Canadiennes et 45 % des Canadiens seront atteints d'un cancer au cours de leur vie<sup>39</sup>. En 2010, au Québec, on prévoyait 45 200 nouveaux cas de cancer et 20 300 décès par cancer<sup>40</sup>.

En 1998, d'après une étude portant sur le fardeau économique de la maladie au Canada, les coûts annuels du cancer se chiffraient à 14,2 milliards \$. L'un des facteurs pouvant contribuer à prévenir le cancer serait la saine alimentation<sup>41</sup>.

Aux États-Unis, selon l'American Institute for Cancer Research, plus de 100 000 cancers s'expliqueraient par un excès de poids ou l'obésité, qui complique aussi les traitements et réduit les chances de survie. L'American Institute for Cancer Research soutient que l'excès de graisse corporelle est responsable de :

- 24 % des cancers du sein et de 17 % des tumeurs cancéreuses du sein
- 35 % des cancers de l'œsophage
- 9 % des cancers colorectaux
- 28 % des cancers du pancréas
- 49 % des cancers utérins
- 21 % des cancers de la vésicule biliaire

## **Maladies cardiovasculaires**

Les maladies cardiovasculaires sont aussi une cause de décès prématurés importante dans la population canadienne. Les facteurs de risque associés aux maladies cardiovasculaires sont l'embonpoint, la sédentarité, la haute tension artérielle et le diabète. En 2000, les maladies cardiovasculaires ont coûté, à l'économie canadienne, plus de 22,2 milliards \$ en services médicaux, en coûts hospitaliers, en perte de salaire et en perte de productivité<sup>42</sup>.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'apparition de plus de 80 % des coronaropathies pourrait être évitée ou retardée par une bonne alimentation, la pratique régulière d'activité physique, l'élimination du tabagisme et la gestion efficace du stress<sup>43</sup>.

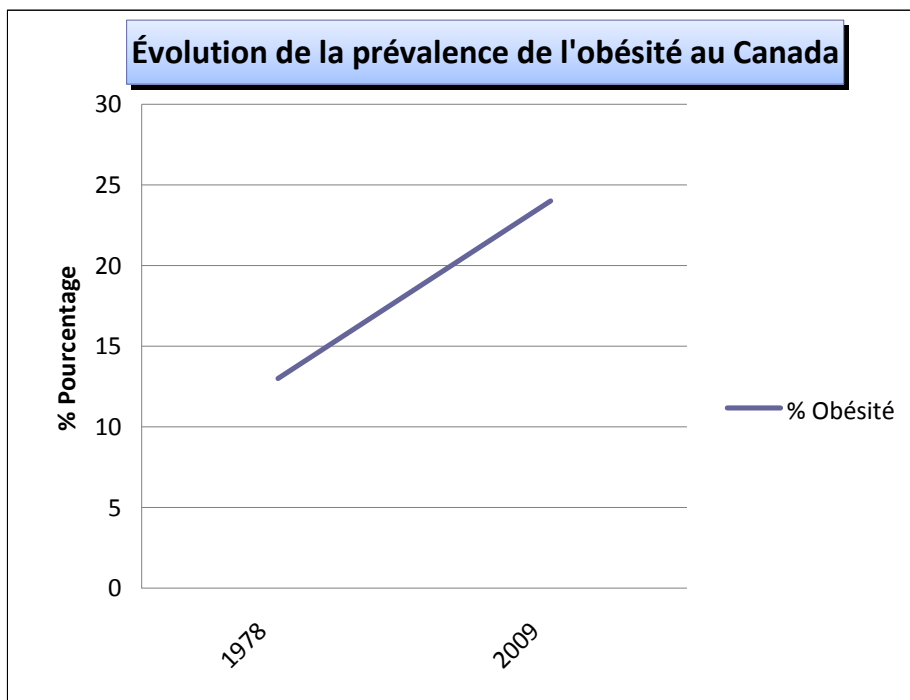
## Portrait de l'épidémie d'obésité

### Prévalence

L'obésité est un enjeu majeur de santé publique. Au Canada, au cours de la période de 2007 à 2009, 37 % des adultes faisaient de l'embonpoint et 24 % étaient obèses<sup>44</sup>. Au-delà de l'indice de masse corporel (IMC), l'obésité abdominale, manifestée par une circonférence de la taille élevée, est maintenant considérée comme étant le facteur lié à l'obésité indiquant le plus grand risque pour la santé.

Les données de l'Enquête canadienne sur les mesures de santé (ECMS) révèlent également que, d'après leur tour de taille, 31 % des femmes et 21 % des hommes de 20 à 39 ans se situent dans la catégorie de risque élevé de problèmes de santé. Dans le groupe des 60 à 69 ans, les proportions sont plus de deux fois supérieures, atteignant 65 % pour les femmes et 52 % pour les hommes. Au Québec, selon les données de 2004, ce n'est guère mieux puisque 56,3 % de la population est en surcharge pondérale (21,8 % obèses et 34,5 % embonpoint)<sup>45</sup>.

Le tableau suivant témoigne de l'évolution rapide de la prévalence de l'obésité observée chez la population canadienne entre 1978 et 2009.



ECMS, 2010

### Évolution chez les jeunes

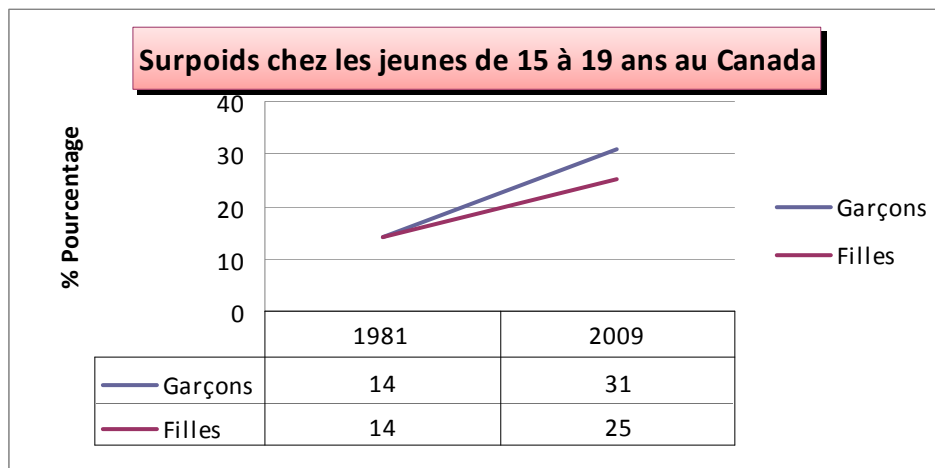
Chez les enfants, une tendance similaire est observée au fil des ans. De récentes données publiées le 13 janvier 2010 par Statistique Canada, nous révèlent que la situation est loin de s'améliorer.

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'âge<sup>46</sup>.

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.

Dans le groupe des 15 à 19 ans, la proportion d'adolescents de sexe masculin classés comme faisant de l'embonpoint ou étant obèses est passée de 14 % à 31 % entre 1981 et 2009. Chez les adolescentes, cette proportion est passée de 14 % à 25 %. La proportion d'adolescents des deux sexes dont la circonférence de la taille indiquait un risque élevé ou accru de problèmes de santé a plus que triplé.

En 1978, au Canada, le taux d'obésité chez les 2 à 17 ans était de 3 % et le taux d'embonpoint de 12 % pour un total combiné de 15 %. En 2004, le taux d'obésité est passé à 8 % et celui de l'embonpoint à 18 % pour un total combiné de 26 % en surcharge pondérale. Le tableau suivant démontre que le taux d'obésité chez les jeunes a presque quadruplé, entre 1981 et 1996<sup>47</sup>.



Données de l'ECMS, 2010

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 obèses<sup>48</sup>. Les dernières données québécoises de l'Institut national de santé publique du Québec relèvent que près d'un enfant sur quatre a un surplus de poids dont un tiers souffrent d'obésité. Les problèmes de poids sévères frappent maintenant dès la petite enfance. 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<sup>49,50,51,52,53</sup>.

### Comparaison dans le monde

L'OMS prévoit que, d'ici 2015, quelque 2,3 milliards d'adultes auront un surpoids et plus de 700 millions seront obèses<sup>54</sup>. Chez nos voisins du sud, selon l'Institut de recherche RTT international, le taux d'obésité a augmenté de 37 % entre 1998 et 2006. Bien que le Québec semble faire meilleure figure que les États-Unis, il s'agit d'une bien mince consolation puisque nous sommes malheureusement en voie de les rattraper.



## Les coûts de l'épidémie d'obésité

Au Québec, les coûts de l'épidémie d'obésité et des maladies chroniques qui y sont associées constituent un fardeau économique important pour l'ensemble de la population. Selon l'OMS, les coûts associés aux traitements des maladies chroniques et des problèmes de poids atteindront bientôt un tel niveau qu'ils viendront amputer une part importante du financement de l'État consacré aux autres secteurs<sup>55</sup>. Le traitement des maladies associées à l'excès de poids et à l'obésité s'avère extrêmement coûteux et ces coûts sont appelés à augmenter significativement au fur et à mesure que l'épidémie d'obésité progresse.

En 2001, Katzmarzyk & Janssen évaluaient que le fardeau économique de l'obésité atteignait 4,3 milliards \$ au Canada, soit 1,6 milliard pour les coûts directs et 2,7 milliards pour les coûts indirects. L'interprétation des coûts directs comprend le coût des soins hospitaliers, des médicaments, des soins de médecins, des soins dans d'autres institutions et des dépenses directes additionnelles en soins de santé<sup>56</sup>. Quant aux coûts indirects, ils s'intéressent aux années de vie perdues en raison d'un décès prématuré et des jours d'activités perdus en raison d'incapacités<sup>57</sup>.

En 2005, selon les estimations, les pathologies, les incapacités et les décès liés aux maladies chroniques auraient coûté au Canada plus de 80 milliards \$ par année<sup>58</sup>. Selon un rapport de l'Organisation internationale du travail, les études ont montré que le risque d'absentéisme est deux fois plus élevé chez les travailleurs obèses que chez les travailleurs ayant un poids santé. L'obésité représenterait 2 à 7 % des dépenses totales de santé dans les pays industrialisés<sup>59</sup>.

Au Québec, il est difficile de préciser la part du budget du système de santé résultant de l'obésité puisque les systèmes d'information sont, pour l'instant, limités. Par contre, selon les dernières estimations, l'obésité aurait coûté 700 millions \$ aux Québécois, ce qui représenterait 5,8 % du budget consacré à la santé<sup>v,60</sup>. Cette même étude a estimé à plus de 800 millions \$ les pertes en productivité<sup>61</sup>. Devant la croissance de l'épidémie d'obésité dans toutes les tranches d'âges, tout porte à croire que les coûts associés à l'obésité sont sous-estimés et sont probablement aujourd'hui encore plus élevés.

**« L'état des finances publiques du Québec ne permet pas d'ignorer les conséquences de l'obésité sur le système de santé. La réduction de l'obésité par la promotion d'environnements sains permettra des économies importantes au système de santé. »**

La gravité de l'épidémie d'obésité à laquelle nous faisons actuellement face se mesure donc, pour une bonne part, dans ses incidences sur la santé publique et sur les coûts du système de santé. Sur le plan des finances publiques, le traitement des maladies associées à l'excès de poids et à l'obésité s'avère extrêmement coûteux et ces coûts sont appelés à augmenter significativement au fur et à mesure que l'épidémie d'obésité progresse. En effet, selon le Centers for Disease Control and Prevention, les coûts de l'obésité et des maladies qui y sont associées ont doublé au cours des dix dernières années aux États-Unis, passant de 78,5 milliards \$ en 1998 à plus de 147 milliards \$ en 2008.

**« Selon les dernières estimations, l'obésité aurait coûté 700 millions \$ aux Québécois, ce qui représenterait 5,8 % du budget consacré à la santé. Cette même étude a estimé à plus de 800 millions \$ les pertes en productivité. »**

<sup>v</sup> Année financière 1999-2000

L'état des finances publiques du Québec ne permet pas d'ignorer les conséquences de l'obésité sur le système de santé. La réduction de l'obésité par la promotion d'environnements sains permettra des économies importantes au système de santé. Les dépenses onéreuses pour le traitement des maladies chroniques, dont l'obésité a une grande part de responsabilité, pourraient être considérablement diminuées. Il devient donc stratégique et judicieux de promouvoir des environnements sains pour lutter contre ce phénomène.

## L'école : une étape nécessaire pour une prévention efficace

---

Au terme de la conférence des ministres de la santé, le cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé était dévoilé. On pouvait notamment y lire : « La plupart des enfants passent environ la moitié de leur temps éveillé durant la semaine dans un environnement scolaire. Par conséquent, toutes les politiques scolaires qui pourraient contribuer à réduire l'obésité devraient être examinées, y compris les types d'aliments et de boissons servis et vendus dans les écoles, ainsi que les occasions de s'adonner à des activités physiques et d'obtenir une éducation physique de qualité, et la disponibilité de moyens de transport actifs et sécuritaires pour aller à l'école et retourner à la maison »<sup>62</sup>.

Reconnaissant l'apport considérable des habitudes alimentaires acquises au plus jeune âge sur la santé des individus, le gouvernement du Québec, par la voix de son Premier ministre, annonçait, en 2007, une nouvelle politique alimentaire dans les écoles du Québec *Pour un virage santé à l'école*.

Le gouvernement du Québec exprimait ainsi son intention claire de sortir la malbouffe des cafétérias et des machines distributrices de nos écoles. Le Premier ministre rappelait alors que l'élimination de la malbouffe des écoles était la première mesure figurant dans la stratégie d'action jeunesse pour les années de 2006 à 2009. On reconnaissait ainsi l'importance de l'alimentation pour les jeunes ainsi que le rôle exemplaire du milieu scolaire. Au terme de l'année 2009, il aurait été important d'évaluer le processus de mise en place de la *Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif : Pour un virage santé à l'école* afin d'en tirer des leçons et d'apporter les ajustements requis. Cette analyse, si elle avait été réalisée, nous aurait sans doute révélé si la quarantaine de mesures et de propositions d'actions ont permis d'accroître la qualité de l'offre alimentaire dans les écoles, d'apporter un soutien adéquat aux commissions scolaires et aux parents, etc.



Malgré la démonstration faite qu'une alimentation inadéquate interfère avec l'apprentissage et la réussite scolaire, 40 % des Canadiens sautent régulièrement le déjeuner. Manger un petit-déjeuner santé est associé à une meilleure alimentation et augmente les performances à l'école<sup>63</sup>. On sait que 31 % des étudiants de l'école primaire ne prennent pas un déjeuner santé chaque jour. Pour le secondaire, c'est 62 % qui n'auraient pas cette routine matinale. À l'âge de 15 ans, 26 % des filles et 21 % des garçons disent qu'ils ne déjeunent pas les jours d'école<sup>64</sup>. En mars 2010, des chercheurs de l'Institut de la statistique du Québec nous révélaient que 14 % des enfants entre 1 et 18 ans sautaient au moins un des trois repas par jour (particulièrement le déjeuner ou le dîner) et la proportion grimpait à un jeune sur cinq chez les 9 à 18 ans<sup>65</sup>. Il va sans dire que cela peut affecter la mémoire ainsi que la force physique, de même que les efforts pour contrôler le poids.

Le volet nutrition de l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois réalisée en 1999 nous indique qu'à peine 7 % des filles et 11 % des garçons de 6 à 8 ans consomment le nombre minimal de portions suggéré dans le Guide alimentaire canadien pour manger sainement pour les quatre principaux groupes d'aliments<sup>66</sup>. Le portrait de l'alimentation des jeunes dressé à partir des données de cette enquête montre que les fruits et les légumes ainsi que les produits laitiers constituent les groupes les moins consommés par rapport aux quantités recommandées (Bertrand, 2004)<sup>67</sup>. Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, seulement 43 % des Québécois de 12 ans et plus ont déclaré consommer des fruits et des légumes au moins cinq fois par jour. Pour la région de Montréal, le taux est de 41 %. Ainsi, 57 % des Québécois et 59 % des Montréalais consomment de façon insuffisante des fruits et légumes<sup>68</sup>.

Les études démontrent que les enfants qui prennent le temps de déjeuner, en comparaison avec ceux et celles qui sautent ce repas, ont de meilleures performances à l'école, une meilleure concentration, de meilleures aptitudes pour résoudre des problèmes et une meilleure coordination des mains et des yeux<sup>69</sup>. Les enfants qui commencent l'école le ventre vide sont amortis, moins attentifs et manquent d'énergie pour les activités matinales<sup>70</sup>. De plus, il est démontré que ceux et celles qui déjeunent tendent à avoir un meilleur apport quotidien en fruits, légumes, produits laitiers, fibre, vitamines et minéraux. On peut facilement faire un parallèle avec le repas du midi. Comment être attentif ou participer avec entrain en classe ou lors des activités sportives si notre ventre crie famine?

La Commission scolaire de Montréal (CSDM) organisait, en mars 2009, un colloque réunissant plus de 300 représentants des milieux scolaire, communautaire et institutionnel et ayant pour thème : « Apprendre sans faim : une responsabilité partagée ». L'objectif de cet événement étant de faire émerger de nouvelles solutions afin d'assurer la saine alimentation des élèves. Dans le cadre de cet événement la présidente, madame Diane de Courcy déclarait : « Nous savons qu'une saine alimentation est un facteur essentiel de [la] réussite [des jeunes]. Il est donc de notre devoir de veiller à ce que l'ensemble de nos élèves puissent y avoir accès ».

**« Nous savons qu'une saine alimentation est un facteur essentiel de [la] réussite [des jeunes]. Il est donc de notre devoir de veiller à ce que l'ensemble de nos élèves puissent y avoir accès. »  
(Madame Diane de Courcy)**

## **Moyens insuffisants pour assurer le succès de la politique alimentaire**

Aux vues de l'évolution rapide de la problématique du poids chez les jeunes, de ses nombreuses conséquences sur la santé et de l'explosion des maladies chroniques dans notre société, il semble indispensable de poser des actions populationnelles concrètes, et ce, dès le plus jeune âge. La politique-cadre s'inscrit dans cette démarche préventive, mais manque actuellement de moyens pour être efficacement mise en place dans les établissements scolaires. On peut lire à la page 37 du *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir*, que le ministère de l'Éducation devait produire un rapport faisant état de l'avancement de l'implantation des diverses mesures proposées et des travaux poursuivis.

De l'avis de plusieurs, bien que le bilan officiel de la mise en place de la politique, promis pour septembre 2009 ne soit pas encore publié, nous pouvons conclure que le financement associé à l'implantation de cette politique-cadre n'a pas été à la hauteur des espérances, limitant ainsi les actions sur le terrain. À preuve, 8 millions \$ auraient été investis en 2007-2008 pour accompagner les écoles à prendre le virage santé, ceci représenterait environ 2 500 \$ par établissement<sup>vi</sup> pour réaménager les cafétérias, former le personnel, adapter ou rédiger une politique, accompagner les différentes clientèles dans ce changement, etc.

## **Taxe sur les boissons gazeuses et énergisantes : source de financement pour les repas scolaires**

*« 8 millions \$ auraient été investis en 2007-2008 pour accompagner les écoles à prendre le virage santé, ceci représenterait environ 2 500 \$ par établissement pour réaménager les cafétérias, former le personnel, adapter ou rédiger une politique, accompagner les différentes clientèles dans ce changement, etc. »*

Il s'avère donc urgent de trouver de nouvelles ressources financières qui pourront être consacrées à la mise en place d'actions concrètes pour lutter contre l'obésité et les maladies chroniques, et ce, en améliorant l'accès et la qualité des repas scolaires. En tenant compte de l'état des finances publiques actuellement, il nous semble tout naturel de proposer de financer ces améliorations dans l'offre alimentaire de nos enfants grâce aux revenus générés par une taxe, perçue chez l'embouteilleur, sur les boissons gazeuses et énergisantes. Au-delà des revenus générés par une telle taxe, cette mesure fiscale pourrait aussi contribuer à réduire le pouvoir d'attraction de ces produits et en diminuer la consommation, ce qui serait bénéfique pour la santé de l'ensemble de la population.

Enfin, nous sommes d'avis qu'il est essentiel d'outiller les jeunes afin qu'ils prennent plaisir à manger des repas santé et nous voulons les appuyer en nous assurant qu'ils bénéficient d'un environnement alimentaire sain, dans le milieu où ils passent le plus de temps, à un âge où ils sont plus réceptifs et peuvent acquérir de saines habitudes de vie pour les années à venir.

---

<sup>vi</sup> En 2006-2007, on comptait 2 770 écoles au sein des commissions scolaires, 39 écoles gouvernementales, 354 écoles privées, ce qui représente 3 163 établissements.

# Consensus scientifique et populaire en faveur d'une taxe

---

## Connaissances scientifiques

Une taxe sur les boissons gazeuses et énergisantes ne règlera pas, à elle seule, l'épidémie d'obésité en quelques semaines, mais nous croyons qu'elle est un complément aux autres actions déjà menées. Au-delà des investissements possibles qu'une telle taxe générerait, une augmentation des prix pourrait être un premier signal à la population pour tendre à « dénormaliser » ces produits et réduire leur consommation.

Notre argumentation repose sur un consensus scientifique en regard des boissons sucrées et des avantages de mettre en place une mesure fiscale comme nous le proposons. Voici quelques données probantes appuyant notre proposition :

- L'habitude de consommer des boissons sucrées serait un facteur probable et convaincant de l'épidémie mondiale d'obésité : Organisation mondiale de la Santé (2003), [\*Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Diseases\*](#)<sup>71</sup>.
- Diminuer la consommation de boissons sucrées fait partie des 6 stratégies basées sur des preuves identifiées pour prévenir et réduire le surpoids et l'obésité : Centers for Disease Control and Prevention (2008), [\*State Nutrition, Physical Activity and Obesity \(NPAO\) Program, Technical Assistance Manual\*](#)<sup>72</sup>.
- 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 : Institute of Medicine of the National Academies (2009), [\*Local Government Actions to Prevent Childhood Obesity\*](#)<sup>73</sup>.
- La taxe est une mesure fiscale incitative identifiée comme porteuse en termes de coût-bénéfice : Rapport de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (2010), [\*L'obésité et l'économie de la prévention\*](#)<sup>74</sup>.
- Les experts recommandent d'aller de l'avant immédiatement avec l'implantation d'une taxe sur les boissons sucrées : Rapport commandé par la Fondation des maladies du cœur du Canada (2010), [\*Economic Policy, Obesity and Health: A Scoping Review\*](#)<sup>75</sup>.

## Une taxe sur les boissons sucrées : un sujet d'actualité

Kelly Brownell, professeur de psychologie et directeur du Rudd Center for Food Policy and Obesity à l'Université de Yale, a proposé l'idée de taxer les boissons sucrées il y a déjà une quinzaine d'années. Il soutient, entre autres, que pour observer de véritables changements, il faut déplacer l'équilibre économique entre les aliments sains et les aliments « malsains ». La taxe que nous proposons est un premier pas qui pourrait financer des mesures positives afin de rendre les aliments sains plus accessibles.

Le Rudd Center, organisme de recherche en politiques publiques dédié à l'amélioration de l'alimentation, la prévention de l'obésité et la réduction de la stigmatisation à l'égard du poids, soutient activement la mise en place de mesures fiscales pour réduire la consommation des boissons sucrées. Ce centre est également très impliqué auprès de la première dame des États-Unis, madame Michelle Obama, dans le cadre du projet « Let's Move » qui vise quatre grands déterminants de l'obésité infantile :

- le manque de connaissances des parents sur les saines habitudes de vie,
- les faibles normes nutritionnelles dans les écoles,
- le faible taux d'activité physique chez les enfants,
- un accès limité à des aliments santé dans les quartiers défavorisés.

La proposition du Rudd Center, qui est reprise dans plusieurs états américains, milite en faveur d'une taxe d'accise d'un sou par once de boissons sucrées<sup>76</sup>. Actuellement, dix-sept états américains ont proposé un projet de loi pour implanter une taxe sur les boissons sucrées. **Cette proposition est fondée en partie sur les mesures fiscales appliquées au tabac et à l'alcool** qui ont eu du succès dans la réduction de la consommation de ces produits, en plus de démontrer des bénéfices sur la santé. En fait, de nombreuses études économiques ont conclu que chaque augmentation de 10 % du prix réel des cigarettes réduisait la consommation de :

- 3 % à 5 % dans la population générale;
- 3,5 % parmi les jeunes adultes fumeurs;
- 6 % à 7 % chez les enfants<sup>77</sup>.

En 2009, une revue systématique de 112 études sur l'effet du prix et des taxes sur l'alcool a établi que l'augmentation des prix de l'alcool est un moyen efficace pour réduire sa consommation<sup>78</sup>.

La taxe, selon le Rudd Center, doit viser à réduire la consommation des boissons sucrées, nocives pour la santé. Cette mesure est fondée sur les meilleures estimations sur l'impact de la taxe ou de la variation du prix sur la demande pour les boissons sucrées<sup>79</sup>.

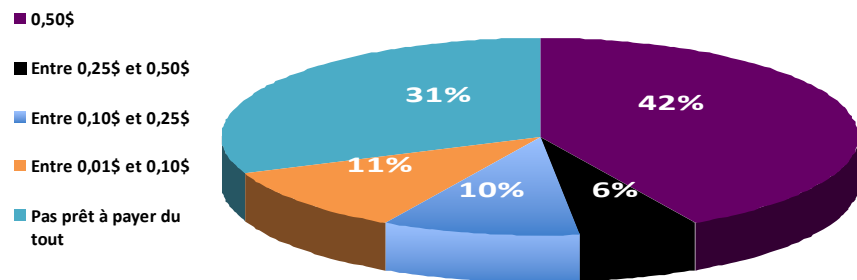
Mais on en parle aussi ailleurs dans le monde. Dès 2008, un rapport français confidentiel préconise d'adapter la fiscalité sur les aliments pauvres d'un point de vue nutritionnel. En 2009, le Danemark proposait d'augmenter la taxation sur les styles de vie malsains et le Maroc suggérait d'imposer une taxe forfaitaire de 1000 dhs sur les sociétés de boissons gazeuses utilisant le sucre. Modifier la fiscalité afin d'inclure une taxe sur les aliments riches en gras saturés, en sel et en sucre, ou sur les boissons sucrées plus spécifiquement, a aussi été en discussion au cours de l'année 2010 dans différentes villes et états américains, en Roumanie, en Belgique, en France, à Taiwan ou au Chili.

Plus près de nous, le 27 septembre 2009, le Parti libéral du Québec adoptait à l'unanimité une résolution prévoyant l'instauration d'une taxe d'accise sur les boissons énergisantes, les croustilles, les boissons gazeuses et les confiseries. Aussi, le 18 mai 2010, lors du colloque « Un gouvernement souverainiste au service des Québécois », Bernard Drainville, dans son allocution sur la santé, insistait sur la nécessité d'investir en prévention. À ce titre, il proposait une taxe sur la malbouffe ou sur la publicité de malbouffe afin de faire la promotion de la saine alimentation et de l'activité physique. Dans la proposition principale définie lors du XVI<sup>e</sup> congrès national du PQ, *Agir en toute liberté*, une « taxe spéciale sur certains produits néfastes pour la santé » a été proposée afin de réduire la prévalence des maladies chroniques et d'améliorer les habitudes de vie<sup>80</sup>.

## Opinion publique

Un sondage réalisé par Léger Marketing pour le compte du *Journal de Montréal*, à la suite du conseil général des libéraux qui adoptaient, à l'unanimité, une résolution proposant une telle taxe a obtenu un appui de **77 %** des répondants.

- De même, un sondage mené par Ipsos Descaries entre le 22 et le 30 mai 2010 auprès de 2 000 répondants indique aussi que 77 % des Québécois souhaitent l'instauration d'une telle taxe dont les revenus seraient investis dans la prévention de l'obésité et dans la promotion des saines habitudes de vie.
- Quant au montant qu'ils seraient prêts à payer sur une cannette de boisson gazeuse, Ipsos Descaries a réalisé un omnibus sur le Web entre le 13 et le 19 octobre 2010, nous révélant que 42 % des Québécois ont indiqué qu'ils trouveraient acceptable de payer 0,50 \$ par cannette si les revenus d'une telle taxe sont investis en prévention (voir graphique ci-dessous).



- Dans ce même sondage, on apprenait que la population canadienne dans son ensemble semblait également 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.**

## Les mesures fiscales pour améliorer les comportements alimentaires : un moyen efficace?

Plusieurs études s'intéressent à l'impact du prix de certains aliments sur la consommation de ces produits et sur le poids corporel :

- La demande pour les boissons gazeuses est élastique (- 1,15) ce qui signifie qu'une taxe de 10 % pourrait réduire la consommation de 11,5 %<sup>81</sup> (fondé sur l'information concernant l'augmentation des prix et les volumes de ventes de Coca-Cola et Pepsi en novembre 2008, aux États-Unis<sup>82</sup>).



- Le 17 juin 2010, l'*American Journal of Public Health* publiait une étude nous révélant, entre autres, qu'une augmentation du prix des boissons gazeuses régulières (non diètes) de 35 % dans une cafétéria d'hôpital de Boston avait pour conséquence une baisse des ventes de 26 % tandis que l'éducation seule n'avait pas d'effet sur les ventes. Alors que les ventes de boissons régulières chutaient, les ventes de boissons gazeuses diètes et de café augmentaient de 20 % suggérant que des prix élevés pour les breuvages caloriques peut encourager de nombreuses personnes à les remplacer par des alternatives « plus santé ». Les chercheurs concluent qu'une augmentation des prix peut être un mécanisme politique efficace pour réduire les ventes de boissons gazeuses régulières<sup>83</sup>.
- La consommation de boissons sucrées varie beaucoup dans la population. Ceux qui consomment les plus grandes quantités de boissons sucrées sont plus sensibles aux augmentations de prix et plus susceptibles de réduire leur consommation en fonction du prix<sup>84</sup>. Dans une étude norvégienne, l'augmentation du prix des boissons gazeuses de 10,8 % a réduit la consommation de 17 % dans le groupe « à plus forte consommation » et de près de 7 % dans le groupe à « plus faible consommation ». Selon cette même étude, une augmentation du prix de 27,3 % a été associée à une baisse de la consommation de 17 % chez les plus petits consommateurs et de 44 % chez les plus grands consommateurs<sup>85</sup>.
- Dans une étude américaine portant sur les ménages à faible revenu, une augmentation de 10 % du prix des boissons gazeuses a été associée à une réduction de la consommation de 8 %<sup>86</sup>.
- Une récente étude du *Department of Agriculture's Economic Research Service* souligne qu'une augmentation de 20 % du prix des boissons sucrées riches en calories pourrait diminuer de 37 calories la ration calorique journalière provenant des boissons chez les adultes et de 43 calories chez les enfants. Cette diminution pourrait se traduire par une perte de poids moyenne de 3,8 livres par an chez les adultes et de 4,5 livres chez les enfants<sup>87</sup>.
- En décembre 2010, Eric A. Finkelstein publiait son étude sur l'impact d'une taxe sur les ménages à revenus faibles et élevés. D'après lui, une haute taxe sur les boissons sucrées a le potentiel d'influencer positivement le statut pondéral, spécialement pour les ménages à revenu modéré. À titre d'exemple, une taxe de 20 % pourrait induire une perte de poids de 0,32 kg par personne et par an alors qu'une taxe de 40 % pourrait se solder par une perte de poids de 0,59 kg par personne et par an tout en générant des revenus estimés à 2,5 milliards \$, la plus grande part provenant des ménages à revenus élevés. Une taxe de 40 % sur les boissons sucrées coûterait en moyenne 28,48 \$ par an et par foyer.
- Une étude financée par « le fond pour la santé publique » de New York et réalisée par l'École en santé publique Mailman de l'Université Columbia montre qu'une taxe d'un sou par once sur les boissons sucrées pourrait prévenir 145 000 cas d'obésité chez les adultes dans l'état de New York sur les dix prochaines années, 37 000 cas de diabète de type 2 sur la même période, permettant aux résidents de l'état d'économiser environ 2 milliards \$ en coût de soins de santé<sup>88</sup>.



## Revenus potentiels

**Aux États-Unis**, on estime qu'une taxe nationale de **un sou** par once sur les boissons sucrées pourrait générer au moins 14,9 milliards \$ au cours de la première année seulement<sup>89</sup>.

**Pour le marché québécois**, voici quelques simulations illustrant l'impact de différents niveaux de taxes. Cette modélisation n'est valable que si l'intégralité de la taxe perçue chez l'embouteilleur est répercutée sur le prix de vente aux consommateurs :



**Format = 355 ml (= 12 onces)**

**Prix = 0,59 \$** (le 14 décembre 2010<sup>vii</sup>) soit 0,17 \$ les 100 ml

**Simulation de taxe :**

- Taxe de **1 sou par once** = 12 sous pour 355 ml soit environ 20,3 % du prix initial  
→ La canette de 355 ml reviendrait à 0,71 \$.
- Taxe de **1 sou par litre** = 0,00355 \$ pour 355 ml
- Taxe de **5 sous par litre** = 0,018 \$ pour 355 ml



**Format = 473 ml (16 onces environ)**

**Prix = 2,99 \$** (le 22 décembre 2010<sup>viii</sup>) soit 0,64 \$ les 100 ml

**Simulation de taxe :**

- Taxe de **1 sou par once** = 16 sous pour 473 ml soit environ 5,35 % du prix initial  
→ La canette de 473 ml reviendrait à 3,15 \$.
- Taxe de **1 sou par litre** = 0,00473 \$ pour 473 ml
- Taxe de **5 sous par litre** = 0,024 \$ pour 473 ml

<sup>vii</sup> Repéré à <http://magasin.iga.net/Parcourir/Boissons/Gazeux/Colas.aspx?pn=1&ps=10&fb=&s=&os=&t=59>

<sup>viii</sup> Repéré à <http://magasin.iga.net/Parcourir/Boissons/Gazeux/Colas.aspx?pn=1&ps=10&fb=&s=&os=&t=59>



**Format = 1 L (= 33 onces)**

**Prix = 1,99 \$** (le 14 décembre 2010<sup>ix</sup>) soit 0,20 \$ les 100 ml

**Simulation de taxe :**

- Taxe de **1 sou par once** = 33 sous pour 1 L soit environ 16,6 % du prix initial  
→ La bouteille de 1 L reviendrait à 2,32 \$.
- Taxe de **1 sou par litre** = 1 sou pour 1 L  
→ La bouteille de 1 L reviendrait à 2,00 \$.
- Taxe de **5 sous par litre** = 5 sous pour 1 L  
→ La bouteille de 1 L reviendrait à 2,04 \$.



**Format = 2 L (= 67 onces<sup>x</sup>)**

**Prix = 2,19 \$** (le 13 décembre 2010<sup>xi</sup>) soit 0,11 \$ les 100 ml

**Simulation de taxe :**

- Taxe de **1 sou par once** = 67 sous pour 2 L soit environ 31 % du prix initial  
→ La bouteille de 2 L reviendrait à 2,77 \$.
- Taxe de **1 sou par litre** = 2 sous pour 2 L  
→ La bouteille de 2 L reviendrait à 2,21 \$.
- Taxe de **5 sous par litre** = 10 sous pour 2 L  
→ La bouteille de 2 L reviendrait à 2,29 \$.

---

<sup>ix</sup> Repéré à <http://magasin.iga.net/Parcourir/Boissons/Gazeux/Colas.aspx?ps=50&fb=&s=&os=&t=59>

<sup>x</sup> 30 ml = 1 once

<sup>xi</sup> Repéré à <http://magasin.iga.net/Parcourir/Boissons/Gazeux/Colas.aspx?pn=1&ps=25&fb=&s=&os=&t=59>

## Pourquoi cibler les boissons gazeuses et énergisantes?

---

L'obésité étant multifactorielle, on ne peut isoler une seule cause pour expliquer ce phénomène. Cependant, certains facteurs environnementaux s'illustrent comme pouvant, en partie, expliquer l'évolution rapide de l'obésité, mais également des maladies chroniques associées comme le diabète. Rappelons notamment que la consommation de boissons sucrées est reconnue depuis 2003 par l'Organisation mondiale de la Santé comme un facteur probable et convaincant lié à l'épidémie d'obésité.

Aussi, l'automne dernier, le gouvernement canadien a consacré une publicité, dans le cadre de sa campagne sur la santé et la sécurité des enfants, pour informer la population à l'effet que les boissons sucrées contribuent de manière importante à l'épidémie actuelle d'obésité. À titre d'exemple, chaque boisson gazeuse de 12 onces consommée quotidiennement par les enfants, augmente leur risque de devenir obèse de 60 %<sup>90</sup>. 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 %<sup>91</sup>.

*« Chaque boisson gazeuse de 12 onces consommée quotidiennement par les enfants, augmente leur risque de devenir obèse de 60 %. »*

Le marché des boissons sucrées se développe intensément et leur consommation s'est accrue chez les enfants, les adolescents et les adultes. On entend par « boisson sucrée » un breuvage avec sucre ajouté (punch aux fruits, cocktails de fruits, boissons gazeuses, eaux vitaminées, boissons énergisantes, cafés et thé aromatisés, etc.).

La consommation de boissons gazeuses au Canada a doublé entre 1971 et 2001<sup>92</sup>. La diversité de l'offre ainsi qu'une disponibilité accrue de ces breuvages explique en partie ces nouvelles habitudes de consommation. De plus, devant l'abondance de ces boissons et la concurrence qui en résulte, les industries rivalisent d'ingéniosité pour positionner leur produit sur le marché, ce qui se traduit souvent par des politiques de prix très attractives, des emballages toujours plus séduisants et des initiatives promotionnelles innovantes, présentes sur toutes les plateformes médiatiques. À cet égard, 4 milliards \$ ont été investis en publicité pour les boissons gazeuses par les plus grosses compagnies en 2006<sup>93</sup>. On peut aisément imaginer que ce chiffre est plus important aujourd'hui.

Difficile alors pour le consommateur moderne de ne pas se laisser tenter, et ce, quelque soit son âge. Les enfants et adolescents sont cependant plus sensibles et vulnérables face à cette promotion massive, qui les cible souvent directement, et apparaissent comme des consommateurs importants de boissons sucrées.

### Au Québec :

- 17 % des enfants d'âge préscolaire boivent des boissons sucrées quotidiennement<sup>94</sup>.
- Environ 20 % des enfants québécois de 4 ans consomment chaque jour des boissons sucrées<sup>95</sup>.

## Au Canada :

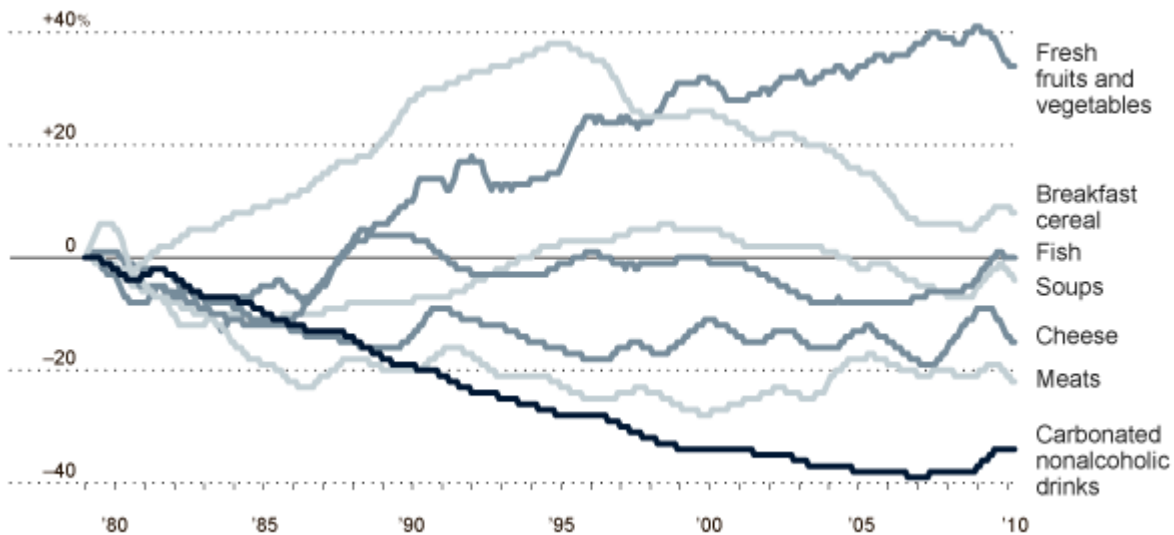
- Les boissons sucrées occupent une place importante dans l'alimentation des jeunes, filles et garçons, de tous les groupes d'âge, y compris chez les tout-petits âgés d'un à trois ans. Deux tendances de consommation se dégagent chez les jeunes canadiens :
  - les garçons consomment plus de boissons sucrées 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 litre<sup>96</sup>.
- La consommation de boissons gazeuses au Canada a atteint en 2002, 120 litres par personne et par an ce qui équivaut à 60 bouteilles de grand format<sup>97</sup>.

Cette forte consommation de boissons sucrées n'est pourtant pas sans conséquence sur la santé, notamment parce qu'elles contiennent de grandes quantités de sucre et qu'elles sont souvent très acides, ce qui peut, entre autres, avoir un impact sur la santé dentaire des enfants.

## Un marché lucratif au détriment des produits sains

L'industrie se vante de répondre aux multiples demandes du consommateur et de s'adapter aux besoins de chacun. Mais, 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, crée ces besoins dans la population?

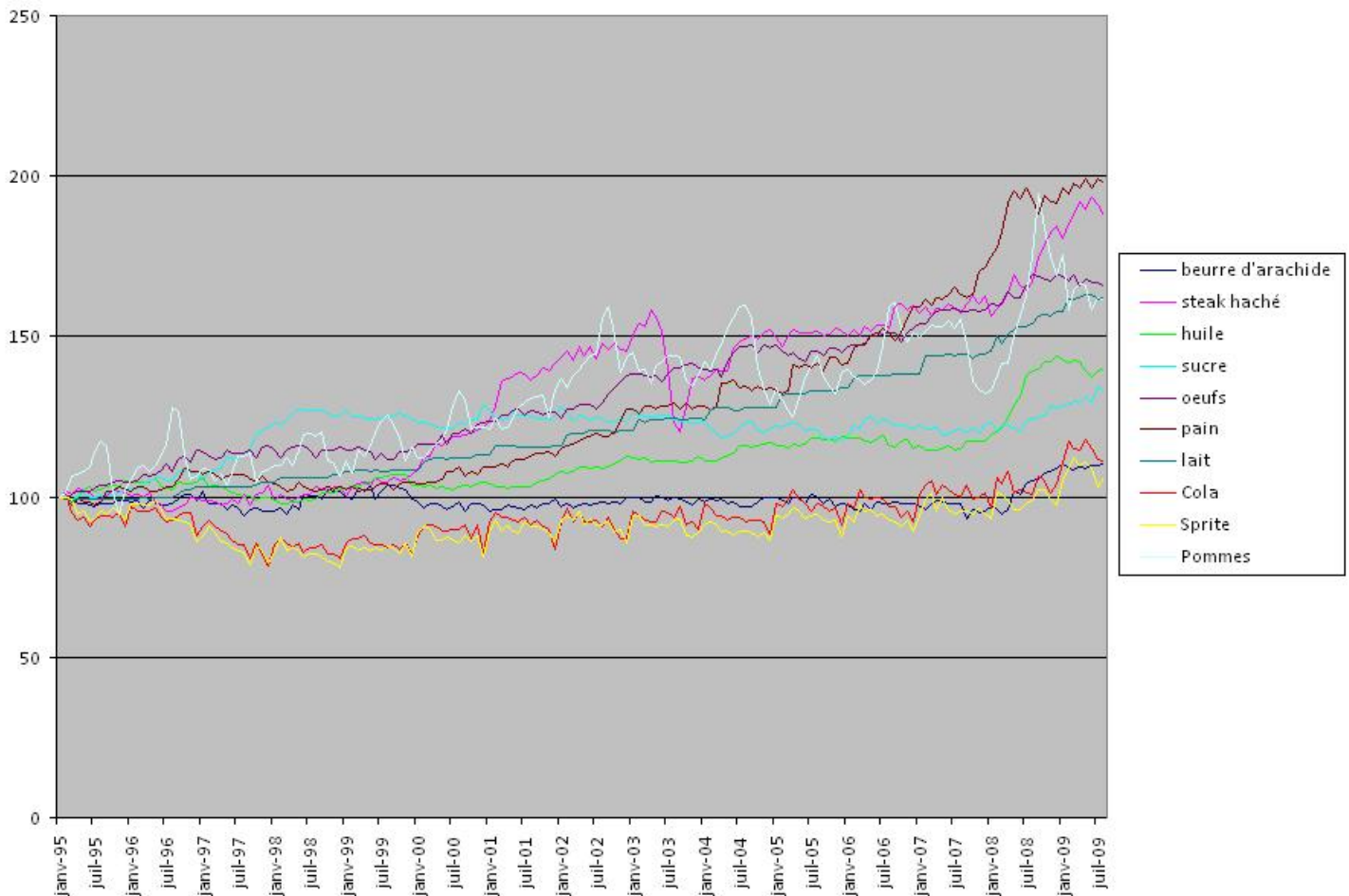
On sait par exemple, que le prix est un facteur primordial dans le processus décisionnel d'achat. Pour les jeunes, le prix constitue le second déterminant (après les préférences alimentaires) en importance de la consommation d'un aliment<sup>98,99,100</sup>. À cet égard, les boissons gazeuses et énergisantes sont couramment vendues à bas prix ou en promotion. Alors que le prix des fruits et des légumes a considérablement augmenté au cours des dernières années, celui des boissons gazeuses n'a cessé de diminuer. C'est ce que nous montre ce graphique aux États-Unis :



Variation des prix de certains items (\$ US) depuis 1978, par rapport à l'inflation globale, mesurée par l'Indice des prix à la consommation. Le prix des boissons gazeuses, par exemple, a chuté de 34 % par rapport à tous les autres prix.

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-lime<sup>101</sup>.



Variation des prix de certains items (\$ CAN) depuis 1995, par rapport à l'inflation globale, mesurée par l'Indice des prix à la consommation.

Ces techniques marketing astucieusement mises en œuvre sont probablement, en grande partie, responsables de la consommation actuelle de boissons gazeuses.

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 Canada<sup>102</sup>.

## Les boissons énergisantes : des produits récents mais très présents

La consommation de boissons énergisantes suscite également beaucoup d'inquiétude chez les acteurs de santé. Au-delà du fait qu'elles contiennent généralement de grandes quantités de sucre, semblables aux boissons gazeuses, elles sont également riches en caféine et autres composés. Elles sont aussi souvent consommées en excès par les jeunes populations ou encore mélangées à de l'alcool ce qui peut présenter des risques pour la santé.

Au départ, le marketing des boissons énergisantes visaient essentiellement les jeunes hommes. Les jeunes adolescents semblent également très attirés par ces breuvages, souvent en solde, et qui prônent, entre autres des vertus tonifiantes et dynamisantes. D'ailleurs, afin de mieux vendre cette image, la plupart des marques de boissons énergisantes commanditent des athlètes, des équipes sportives ou des événements associés à des sports extrêmes tels que la formule 1, le rallye automobile, le motocross, le skateboard ou encore des événements musicaux ou artistiques.

Il n'en reste pas moins que, consommées en excès ou par une population jeune, ces boissons peuvent présenter des risques pour la santé. (Voir annexe)

## Des définitions claires pour une réglementation facile

### Les boissons gazeuses

Bien que la science incrimine l'ensemble des boissons sucrées en raison de leur impact sur la santé, nous vous proposons de cibler deux familles de produits dans le cadre de la mise en place d'une telle mesure fiscale afin que cette mesure soit facilement mise en place. En fait, le terme « boisson gazeuse » est déjà défini dans la loi québécoise et quelques précisions quant à la portée de cette taxe seraient nécessaires. Au Québec, d'après l'article 1 de la *Loi sur la vente et la distribution de bière et de boissons gazeuses*<sup>103</sup>, le terme « **boisson gazeuse** » désigne « *une eau gazéifiée additionnée d'une essence ou d'un sirop* ».

Au Canada, l'industrie des boissons gazeuses comprend les établissements dont l'activité principale est la production de boissons gazeuses non alcoolisées, d'eaux minérales ainsi que de sirops et de concentrés destinés à la fabrication de boissons gazeuses<sup>104</sup>.

Activités et produits principaux :

- eaux gazeuses;
- boissons gazéifiées;
- eaux minérales et de source;
- sirops et concentrés destinés à la fabrication de boissons gazeuses;
- carbonatation des préparations de boissons gazeuses.

Pour sa part, Statistique Canada considère comme des boissons gazeuses (incluant l'eau en bouteille aromatisée) les boissons contenant plus d'un pour cent de substances aromatisantes, en poids. Le soda, l'eau de Seltz et le soda tonique sont également considérés comme des boissons gazeuses<sup>105</sup>.

L'industrie manufacturière de boissons gazeuses produit et met en bouteille des boissons gazéifiées non alcoolisées, dont des boissons aromatisées aux fruits, des colas, du soda au gingembre, de la bière de gingembre, du soda racinette, du thé glacé, du café glacé, de l'eau de Seltz, du soda tonique et autres préparations pour coquetels. L'industrie produit aussi d'autres boissons non alcoolisées comme des boissons lactées, des jus de fruits et des boissons aux fruits, de l'eau embouteillée, des boissons pour sportifs et des boissons énergisantes.

## Les boissons énergisantes

Bien que le marché se soit fortement développé au cours des dernières années, il n'existe, aujourd'hui, pas encore de définition réglementaire quant au terme « boisson énergisante ». Au Canada, on retrouve cette catégorie de produit sur toutes les tablettes, à côté des jus et autres boissons gazeuses. Pourtant, les boissons énergisantes ne sont pas considérées comme des aliments (sauf pour les versions avec alcool), mais bien comme des produits de santé naturels. Ceci se traduit par une réglementation différente, notamment en ce qui concerne les normes d'étiquetage.

Dans ce document, nous utiliserons cependant la définition proposée par l'Institut national de santé publique du Québec dans sa synthèse de connaissances publiée en novembre 2010<sup>106</sup>, à savoir :

- « le terme "**boisson énergisante**" désignera tout produit se présentant sous la forme d'une boisson ou d'un concentré liquide et qui prétend contenir un mélange d'ingrédients ayant la propriété de rehausser les niveaux d'énergie et de vivacité. »

## Réduire la consommation de boissons sucrées : un véritable enjeu de santé publique et de finances publiques

---

### Les boissons sucrées et l'obésité

On sait désormais que les causes de l'obésité sont multifactorielles, ce qui nécessite une approche multidisciplinaire. Cependant, à défaut d'être le seul, les boissons sucrées apparaissent comme un facteur probable de surpoids et d'obésité :

- L'Organisation mondiale de la Santé reconnaît en effet que l'habitude de consommer des boissons sucrées serait un facteur probable et convaincant de l'épidémie mondiale d'obésité<sup>107</sup>.
- 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 enfants<sup>108</sup>.
- 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 %<sup>109</sup>.
- L'augmentation de la consommation de boissons gazeuses est associée à l'incidence de l'obésité chez les enfants<sup>110</sup>. En effet, chaque boisson gazeuse de 12 onces consommée quotidiennement par les enfants augmente leur risque de devenir obèse de 60 %.

La forte concentration en sucre de ces breuvages associée à leur faible pouvoir rassasiant pourrait en partie expliquer l'impact des boissons sucrées sur la prise de poids. Les calories liquides ne sont en effet pas comptabilisées par l'organisme au même titre que les calories solides. Il n'y a donc pas d'effet compensatoire et ces calories liquides viennent essentiellement s'ajouter au régime journalier<sup>111</sup>. Une étude a d'ailleurs démontré ce phénomène puisque, lorsque les sujets absorbaient 450 calories de plus par jour sous forme de bonbons durant quatre semaines, ils ajustaient leur alimentation en mangeant moins d'autres aliments, ce qu'ils n'ont pas fait lorsqu'ils ont ajouté les calories sous forme de boissons gazeuses<sup>112</sup>.

*« L'Organisation mondiale de la Santé reconnaît que l'habitude de consommer des boissons sucrées serait un facteur probable et convaincant de l'épidémie mondiale d'obésité. »*



Rappelons également que la consommation de ces boissons se fait probablement au détriment de boissons plus saines telles que l'eau ou encore le lait.

En plus de favoriser l'obésité, la consommation de boissons sucrées favorise également les maladies chroniques associées à l'obésité et elles peuvent aussi avoir des **impacts sur la santé indépendants de l'obésité**. Par conséquent, ces breuvages concourent aux fortes dépenses de santé liées à l'obésité et aux pathologies associées.

## Les boissons sucrées et le diabète de type 2

Le diabète de type 2 est une pathologie qui peut être associée aux habitudes de vie. Certains chercheurs se sont penchés sur l'impact de la consommation de boissons sucrées sur le diabète de type 2. Voici leurs principales conclusions :

- Une grande consommation de boissons sucrées est associée à une plus grande ampleur de gain de poids et à une augmentation des risques de développer un diabète de type 2 chez les femmes, probablement en fournissant un surplus calorique et une grande quantité de sucres rapides<sup>113</sup>.
- Deux grandes études de cohorte ont trouvé une association entre la consommation régulière de boissons gazeuses et le risque de diabète de type 2 chez les adultes<sup>114,115</sup>.
- Une étude de cohorte auprès de 50 000 infirmières a identifié que le fait de boire une boisson gazeuse ou plus par jour augmentait de 83 % le risque de souffrir du diabète de type 2 par rapport à celles qui n'en consommaient qu'une par mois<sup>116</sup>.
- Une étude récente a notamment fait le lien entre la consommation de boissons sucrées et le risque de développer un diabète de type 2. Ainsi, les personnes consommant 1 à 2 boissons sucrées par jour avaient un risque 26 % plus élevé de développer un diabète de type 2 que les personnes ne consommant pas de boisson sucrée ou moins d'une par mois<sup>117</sup>. Cette même étude concluait que la forte consommation de boissons sucrées est associée à l'apparition du syndrome métabolique.

## D'autres liens se tissent entre les boissons sucrées et...

Il s'avère que la consommation de boissons sucrées impacte également directement sur d'autres problématiques de santé telles que la santé dentaire et la santé osseuse.

### La santé dentaire

En raison de leur teneur élevée en sucre et de leur niveau d'acidité, les boissons sucrées peuvent entraîner la carie et l'érosion dentaires, comme le montrent plusieurs études *in vivo* et *in vitro*<sup>118</sup>.

En ce qui concerne la relation entre la consommation de boissons sucrées et les **caries dentaires**, les preuves sont accablantes :

- Les sucres ajoutés, dont les boissons sont une grande source, sont reconnus comme un facteur direct de carie dentaire, notamment lorsqu'ils sont consommés entre les repas<sup>119</sup>.
- Ce sont les enfants et les adolescents qui sont le plus particulièrement touchés.
- Certaines études ont même établi un lien spécifique entre la carie dentaire et la consommation de boissons gazeuses :
  - Parmi les jeunes enfants âgés de 1 à 5 ans, la consommation de boissons gazeuses a été associée à une augmentation du risque de caries dentaires de 80-100 %<sup>120,121</sup>.



- L'acidité caractéristique des boissons sucrées, et des boissons diètes, provoque également de **l'érosion dentaire**. Phénomène irréversible, l'érosion dentaire cause plusieurs dommages permanents, dont la fragilisation de l'émail et une hypersensibilité au froid, à la chaleur, au sucre et au toucher<sup>122</sup>.

## **L'ostéoporose**

La consommation régulière de boissons sucrées semble avoir un impact négatif sur la densité osseuse :

- Au Canada, la consommation de lait est passée de 97,8 L/personne en 1976 à 85,5 L en 2004 tandis que celle des boissons gazeuses est passée de 63,1 L à 109,9 L durant la même période<sup>123</sup>.
- La consommation de boissons sucrées fait concurrence à celle du lait chez les enfants et les adolescents, entraînant une consommation moindre de calcium au moment même où il est vital à la croissance de la masse osseuse, notamment chez les filles, selon Claudine Blanchet Ph. D, spécialiste de l'ostéoporose<sup>124</sup>.
- De plus, certaines boissons sucrées contiennent de la caféine (boissons énergisantes et boissons gazeuses) et celle-ci peut augmenter l'excrétion du calcium à haute dose.
- Une étude de 2006 suggère que les colas, spécifiquement, peuvent être associés à une santé osseuse pauvre. L'effet de la consommation de cola sur la densité osseuse était attribué à l'acide phosphorique uniquement présent dans les colas<sup>125</sup>.

## Notre proposition

---

La Coalition québécoise sur la problématique du poids propose au gouvernement du Québec d'instaurer une taxe spéciale sur les boissons gazeuses et énergisantes dont les revenus seraient investis en prévention de l'obésité et en promotion des saines habitudes de vie. Il est impératif pour le gouvernement du Québec d'agir concrètement pour contribuer à réduire la consommation de boissons sucrées et permettre à un plus grand nombre de jeunes d'avoir accès à des repas sains et de qualité à l'école. Et une telle taxe lui permettrait d'atteindre ces deux objectifs. Rappelons qu'actuellement un enfant sur quatre souffre d'embonpoint ou d'obésité et que, pour la première fois, la génération actuelle risque de vivre moins longtemps et plus malade que la génération précédente.

Les maladies chroniques et l'obésité sont un fardeau économique majeur pour le Québec. Bien que leurs causes soient multifactorielles, les boissons gazeuses et énergisantes sont pointées du doigt par de très nombreuses études.

L'instauration d'une taxe sur les boissons gazeuses et énergisantes aurait ainsi un double objectif :

- faire reconnaître l'impact sur la santé de la consommation des boissons gazeuses et énergisantes
- améliorer l'accès à des aliments sains et de qualité pour nourrir les jeunes du Québec.

Les écoles du Québec ont entrepris le virage santé en 2007, mais les ressources nécessaires pour en assurer le succès sont insuffisantes. Dans l'état actuel des finances publiques, une nouvelle source de revenus doit être identifiée pour répondre à ce besoin. À l'instar de nombreux autres gouvernements à travers le monde, une taxe sur les boissons gazeuses et énergisantes nous semble toute désignée.

### **Réinvestir les revenus en prévention et en promotion de la santé : une proposition gagnante!**

Lors d'un sondage réalisé par Ipsos Descaries pour la Coalition Poids au début de l'année 2010, 77 % des Québécois se prononçaient en faveur d'une taxe spéciale sur les boissons sucrées si les revenus de la taxe proposée étaient investis dans la prévention de l'obésité et dans la promotion des saines habitudes de vie.

Un sondage plus récent nous apprenait que la population canadienne, tout comme les partenaires de la Coalition Poids, souhaitent voir les revenus de cette taxe investis dans les écoles et, entre autres, dans l'amélioration des repas qui y sont servis.

*« Une taxe minime de 0,05 \$ par litre équivaut à environ 5 fois le montant qui a été investi par le MELS pour améliorer l'offre alimentaire dans les écoles en fonction des orientations de la politique-cadre Pour un virage santé à l'école. »*

La Coalition Poids propose un prélèvement sur le modèle du « droit d'accise » qui serait appliqué aux boissons gazeuses et énergisantes, et qui serait perçu chez les producteurs et les importateurs, comme c'est le cas pour les boissons alcoolisées aujourd'hui. À titre d'exemple :

- À 0,01 \$ du litre, les revenus escomptés d'une telle taxe seraient de 8,6 millions \$.
- À 0,05 \$ par litre, les revenus seraient estimés à 40 millions \$.
- À 0,10 \$ par litre, les revenus pourraient être de près de 80 millions \$, etc.

Une taxe minime de 0,05 \$ par litre équivaut à environ 5 fois le montant qui a été investi par le MELS pour améliorer l'offre alimentaire dans les écoles en fonction des orientations de la politique-cadre *Pour un virage santé à l'école*<sup>126</sup>.

## Annexe : Caféine et boissons énergisantes

---

Le 23 novembre dernier, l'Institut national de santé publique du Québec publiait une synthèse de connaissances sur les boissons énergisantes et les risques liés à leur consommation<sup>127</sup>. Celle-ci mettait notamment en lumière le danger potentiel que représentait la caféine, principal ingrédient actif des boissons énergisantes, pour les enfants et les adolescents. En effet, une canette de boissons énergisantes pourrait contenir, selon le poids de l'enfant, une quantité de caféine supérieure à la consommation quotidienne maximale recommandée pour cette population.

On y apprenait également qu'une « dépendance physique et psychologique à la caféine peut se développer à la suite d'un usage chronique et induire des symptômes de sevrage après l'arrêt de la consommation », et ce, même chez les enfants et les adolescents.

À ce jour, seules neuf boissons énergisantes ont été homologuées par Santé Canada en recevant leur numéro de produit naturel. Qu'en est-il des autres? En attendant d'être évaluées, les boissons non homologuées par Santé Canada ont l'autorisation d'être vendues bien que personne n'ait vérifié leur innocuité. Sachant que ces boissons peuvent contenir de fortes doses de caféine, de taurine et de vitamines B et qu'elles sont facilement accessibles pour les jeunes, on comprend aisément que ces breuvages pourraient représenter un danger potentiel pour cette population vulnérable.

La consommation de caféine aux teneurs retrouvées dans les boissons énergisantes peut présenter certains effets indésirables tels que tachycardie sinusale, palpitations, insomnie, agitation, nervosité, tremblements, céphalée, douleur abdominale, nausées, vomissements, diarrhée et la diurèse. Quand cette consommation est chronique, elle peut entraîner une dépendance psychologique et physique autant chez les adultes que chez les enfants et les adolescents.

Santé Canada reconnaît les risques associés à une forte consommation de caféine et conseille aux Canadiens de gérer leur consommation. Pour ce faire, l'apport maximal recommandé est de :

Segments de la population	Apport maximal recommandé
Adultes en santé	400 mg
Femmes enceintes ou qui allaitent	300 mg
Enfants de 4 à 6 ans	45 mg
Enfants de 7 à 9 ans	62,5 mg
Enfants de 10 à 12 ans	85 mg
Adolescents de plus de 13 ans	2,5 mg par kg de poids corporel

Cependant, les teneurs en caféine varient d'une boisson énergisante à l'autre et l'étiquetage de la teneur totale en caféine contenue dans le produit n'est pas obligatoire. Il n'est donc pas aisé, pour le consommateur, d'évaluer la quantité de caféine absorbée via les boissons énergisantes, d'autant plus qu'il devrait normalement tenir compte de toutes les autres sources de caféine (café, chocolat, boissons gazeuses, etc.) pour calculer son apport journalier total.

Marque de boisson	Format (ml)	Contenu en caféine (mg) dans le format indiqué
Dark dog	250	50
AMP energy	250	75
Sobe Arush	250	76
Red Bull	250	80
Red Bull	355	114
Full throttle	473	141
AMP energy	473	158
Rock star	473	160
Rage	473	160
Lost	473	160
Monster energy	473	164
Java monster mean bean	444	175
Java monster loca moca	444	190
Monster Kaos	710	225
NOS	650	343
Rage K.O.	710	375

## Bibliographie

---

- <sup>1</sup> 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.
- <sup>2</sup> J. Schwimmer, T. Burwinkle et J. Varni, (2003). « Health-related quality of life of severely obese children and adolescents », *Journal of the American Medical Association*, 289, p. 1813-1819.
- <sup>3</sup> La situation du cancer au Québec. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/cancer/17-32situation.pdf>
- <sup>4</sup> Agence de la santé publique du Canada. Le diabète au Canada : Deuxième édition. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/dic-dac2/francais/05contents-fra.php>
- <sup>5</sup> Association Canadienne du Diabète (2008). *La prévalence et les coûts du diabète*. Repéré à [http://www.diabetes.ca/files/PrevalanceandCostFR\\_D3.pdf](http://www.diabetes.ca/files/PrevalanceandCostFR_D3.pdf)
- <sup>6</sup> Agence de la santé publique du Canada (2009). *Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*, p. 17. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/cvd-avc/pdf/cvd-avs-2009-fra.pdf>
- <sup>7</sup> Colman R et Dodds C. Cost of obesity in Quebec. Genuine Progress Index: Measuring sustainable development. GPI Atlantic; novembre 2000. Repéré à <http://www.aetmis.gouv.qc.ca/site/download.php?f=e2099440704cba389b199a1be6568226> et disponible ici <http://www.gpiatlantic.org/pdf/health/obesity/que-obesity.pdf>
- <sup>8</sup> Colman R et Dodds C. Cost of obesity in Quebec. Genuine Progress Index: Measuring sustainable development. GPI Atlantic; novembre 2000. Repéré à <http://www.aetmis.gouv.qc.ca/site/download.php?f=e2099440704cba389b199a1be6568226> et disponible ici <http://www.gpiatlantic.org/pdf/health/obesity/que-obesity.pdf>
- <sup>9</sup> Statistique Canada (2009). *Food Statistics 2009*, Catalogue no 21-020-X. www.statcan.ca
- <sup>10</sup> 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.
- <sup>11</sup> Ludwig DS., Peterson KE., Gortmaker SL. (2001). Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet*; 357, 505-508.
- <sup>12</sup> 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>
- <sup>13</sup> Crawford PB., Woodward-Lopez G., Ritchie L., Webb K. (2008). How discretionary can we be with sweetened beverages for children? *J Am.Diet.Assoc*, 108(9), 1440-1444.
- <sup>14</sup> Organisation mondiale de la Santé (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation*, 54 - 70.
- <sup>15</sup> Marshall TA., Levy SM., Broffitt B., Warren JJ., Eichenberger-Gilmore JM., Burns TL., Stumbo PJ. (2003). Dental caries and beverage consumption in young children. *Pediatrics*, 112(3 Pt 1), e184-e191.
- <sup>16</sup> Sohn W., Burt BA., Sowers MR. (2006). Carbonated soft drinks and dental caries in the primary dentition. *J Dent.Res*, 85(3), 262-266.
- <sup>17</sup> Lynn Parker, Annina Catherine Burns, and Eduardo Sanchez, Editors; Committee on Childhood Obesity Prevention Actions for Local Governments; Institute of Medicine; National Research Council (2009). *Local Government Actions to Prevent Childhood Obesity*, Repéré à [http://www.nap.edu/catalog.php?record\\_id=12674](http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=12674)
- <sup>18</sup> Organisation de Coopération et de Développement Économiques (2010). *L'obésité et l'économie de la prévention*. Repéré à [http://www.oecd.org/document/45/0,3343,fr\\_21571361\\_44315115\\_46064109\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/45/0,3343,fr_21571361_44315115_46064109_1_1_1_1,00.html)

- 
- <sup>19</sup> Guéricolas P. (2010, 7 octobre). Trois questions à Denis Richard, *Au fil des événements*, Volume 46 (numéro 6), Repéré à <http://www.aufil.ulaval.ca/articles/trois-questions-denis-richard-28041.html>
- <sup>20</sup> Repéré à <http://argent.canoe.ca/lca/affaires/quebec/archives/2009/09/20090930-061935.html>
- <sup>21</sup> Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (2007). *Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif : Pour un virage santé à l'école*. Repéré à <http://www.meq.gouv.qc.ca/sections/virageSante/pdf/virageSante.pdf>
- <sup>22</sup> Organisation mondiale de la Santé (2005). *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*. Genève ; OMS : 34 pages.
- <sup>23</sup> La situation du cancer au Québec. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/cancer/17-32situation.pdf>
- <sup>24</sup> Association Canadienne du Diabète (2008). *La prévalence et les coûts du diabète*. Repéré à [http://www.diabetes.ca/files/PrevalanceandCostFR\\_D3.pdf](http://www.diabetes.ca/files/PrevalanceandCostFR_D3.pdf)
- <sup>25</sup> Agence de la santé publique du Canada (2009). *Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*, p. 17. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/cvd-avc/pdf/cvd-avs-2009-fra.pdf>
- <sup>26</sup> Colman R et Dodds C. Cost of obesity in Quebec. *Genuine Progress Index: Measuring sustainable development*. GPI Atlantic; novembre 2000. Repéré à <http://www.aetmis.gouv.qc.ca/site/download.php?f=e2099440704cba389b199a1be6568226> et disponible ici <http://www.gpiatlantic.org/pdf/health/obesity/que-obesity.pdf>
- <sup>27</sup> Colman R et Dodds C. Cost of obesity in Quebec. *Genuine Progress Index: Measuring sustainable development*. GPI Atlantic; novembre 2000. Repéré à <http://www.aetmis.gouv.qc.ca/site/download.php?f=e2099440704cba389b199a1be6568226> et disponible ici <http://www.gpiatlantic.org/pdf/health/obesity/que-obesity.pdf>
- <sup>28</sup> Organisation mondiale de la Santé (2003). *Diet, Nutrition and the prevention of chronic diseases: Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation*, WHO Technical report series 916, Genève, 63. Repéré à [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/who\\_fao\\_expert\\_report.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/who_fao_expert_report.pdf)
- <sup>29</sup> Ludwig DS., Peterson KE., Gortmaker SL. (2001). Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet*; 357, 505-508.
- <sup>30</sup> 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>
- <sup>31</sup> 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.
- <sup>32</sup> Organisation mondiale de la Santé (2005). *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*. Genève ; OMS : 34 pages.
- <sup>33</sup> 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.
- <sup>34</sup> Agence de la santé publique du Canada. Le diabète au Canada : Deuxième édition. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/dic-dac2/francais/05contents-fra.php>
- <sup>35</sup> Diabète Québec (Dernière mise à jour février 2010). *Le diabète de type 2*. Repéré à [http://www.diabete.qc.ca/html/le\\_diabete/type2.html](http://www.diabete.qc.ca/html/le_diabete/type2.html)
- <sup>36</sup> Association Canadienne du Diabète (2008). *La prévalence et les coûts du diabète*. Repéré à [http://www.diabetes.ca/files/PrevalanceandCostFR\\_D3.pdf](http://www.diabetes.ca/files/PrevalanceandCostFR_D3.pdf)

- 
- <sup>37</sup> Agence de la santé publique du Canada. Le diabète au Canada : Deuxième édition. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/dic-dac2/francais/05contents-fra.php>
- <sup>38</sup> Agence de la santé publique du Canada. Le diabète au Canada : Deuxième édition. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/dic-dac2/francais/05contents-fra.php>
- <sup>39</sup> Société canadienne du cancer (Dernière mise à jour mai 2010). Statistiques générales sur le cancer pour 2010. Repéré à [http://www.cancer.ca/Canada-wide/About%20cancer/Cancer%20statistics/Stats%20at%20a%20glance/General%20cancer%20stats.aspx?sc\\_lang=fr-ca](http://www.cancer.ca/Canada-wide/About%20cancer/Cancer%20statistics/Stats%20at%20a%20glance/General%20cancer%20stats.aspx?sc_lang=fr-ca)
- <sup>40</sup> Comité directeur de la Société canadienne du cancer (2010). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2010. Sujet particulier : soins de fin de vie*. Toronto : Société canadienne du cancer.
- <sup>41</sup> La situation du cancer au Québec. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/cancer/17-32situation.pdf>
- <sup>42</sup> Agence de la santé publique du Canada (2009). *Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*, p. 17. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/cvd-avc/pdf/cvd-avs-2009-fra.pdf>
- <sup>43</sup> Agence de la santé publique du Canada (Dernière modifications 2010). *Maladies chroniques et obésité au Canada*. Repéré à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ipchls-spimmvs/sum-res-fra.php>
- <sup>44</sup> Statistique Canada, Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 13 janvier 2010, disponible à l'adresse <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/100113/dq100113a-fra.htm>
- <sup>45</sup> Mongeau, L., N. Audet, J. Aubin et R. Baraldi (2005). *L'excès de poids dans la population québécoise de 1987 à 2003*, Québec, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique, 23 p.
- <sup>46</sup> Statistique Canada, Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 13 janvier 2010, disponible à l'adresse <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/100113/dq100113a-fra.htm>
- <sup>47</sup> Katzmarzyk, P.T. & Janssen, I. (2004). The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: An update. *Can. J. Appl. Physiol.* 29(1): p. 90-115.
- <sup>48</sup> Statistique Canada, Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes : enfants obèses, 1994 à 1999, *Le Quotidien* (no 11-001-XIF au catalogue), 18 octobre 2002, p. 6-7, disponible à l'adresse <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/021018/dq021018b-fra.htm>.
- <sup>49</sup> T.J. Parsons, C. Power, S. Logan et C.D. Summerbell, « Childhood predictors of adult obesity: a systematic review », *International Journal of Obesity*, 23(Suppl. 8), 1999, p. 1-107.
- <sup>50</sup> R.C. Whitaker, J.A. Wright, M.S. Pepe *et al.*, « Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity », *New England Journal of Medicine*, 337, 1997, p. 869-873.
- <sup>51</sup> S. Mustillo, C. Worthman, A. Erkanli *et al.*, « Obesity and psychiatric disorder: developmental trajectories », *Paediatrics*, 111, 2003, p. 851-859.
- <sup>52</sup> J. Reilly, E. Methven, Z. McDowell *et al.*, « Health consequences of obesity », *Archives of Disease in Childhood*, 88, 2003, p. 748-752.
- <sup>53</sup> J. Schwimmer, T. Burwinkle et J. Varni, « Health-related quality of life of severely obese children and adolescents », *Journal of the American Medical Association*, 289, 2003, p. 1813-1819.
- <sup>54</sup> Organisation mondiale de la Santé, Obésité et surpoids : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/index.html>
- <sup>55</sup> Organisation mondiale de la Santé (2005). *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*. Genève ; OMS : 34 pages.
- <sup>56</sup> Starky, S. (2005). L'épidémie d'obésité au Canada. Service d'information et de recherche parlementaires. Division de l'économie. Bibliothèque du parlement (PRB 05-11F) : 14 p.

- 
- <sup>57</sup> Starky, S. (2005). L'épidémie d'obésité au Canada. Service d'information et de recherche parlementaires. Division de l'économie. Bibliothèque du parlement (PRB 05-11F) : 14 p.
- <sup>58</sup> Organisation mondiale de la Santé (2005). *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*. Genève ; OMS : 34 pages.
- <sup>59</sup> Organisation Internationale du Travail (2005). Alimentation décente au travail : gains de productivité et amélioration du bien-être des travailleurs. Genève.
- <sup>60</sup> Colman R et Dodds C. Cost of obesity in Quebec. Genuine Progress Index: Measuring sustainable development. GPI Atlantic; novembre 2000. Repéré à <http://www.aetmis.gouv.qc.ca/site/download.php?f=e2099440704cba389b199a1be6568226> et disponible ici <http://www.gpiatlantic.org/pdf/health/obesity/que-obesity.pdf>
- <sup>61</sup> Colman R et Dodds C. Cost of obesity in Quebec. Genuine Progress Index: Measuring sustainable development. GPI Atlantic; novembre 2000. Repéré à <http://www.aetmis.gouv.qc.ca/site/download.php?f=e2099440704cba389b199a1be6568226> et disponible ici <http://www.gpiatlantic.org/pdf/health/obesity/que-obesity.pdf>
- <sup>62</sup> Agence de la santé publique du Canada (2010). Freiner l'obésité juvénile – Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/framework-cadre/intro-fra.php>
- <sup>63</sup> Beck L. Nutrition: The most important meal. Skip breakfast, lose in the boardroom. The Globe and mail, 16 septembre 2009. L1-4.
- <sup>64</sup> Beck L. Nutrition: The most important meal. Skip breakfast, lose in the boardroom. The Globe and mail, 16 septembre 2009. L1-4.
- <sup>65</sup> Présentation dans le cadre des 13èmes journées annuelles de santé publique. (2010). Repérée à [http://www.inspq.qc.ca/aspx/docs/jasp/presentations/2009/10\\_45\\_Brigitte\\_Bedard.pdf](http://www.inspq.qc.ca/aspx/docs/jasp/presentations/2009/10_45_Brigitte_Bedard.pdf)
- <sup>66</sup> Institut de la statistique du Québec. *Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2005/nutrition4ans.pdf>
- <sup>67</sup> R Institut de la statistique du Québec. *Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2005/nutrition4ans.pdf>
- <sup>68</sup> Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2004). Repéré à <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Nutrition/fruitlegume/pourquoi.html>
- <sup>69</sup> Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2004). Repéré à <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Nutrition/fruitlegume/pourquoi.html>
- <sup>70</sup> Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2004). Repéré à <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Nutrition/fruitlegume/pourquoi.html>
- <sup>71</sup> Organisation mondiale de la Santé (2003). *Diet, Nutrition and the prevention of chronic diseases: Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation*, WHO Technical report series 916, Genève, 63. Repéré à [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/who\\_fao\\_expert\\_report.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/who_fao_expert_report.pdf)
- <sup>72</sup> Centers for Disease Control and Prevention (2008), *State Nutrition, Physical Activity and Obesity (NPAO) Program, Technical Assistance Manual*. Repéré à [http://www.cdc.gov/obesity/downloads/TA\\_Manual\\_1\\_31\\_08.pdf](http://www.cdc.gov/obesity/downloads/TA_Manual_1_31_08.pdf)
- <sup>73</sup> Lynn Parker, Annina Catherine Burns, and Eduardo Sanchez, Editors; Committee on Childhood Obesity Prevention Actions for Local Governments; Institute of Medicine; National Research Council (2009). *Local Government Actions to Prevent Childhood Obesity*, Repéré à [http://www.nap.edu/catalog.php?record\\_id=12674](http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=12674)
- <sup>74</sup> 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](http://www.oecd.org/document/45/0,3343,fr_21571361_44315115_46064109_1_1_1_1,00.html)



- 
- <sup>75</sup> Economic Policy, Obesity and Health: A Scoping Review (2010). Repéré à [http://www.physical.utoronto.ca/Faculty\\_members\\_sites/exercise\\_psychology/documents/EconomicPolicyandObesity.pdf](http://www.physical.utoronto.ca/Faculty_members_sites/exercise_psychology/documents/EconomicPolicyandObesity.pdf)
- <sup>76</sup> Rudd Center (2009). *Soft drink taxes, a policy brief*. Repéré à <http://yaleruddcenter.org/resources/upload/docs/what/reports/RuddReportSoftDrinkTaxFall2009.pdf>
- <sup>77</sup> Campaign for Tobacco-Free Kids Fact Sheet. (Updated 01.09.09) Raising cigarette taxes reduces smoking, especially among kids. <http://www.tobaccofreekids.org/research/factsheets/index.php?CategoryID=18> (accessed February 4,2009).
- <sup>78</sup> Wagenaar, A. C., Salois, M. J., & Komro, K. A. (2009). Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: A meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction*, 104(2),179-190.
- <sup>79</sup> Andreyeva, T., Long, M. W., & Brownell, K.D. (2008). The impact of food prices on consumption: A systematic review of research on price elasticity of demand for food. *American Journal of Public Health*, in press; Yen, S. T., Lin, B., Smallwood, D. M., & Andrews, M. (2004). Demand for nonalcoholic beverages: The case of low-income households. *Agribusiness*, 20(3),309-321.
- <sup>80</sup> Parti Québécois (2010). *Agir en toute liberté*. XVI<sup>e</sup> congrès national – Proposition principale. Repéré à [http://pq.org/sites/default/files/congres2011\\_propositionprincipale.pdf](http://pq.org/sites/default/files/congres2011_propositionprincipale.pdf)
- <sup>81</sup> Rudd Center (2009). *Soft drink taxes, a policy brief*. Repéré à <http://yaleruddcenter.org/resources/upload/docs/what/reports/RuddReportSoftDrinkTaxFall2009.pdf>
- <sup>82</sup> Beverage Digest, November 21, 2008, pp 3-4.
- <sup>83</sup> Block JP, Chandra A, McManus KD, Willett WC. (2010). Point of purchase price and education intervention to reduce consumption of sugary soft drinks. *Am J Public Health*. Published online ahead of print June 17, 2010; e1-e7. doi:10.2105/AJPH. 2009.175687.
- <sup>84</sup> Sugar-sweetened Beverage Tax Toolkit, New York City Health Department (2010). Repéré à <http://www.foodpolitics.com/wp-content/uploads/Sugar-Sweetened-Beverages-Toolkit-01.22.10-FINAL.pdf>
- <sup>85</sup> Gustavsen G. Public Policies and the Demand for Carbonated Soft Drinks: A Censored Quantile Regression Approach. 2005 International Congress, August 23-27, 2005, Copenhagen, Denmark. European Association of Agricultural Economists. 2005. Ref Type: Abstract
- <sup>86</sup> Lin BH, Guthrie JF. How do low-income households respond to food prices? 2007 Sep. *Economic Information Bulletin* Number 29-5. 1-4 p.
- <sup>87</sup> Travis A.Smith, Biing-Hwan Lin, Jonq-Ying Lee. (2010). *Taxing caloric sweetened beverage: potential effects on beverage consumption, calorie intake, and obesity*. United States Department of Agriculture.
- <sup>88</sup> Wang YC. *The Potential Impact of Sugar-Sweetened Beverage Taxes in New York State*. A Report to the New York State Health Commissioner. May 2010. Repéré à <http://www.nyc.gov/html/doh/html/pr2010/pr028-10.shtml>
- <sup>89</sup> Brownell, K.D., Farley, T., Willett, W.C., Popkin, B.M., Chaloupka, F.J., Thompson, J.W., & Ludwig, D.S. (2009). The public health and economic benefits of taxing sugar-sweetened beverages. *New England Journal of Medicine*. [www.nejm.org](http://www.nejm.org) September 16, 2009 (10.1056/NEJMp0905723). (accessed September 25, 2009).
- <sup>90</sup> Ludwig DS., Peterson KE., Gortmaker SL. (2001). Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet*; 357, 505-508.
- <sup>91</sup> 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>
- <sup>92</sup> Statistics Canada, Food Statistics 2009, Catalogue no 21-020-X. [www.statcan.ca](http://www.statcan.ca)
- <sup>93</sup> Advertising Age's Global Marketers, 16 November 2007. Repéré à <http://www.consumersinternational.org/Templates/Internal.asp?NodeID=97058>

- 
- <sup>94</sup> DuBois L, Farmer A, Girard M, Peterson K (2007). Regular sugar sweetened beverage consumption between meals increases risk of overweight among preschool aged children. *Journal of the American Diet Assoc*, 107, 924-934.
- <sup>95</sup> Desrosiers, H. et coll. (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. Dans 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 pour l'avenir*. Québec, Gouvernement du Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, p.10.
- <sup>96</sup> 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>.
- <sup>97</sup> NationMaster.com. *Soft drink consumption by country*. Repéré à [http://www.nationmaster.com/graph/food\\_soft\\_drink\\_consumption](http://www.nationmaster.com/graph/food_soft_drink_consumption)
- <sup>98</sup> Taylor JP, Evers S, 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.
- <sup>99</sup> Shepherd J, Harden A, Rees R, Brunton G, Garcia J, Oliver S, Oakley A (2006). Young people and healthy eating: a systematic review of research on barriers and facilitators. *Health Education Research*, 21(2), 239–257.
- <sup>100</sup> 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 p.
- <sup>101</sup> Source de données : Statistique Canada. Aliments et autres produits sélectionnés, prix de détail moyens (mensuel)
- <sup>102</sup> Dubé P.-A., Plamondon L., 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>
- <sup>103</sup> Loi sur la vente et la distribution de bière et de boissons gazeuses dans des contenants à remplissage unique. Repéré à [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/V\\_5\\_001/V5\\_001.HTM](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/V_5_001/V5_001.HTM)
- <sup>104</sup> Ressources humaines et développement des compétences Canada (2005). *L'industrie des boissons gazeuses, renseignements généraux*. Repéré à [http://www.hrsdc.gc.ca/fra/pip/prh/ps/profils\\_industriels/boissons\\_gazeuses.shtml](http://www.hrsdc.gc.ca/fra/pip/prh/ps/profils_industriels/boissons_gazeuses.shtml)
- <sup>105</sup> Agriculture et agroalimentaire Canada (2009). *L'industrie canadienne des boissons gazeuses*. Repéré à <http://www4.agr.gc.ca/AAFC-AAC/display-afficher.do?id=1172167862291&lang=fra>
- <sup>106</sup> Dubé P.-A., Plamondon L., 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>
- <sup>107</sup> 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. Repéré à [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/who\\_fao\\_expert\\_report.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/who_fao_expert_report.pdf)
- <sup>108</sup> Crawford PB., Woodward-Lopez G., Ritchie L., Webb K. (2008). How discretionary can we be with sweetened beverages for children? *J Am.Diet.Assoc*, 108(9), 1440-1444.
- <sup>109</sup> 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>
- <sup>110</sup> Ludwig DS., Peterson KE., Gortmaker SL. (2001). Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet*; 357, 505-508.

- 
- <sup>111</sup> Franck B. Hu (2009). Sugar sweetened soft drinks consumption and risk of type 2 diabetes and cardiovascular risk. Publié dans Official journal of the International Chair on Cardiometabolic Risk.
- <sup>112</sup> Di Meglio DP, Mattes RD. *Liquid versus solid carbohydrate: effects on food intake and body weight*. Int J Obes Relat Metab Disord 2000;24:794–800.
- <sup>113</sup> Schulze MB., Manson JE., Ludwig DS., Colditz GA., Stampfer MJ., Willett WC., Hu FB. (2004). Sugar-sweetened beverages, weight gain, and incidence of type 2 diabetes in young and middle-aged women. *JAMA* 292(8), 927-934.
- <sup>114</sup> Schulze MB., Manson JE., Ludwig DS., Colditz GA., Stampfer MJ., Willett WC., Hu FB. (2004). Sugar-sweetened beverages, weight gain, and incidence of type 2 diabetes in young and middle-aged women. *JAMA* 292(8), 927-934.
- <sup>115</sup> Palmer JR., Boggs DA., Krishnan S., Hu FB., Singer M., Rosenberg L. (2008). Sugar-sweetened beverages and incidence of type 2 diabetes mellitus in African American women. *Arch Intern Med.*, 168(14), 1487-1492.
- <sup>116</sup> Schulze MB., Manson JE., Ludwig DS., Colditz GA., Stampfer MJ., Willett WC., Hu FB. (2004). Sugar-sweetened beverages, weight gain, and incidence of type 2 diabetes in young and middle-aged women. *JAMA* 292(8), 927-934.
- <sup>117</sup> Vasanti S. Malik, Barry M. Popkin, George A. Bray, Jean-Pierre Després, Walter C. Willett, and Frank B. Hu. (2010). Sugar-Sweetened Beverages and Risk of Metabolic Syndrome and Type 2 Diabetes: A meta-analysis. *Diabetes Care*. Repéré à <http://care.diabetesjournals.org/content/early/2010/08/03/dc10-1079.short>
- <sup>118</sup> American Dental Association. Joint Report of the American Dental Association Council on Access, Prevention and Interprofessional Relations and Council on Scientific Affairs to the House of Delegates: Response to Resolution 73H-2000. American Dental Association 2001-10; [En ligne] [http://www.ada.org/sections/advocacy/pdfs/topics\\_softdrinks.pdf](http://www.ada.org/sections/advocacy/pdfs/topics_softdrinks.pdf) (consulté le 2009-11-01). Repéré à <http://www.inspq.qc.ca/publications/notice.asp?E=p&NumPublication=1167>
- <sup>119</sup> Organisation mondiale de la Santé (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation*, 54 - 70.
- <sup>120</sup> Marshall TA., Levy SM., Broffitt B., Warren JJ., Eichenberger-Gilmore JM., Burns TL., Stumbo PJ. (2003). Dental caries and beverage consumption in young children. *Pediatrics*, 112(3 Pt 1), e184-e191.
- <sup>121</sup> Sohn W., Burt BA., Sowers MR. (2006). Carbonated soft drinks and dental caries in the primary dentition. *J Dent. Res*, 85(3), 262-266.
- <sup>122</sup> Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (2010). *Effets néfastes des boissons énergisantes sur votre santé buccodentaire*. Repéré à [http://www.ohdq.com/Ressources/Documents/19360-DEP\\_FRA.pdf](http://www.ohdq.com/Ressources/Documents/19360-DEP_FRA.pdf)
- <sup>123</sup> Statistique Canada, Statistique sur les aliments au Canada 2004, Catalogue no 21-020-XIF, 26 mai 2005, Vol. 4, No 1. [www.statcan.ca](http://www.statcan.ca)
- <sup>124</sup> Passeportsanté.net (2005). Boissons gazeuses au banc des accusés. Repéré à [http://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/ArticleComplementaire.aspx?doc=sucre\\_boissons\\_gazeuses\\_do](http://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/ArticleComplementaire.aspx?doc=sucre_boissons_gazeuses_do)
- <sup>125</sup> Tucker KL., Morita K., Qiao N., Hannan MT., Cupples LA., Kiel DP. (2006). Colas, but not other carbonated beverages, are associated with low bone mineral density in older women: The Framingham Osteoporosis Study. *Am.J Clin.Nutr.*, 84(4), 936-942.
- <sup>126</sup> Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (2007). *Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif : Pour un virage santé à l'école*. Repéré à <http://www.meq.gouv.qc.ca/sections/virageSante/pdf/virageSante.pdf>
- <sup>127</sup> Dubé P.-A., Plamondon L., 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>