

## Mémoire déposé dans le cadre des consultations prébudgétaires sur le budget 2014-2015

# Freiner la croissance des dépenses publiques : une priorité économique qui passe par la prévention de l'obésité

Produit par la  
Coalition québécoise sur la problématique du poids

Janvier 2014



## Auteurs

Anne-Marie Morel, Dt.P., M.Sc., Coalition québécoise sur la problématique du poids  
Corinne Voyer, B.Sc. Inf., M.Sc., Coalition québécoise sur la problématique du poids

*Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de la Coalition québécoise sur la problématique du poids au : [www.cqpp.qc.ca](http://www.cqpp.qc.ca)*

*Les informations contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.*

© Coalition québécoise sur la problématique du poids (2014)

## Coalition québécoise sur la problématique du poids

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 réunir les appuis nécessaires pour revendiquer des modifications législatives et réglementaires et des politiques publiques 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 300 partenaires issus de différents milieux tels que le monde municipal, scolaire, de la santé, de la recherche, de l'éducation, de l'environnement, de la nutrition et de l'activité physique. Il est possible de consulter la liste complète des partenaires en annexe.

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) | [cqpp.qc.ca](http://cqpp.qc.ca)  
[twitter.com/CoalitionPoids](https://twitter.com/CoalitionPoids) | [facebook.com/CoalitionPoids](https://facebook.com/CoalitionPoids)



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

## Table des matières

---

<b>Prévenir les problèmes liés au poids : une obligation morale et économique du gouvernement</b>	<b>4</b>
.....	4
L'épidémie d'obésité : une menace pour les finances publiques .....	4
Portrait québécois .....	4
Prévenir l'obésité pour épargner et désengorger le système de santé .....	5
<b>Taxer les boissons sucrées pour contribuer à freiner l'obésité et se donner les moyens de prévenir</b>	<b>6</b>
.....	6
La surconsommation des boissons sucrées et l'obésité .....	6
Mise en garde sur la science financée par l'industrie .....	6
Faits saillants sur la consommation de boissons sucrées .....	6
L'industrie des boissons sucrées est redevable à la population .....	7
Des revenus importants pour la prévention .....	8
S'inspirer de l'audace des gouvernements mexicain et français .....	8
<b>Recommandations budgétaires</b> .....	<b>9</b>
<b>Références</b> .....	<b>10</b>

# Prévenir les problèmes liés au poids : une obligation morale et économique du gouvernement

---

## L'épidémie d'obésité : une menace pour les finances publiques

En 2003, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a qualifié d'épidémie la crise de santé publique que représente l'augmentation de l'**obésité** et des maladies qui lui sont associées<sup>1</sup>, telles que :

- le diabète de type 2;
- les maladies cardiovasculaires;
- le syndrome métabolique;
- plusieurs cancers.

Cette épidémie d'obésité et d'embonpoint contribue de façon majeure et critique à l'augmentation des **coûts directs** de santé (visites médicales, médicaments, hospitalisation, soins, etc.) qu'assume l'État, en plus d'engendrer divers **coûts indirects** (absentéisme, présentéisme, invalidité et mortalité prématurée)<sup>2</sup>. Ceci est sans compter les coûts humains, familiaux et sociaux des maladies que nous sommes en mesure de prévenir.

En 2011, face à l'ampleur de cette crise de santé publique, l'ONU a consacré une réunion de haut niveau et produit une déclaration politique reconnaissant le fardeau et la menace des maladies associées à l'obésité pour l'économie<sup>3</sup>.

*« Vous ne pouvez dissimuler ni l'obésité, ni les coûts énormes de ces maladies pour les économies et les sociétés. Ces maladies sont un gouffre financier. Sans contrôle, elles ont la capacité d'engloutir les bénéfices de la croissance économique. [...] le problème est trop énorme et a une portée trop vaste pour pouvoir être affronté par un seul ministère »<sup>4</sup>*

**Dr Margaret Chan, directeur général de l'OMS**

*Extrait d'allocution à la réunion de haut niveau sur les maladies non transmissibles, Assemblée générale des Nations Unies (2011)*

Alors qu'elles étaient autrefois réservées aux adultes, l'obésité infantile a fait apparaître des maladies chroniques cardiovasculaires et métaboliques chez les enfants et les adolescents. Cette présence de maladies précoces altère de façon importante la santé des jeunes et entraîne une morbidité et une mortalité accrue à l'âge adulte, menaçant d'autant plus les finances publiques actuelles et futures.

Ceci est préoccupant pour le Québec puisqu'en 2013, selon l'Unicef, le Canada figurait au 3<sup>e</sup> rang des pays les plus riches affichant **les taux d'obésité infantile les plus élevés**. Avec les États-Unis et la Grèce, le Canada complétait donc la courte liste des pays où le surpoids chez les enfants se situe au-delà de la barre des 20 %<sup>5</sup>.

## Portrait québécois

- Près d'un enfant sur quatre souffre d'embonpoint ou d'obésité (15 % embonpoint et 7 % obésité)<sup>6</sup>.
- 57 % de la population adulte est en surpoids (35 % embonpoint et 22 % obésité)<sup>7</sup>.

## Prévenir l'obésité pour épargner et désengorger le système de santé

En 1999-2000, l'obésité avait coûté **au moins 1,5 milliard de dollars** aux contribuables québécois, ce qui représentait alors 5,8 % du budget consacré à la santé<sup>8</sup>. De ce chiffre, un peu plus de 800 millions de dollars étaient attribuables aux pertes de productivité<sup>9</sup>. Les coûts actuels de cette problématique sont sans doute beaucoup plus élevés, si l'on se fie aux augmentations de coûts observés dans d'autres juridictions. Par exemple, au Canada, les coûts liés à l'obésité se sont accrus de 19 % entre 2000 et 2008<sup>10</sup>.

Par ailleurs, alors qu'elles comptaient pour environ le tiers des dépenses provinciales en 1980, les sommes consenties aujourd'hui au réseau de la santé et des services sociaux représentent près de **50 % du budget du gouvernement du Québec**. À ce rythme, des projections économiques estiment que, d'ici 2030, 80 % des dépenses provinciales de programmes iront aux soins de santé<sup>11</sup>. Il apparaît alors urgent d'agir et de poser des gestes concrets pour éviter que le secteur de la santé n'engloutisse une part toujours plus importante du budget québécois au détriment des autres fonctions de l'État.

L'investissement en prévention de l'obésité permet non seulement de maintenir et d'améliorer la santé de la population, mais également de :

- diminuer la pression sur le système de soins;
- contrôler l'accroissement des dépenses.

**Chaque dollar investi en prévention et en promotion de la santé permet d'économiser 5,60 \$ sur les dépenses de soins de santé<sup>12</sup>**. De plus, une récente étude canadienne a établi qu'en l'absence de la problématique d'obésité, le nombre de consultations médicales diminuerait d'au moins 10 %, et ce, sans tenir compte des consultations liées au développement du diabète de type 2 et d'autres maladies directement associées à l'obésité<sup>13</sup>.

*« La prévention demeure de loin le meilleur investissement coût-bénéfice aussi bien pour l'État que pour les personnes »<sup>14</sup>.*

*Pauline Marois, première ministre du Québec*

*Extrait du discours inaugural (2012)*

À l'aube d'une *Politique nationale de prévention*, le prochain budget doit contribuer à améliorer la santé des Québécois et l'état des finances publiques, en réduisant la pression croissante qu'exercent l'obésité et les maladies chroniques sur le système de soins de santé. **Les politiques gouvernementales favorisant les saines habitudes de vie et la prévention des problèmes liés au poids doivent être soutenues financièrement pour que les plans d'action qui en découlent se concrétisent et contribuent au mieux-être des Québécois.**

# Taxer les boissons sucrées pour contribuer à freiner l'obésité et se donner les moyens de prévenir

---

## La surconsommation des boissons sucrées et l'obésité

Dans le cadre de la prévention de l'obésité, la surconsommation de boissons sucrées est une cible prioritaire en raison de son impact néfaste sur la santé. En effet, la consommation régulière de boissons sucrées est **la seule pratique alimentaire** constamment associée au **surpoids chez les enfants**. Une abondante littérature scientifique démontre aussi qu'elle est associée à l'**obésité** chez les adultes ainsi qu'à d'autres problèmes de santé tels que<sup>15,16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35,</sup>

- le diabète de type 2;
- les maladies cardiovasculaires;
- le syndrome métabolique;
- la détérioration de la santé dentaire.

## Mise en garde sur la science financée par l'industrie

Bien que l'industrie s'active à mettre en doute l'impact nocif des boissons sucrées sur la santé, celle-ci est bien démontrée par la science, en particulier chez les jeunes. De récents travaux ont démontré que plus de 83 % des revues systématiques de **littérature indépendantes** réalisées sur le sujet concluent à un impact nocif des boissons sucrées sur le poids et la santé. À l'inverse, également 83 % des **études financées par l'industrie** soutiennent que les données sont insuffisantes **et concluent généralement à l'absence de relation néfaste entre leur produit et la santé**<sup>36</sup>. Ceci n'est pas sans rappeler l'histoire du tabac où l'industrie a œuvré vigoureusement pour semer le doute sur la science.

## Faits saillants sur la consommation de boissons sucrées

- La consommation d'une boisson sucrée par jour augmenterait le risque d'obésité de 60 % chez les enfants et de 27 % chez les adultes<sup>37,38</sup>.
- La consommation de boissons sucrées est importante, en particulier chez les jeunes.
  - Chez les enfants d'âge préscolaire, 17 % des enfants en boivent tous les jours<sup>39</sup>.
  - Les boissons gazeuses, les boissons énergisantes et les thés glacés représentent la source principale d'apport en sucre chez les 9-18 ans au Canada<sup>40</sup>.
  - Chez les 14-18 ans, les garçons boivent en moyenne plus d'un demi-litre de boissons sucrées par jour et les filles, plus d'un tiers de litre<sup>41</sup>.
- Le faible coût des boissons sucrées contribue à leur popularité. Par exemple, les sodas ou les boissons aux fruits sont généralement moins coûteux qu'un lait ou un jus de fruits pur.

- L'industrie des boissons sucrées déploie un marketing intensif, cible particulièrement les jeunes et utilise des techniques de séduction des plus sophistiquées pour stimuler la consommation de ses boissons<sup>42</sup>. Par exemple, elle :
  - multiplie constamment son offre de saveurs et sa variété de boissons sucrées;
  - distribue ses produits partout et les dispose dans des étagères stratégiquement positionnés dans les commerces pour mousser ses ventes;
  - propose constamment des rabais alléchants qui visent souvent à stimuler un achat en plus grande quantité;
  - déploie une promotion massive dans les médias traditionnels, sur le Web et dans les jeux vidéo;
  - fait en sorte que les lieux festifs et familiaux, comme les parcs d'attraction ou les stades, regorgent de publicités de boissons sucrées;
  - s'associe à des vedettes, des spectacles et des événements fortement aimés du public afin de créer un lien affectif entre la population et les boissons sucrées.

## L'industrie des boissons sucrées est redevable à la population

La progression de l'obésité dans toutes les classes sociales ne peut pas être attribuée uniquement à des changements de comportements individuels. Bien que les choix d'habitudes de vie et de consommation relèvent de l'individu, ils sont conditionnés et fortement influencés par l'environnement dans lequel il évolue.

En raison des investissements colossaux en marketing<sup>i</sup>, des techniques publicitaires sophistiquées faisant appel au neuromarketing et des messages promotionnels attribuant, à tort, des propriétés de santé et bien-être à certains breuvages (ex. : eaux « vitaminées », boissons « énergisantes », etc.), l'industrie des boissons sucrées contribue à la surconsommation de ses produits. Elle est alors coresponsable des problèmes et des coûts de santé associés à ses produits et est redevable à la société québécoise qui assume actuellement seule l'ensemble des conséquences de cette problématique de santé publique.

Conséquemment, la Coalition québécoise sur la problématique du poids et plusieurs organismes reconnus estiment qu'**une redevance sur les boissons sucrées, payée par les fabricants et réinvestie en prévention**, constitue une stratégie prometteuse, équitable et réaliste étant donné que :

- imposer une taxe sur les boissons sucrées constitue une pratique innovante et prometteuse en termes de coûts-bénéfices selon de multiples experts tels que l'*Institute of Medicine of the National Academies*<sup>43</sup>, l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques<sup>44</sup> et le *Yale Rudd Center for Food Policy and Obesity*<sup>45</sup>;
- le rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à l'alimentation, Olivier De Schutter, identifiait récemment l'implantation d'une taxe sur les produits préjudiciables à la santé, tels que les boissons sucrées, comme une action prioritaire « pour encourager des régimes alimentaires sains »<sup>46, 47</sup>;

<sup>i</sup> En guise d'illustration, les deux plus grosses compagnies de boissons sucrées, Coca-Cola et PepsiCo, ont investi près de 5 milliards de dollars en marketing annuellement au cours des trois dernières années.

- plusieurs études ont estimé qu'une augmentation de 10 % du prix des boissons sucrées pourrait réduire la consommation de celles-ci de 8 à 11 %<sup>48, 49, 50, 51, 52</sup>;
- le gouvernement du Québec applique déjà différentes mesures fiscales sur des produits considérés nocifs à la santé tels que l'impôt sur le tabac et la taxe spécifique sur l'alcool;
- 79 % des Québécois sont en faveur d'une taxe spéciale sur les boissons sucrées et énergisantes lorsque les bénéfices sont réinvestis en prévention selon un sondage mené en novembre 2012;
- des taxes sur les boissons sucrées ont déjà été instaurées avec succès dans d'autres pays, tels le Mexique et la France.

## Des revenus importants pour la prévention

Dans le contexte budgétaire actuel et compte tenu de la nécessité absolue d'investir davantage en prévention, le ministère des Finances peut contribuer à réduire l'impact des boissons sucrées sur l'obésité, tout en générant de nouveaux revenus pour la prévention.

Au Québec, à titre d'exemple, **chaque tranche de 10 ¢** prélevés par litre de boissons gazeuses générerait des revenus annuels estimés à plus de **80 millions de dollars** qui pourraient être investis en prévention, notamment pour favoriser un meilleur accès aux aliments sains.

## S'inspirer de l'audace des gouvernements mexicain et français

En adoptant un prélèvement fiscal similaire au Mexique ou à la France, c'est plus de 80 millions de dollars par année qui seraient disponibles pour la prévention de l'obésité au Québec.

**Mexique** : Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014, le Mexique a instauré une taxe d'accise spéciale de 1 peso le litre (0,08 \$/L) représentant un peu plus de 10 % d'augmentation du prix moyen des boissons sucrées vendues dans ce pays. Toutes boissons avec sucre ajouté à l'exception des laits aromatisés et des yogourts à boire sont taxées. Les concentrés, poudres, sirops, essences ou extraits de saveurs qui, une fois dilués, permettent d'obtenir des boissons sucrées sont également ciblés. Des revenus d'environ 12 milliards de pesos (près de 980 millions de dollars canadiens) sont attendus dont 3.5 milliards de pesos (environ 285 millions de dollars) sont réservés pour promouvoir la consommation d'eau potable via l'installation de fontaines d'eau dans toutes les écoles en 2014.

**France** : Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, la France taxe les boissons avec sucre ajouté et les boissons avec édulcorants à hauteur de 7,16 euros par hectolitre (0,09 \$ par litre). Ayant démontré la faisabilité de la mesure et son applicabilité, la France a fait le choix d'accroître la taxe sur les boissons dites énergisantes en raison des autres risques à la santé aussi associés à ce produit et reconnus par l'*Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail* dans le cadre d'un rapport d'analyse des risques publié en septembre 2013<sup>53</sup>. Ainsi, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014, la taxe sur les boissons dites énergisantes atteint 1 euro par litre (1,45 \$ par litre). Tous les revenus de ces « taxes comportementales » sont affectés à l'assurance maladie.



## Recommandations budgétaires

---

Le gouvernement du Québec doit faire de la prévention de l'obésité et des maladies chroniques qui lui sont associées une priorité nationale. Investir pour soutenir la mise en place de politiques publiques favorables aux saines habitudes de vie est urgent et incontournable pour freiner l'escalade des coûts de santé.

Afin d'accélérer le progrès en prévention de l'obésité et des maladies chroniques, de réduire la pression sur le système de santé, de permettre des économies substantielles à moyen et long terme et de générer de nouveaux revenus à investir en prévention, le prochain budget doit :

- 1. prévoir des investissements importants pour la prévention des problèmes liés au poids;**
- 2. instaurer une redevance sur les boissons sucrées dont les sommes perçues doivent être réinvesties en prévention de l'obésité et des maladies chroniques associées, notamment pour favoriser un meilleur accès aux aliments sains.**

Cette mesure fiscale permettrait de générer de nouveaux revenus, tout en reconnaissant la coresponsabilité de l'industrie des boissons sucrées dans le fardeau de l'obésité. Il s'agit d'une mesure réaliste et doublement payante pour les Québécois puisqu'en plus de réduire l'impact d'un important contributeur à l'obésité, elle permet d'investir davantage en prévention!

## Références

---

- <sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé (2003). *Obésité : Prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale : rapport d'une consultation de l'OMS*. (OMS, Série de Rapports techniques : 894). Genève. Repéré le 10 janvier 2012 à [http://whqlibdoc.who.int/trs/who\\_trs\\_894\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_894_fre.pdf)
- <sup>2</sup> Institut national de santé publique du Québec (2013). *Le fardeau économique de l'obésité et de l'embonpoint – Revue de la littérature – Fardeau du poids corporel*. (N° de publication 1750). Québec.
- <sup>3</sup> Nations Unies (2011, septembre). *Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles*, Projet de résolution présenté par le Président de l'Assemblée générale. New York, États-Unis d'Amérique. Repéré le 16 janvier 2013 à [www.un.org/fr/documents/view\\_doc.asp?symbol=A/66/L.1](http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1)
- <sup>4</sup> Chan, M. (2011, septembre). *Maladies non transmissibles: un fléau pour la santé, mais aussi pour l'économie*, Allocution présentée à la réunion de haut niveau sur les maladies non transmissibles, lors de l'Assemblée générale des Nations Unies. New York, États-Unis d'Amérique. Repéré le 16 janvier 2013 à [www.who.int/dg/speeches/2011/un\\_ncds\\_09\\_19/fr/index.html](http://www.who.int/dg/speeches/2011/un_ncds_09_19/fr/index.html)
- <sup>5</sup> Centre de recherche de l'UNICEF (2013). *Le bien-être des enfants dans les pays riches : vue d'ensemble comparative*. (Bilan Innocenti 11). Florence, Italie. Repéré le 23 janvier à [http://www.unicef.ca/sites/default/files/imce\\_uploads/DISCOVER/OUR%20WORK/ADVOCACY/DOMESTIC/POLICY%20ADVOCACY/DOCS/unicef\\_bilan\\_innocenti\\_11.pdf](http://www.unicef.ca/sites/default/files/imce_uploads/DISCOVER/OUR%20WORK/ADVOCACY/DOMESTIC/POLICY%20ADVOCACY/DOCS/unicef_bilan_innocenti_11.pdf)
- <sup>6</sup> Tjepkema, M. & Shields, M. (2005). *Obésité mesurée : obésité chez les adultes au Canada* (Produit no 82-620-MWF20050001). Ottawa : Statistique Canada. Repéré le 20 décembre 2011 à [www.statcan.gc.ca/pub/82-620-m/2005001/article/adults-adultes/8060-fra.htm](http://www.statcan.gc.ca/pub/82-620-m/2005001/article/adults-adultes/8060-fra.htm)
- <sup>7</sup> Mongeau, L., N. Audet, J. Aubin & 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.
- <sup>8</sup> Katzmarzyk, PT. & Janssen, I. (2004). The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: an update. *Canadian Journal of Applied Physiology*, 29(1), 90-115.
- <sup>9</sup> Coleman, R. & C. Dodds (2000). *Cost of obesity in Quebec. Genuine Progress Index: Measuring sustainable development*. Canada : GPIAtlantic. Repéré à <http://www.gpiatlantic.org/pdf/health/obesity/que-obesity.pdf>
- <sup>10</sup> Agence de santé publique du Canada & Institut canadien d'information sur la santé (2011). *L'obésité au Canada*. Repéré le 19 avril 2013 à [www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/assets/pdf/oic-oac-fra.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/assets/pdf/oic-oac-fra.pdf)
- <sup>11</sup> Association canadienne de santé publique (s.d.). *Santé sur le terrain – Au-delà des soins de santé. L'intérêt économique d'investir dans la santé publique et les DSS*. Repéré le 22 août 2013 à [www.cpha.ca/fr/programs/social-determinants/frontlinehealth/economics.aspx#2](http://www.cpha.ca/fr/programs/social-determinants/frontlinehealth/economics.aspx#2)
- <sup>12</sup> Trust for America's Health (2009). *Prevention for a Healthier America : Investments in Disease Prevention Yield Significant Saving, Stronger Communities*. Washington, DC. Repéré le 23 janvier 2014 à <http://healthyamericans.org/reports/prevention08/Prevention08.pdf>
- <sup>13</sup> McIntosh, J. (2012). *Obesity And The Demand For Canadian Physician Services*. Economics Department, Concordia University. Récupérée le 17 juillet 2012 à <http://economics.ca/2012/papers/MJ0009-1.pdf>
- <sup>14</sup> Marois, P. (2012, octobre). *Un Québec pour tous*, Notes de discours de la première ministre du Québec, Madame Pauline Marois, à l'occasion de l'ouverture de la 40<sup>e</sup> législature de l'Assemblée nationale. Québec. Repéré le 23 janvier 2014 à <http://www.premier-ministre.gouv.qc.ca/actualites/allocutions/details.asp?idAllocutions=825>
- <sup>15</sup> Malik, VS., Pan, A., Willett, WC. & Hu, F. (2013). Sugar-sweetened beverages and weight gain in children and adults : a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Clinical Nutrition*. Octobre. Repéré le 21 août 2013 à <http://ajcn.nutrition.org/content/early/2013/08/21/ajcn.113.058362.abstract>

- 
- <sup>16</sup> Crawford, PB., Woodward-Lopez, G., Ritchie, L. & Webb, K. (2008). How discretionary can we be with sweetened beverages for children? *Journal of the American Dietetic Association*, 108(9), 1440-1444.
- <sup>17</sup> DeBoer, MD., Scharf, RD. & Demmer, RT. (2013). Sugar-Sweetened Beverages and Weight Gain in 2- to 5-Year-Old Children. *Pediatrics*, 132(3), 1-8.
- <sup>18</sup> American Heart Association (2013). *180,000 deaths worldwide may be associated with sugary soft drinks. American Heart Association Meeting Report*. Repéré le 21 mars 2013 à <http://newsroom.heart.org/news/180-000-deaths-worldwide-may-be-associated-with-sugary-soft-drinks?preview=13e6>
- <sup>19</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. *Journal of the American Medical Association*, 292(8), 927-934.
- <sup>20</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. *Archives of Internal Medicine*, 168(14), 1487-1492.
- <sup>21</sup> Malik, VS., Popkin, BM., Bray, GA., Després, JP., Willett, WC. & Hu, FB (2010). Sugar-Sweetened Beverages and Risk of Metabolic Syndrome and Type 2 Diabetes: A meta-analysis. *Diabetes Care*. Août. Repéré le 23 janvier 2014 à <http://care.diabetesjournals.org/content/early/2010/08/03/dc10-1079.short>
- <sup>22</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>23</sup> Sohn, W., Burt, BA. & Sowers, MR. (2006). Carbonated soft drinks and dental caries in the primary dentition. *Journal of Dental Research*, 85(3), 262-266.
- <sup>24</sup> Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (2010). *Effets néfastes des boissons énergisantes sur votre santé Buccodentaire*. Repéré le 20 août 2012 à [www.ohdq.com/Ressources/Documents/19360-DEP\\_FRA.pdf](http://www.ohdq.com/Ressources/Documents/19360-DEP_FRA.pdf)
- <sup>25</sup> Libuda, L., Alexy, T. & al. (2008). Association between long-term consumption of soft drinks and variables of bone modeling and remodelling in a sample of healthy German children and adolescents. *American Journal of Clinical Nutrition*, 88, 1670-7.
- <sup>26</sup> Ogur, R., Uysal, B. & al. (2007). Evaluation of the effect of cola drinks on bone mineral density and associated factors. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*, 100, 334-8.
- <sup>27</sup> Jacobsson, H. (2008). Short-time ingestion of colas influences the activity distribution at bone scintigraphy: experimental studies in the mouse. *Journal of the American College of Nutrition*, 27(2), 332-6.
- <sup>28</sup> Mahmood, M., Saleh, A. & al. (2008). Health effects of soda drinking in adolescent girls in the United Arab Emirates. *Journal of Critical Care*, 23, 434-50.
- <sup>29</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. *American Journal of Clinical Nutrition*, 84(4), 936-942.
- <sup>30</sup> Fiorito, LM. & al. (2009). Beverage intake of girls at age 5 years predicts adiposity and weight status in childhood and adolescence. *American Journal of Clinical Nutrition*, 90, 935-942.
- <sup>31</sup> Brown, JJ., Stamler, J., Van Horn, L., Robertson, CE., Chan, Q., Dyer, AR. & al. (2011). Sugar-Sweetened Beverage, Sugar Intake of Individuals, and Their Blood Pressure: International Study of Macro/Micronutrients and Blood Pressure. *Hypertension*. Repéré le 3 septembre 2013 à <http://hyper.ahajournals.org/cgi/content/abstract/HYPERTENSIONAHA.110.165456v1>
- <sup>32</sup> De Koning, L., Malik, VS., Kellogg, MD., Rimm, EB., Willett, WC., Hu, SB. (2012). Sweetened Beverage Consumption, Incident Coronary Heart Disease and Biomarkers of Risk in Men. *Circulation*. Repéré le 13 mars 2012 à <http://circ.ahajournals.org/content/early/2012/03/09/CIRCULATIONAHA.111.067017.full.pdf+html>

- 
- <sup>33</sup> Maersk, M. & al. (2011). Sucrose-sweetened beverages increase fat storage in the liver, muscle, and visceral fat depot: a 6-mo randomized intervention study. *American Journal of Clinical Nutrition*. Février. Repéré le 3 septembre 2013 au [www.ajcn.org/content/early/2011/12/26/ajcn.111.022533](http://www.ajcn.org/content/early/2011/12/26/ajcn.111.022533)
- <sup>34</sup> Drake, I., Sonestedt, E., Gullberg, B., Ran Ahlgren, G., Bjartell, A., Wallström, P. & Wirfält, E. (2012). Dietary intakes of carbohydrates in relation to prostate cancer risk: a prospective study in the Malmö Diet and Cancer cohort. *American Journal of Clinical Nutrition*, 96, 1409–18.
- <sup>35</sup> Ferraro, PM., Taylor, EN., Gambaro, G. & Curhan, GC. (2013). Soda and other beverages and the risk of kidney stones. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 8(8), 1389-95.
- <sup>36</sup> Bes-Rastrollo, M., Schulze, M.B., Ruiz-Canela, M. & Martinez-Gonzalez, M.A. (2013). Financial Conflicts of Interest and Reporting Bias Regarding the Association between Sugar-Sweetened Beverages and Weight Gain: A Systematic Review of Systematic Reviews. *PLOS Medicine*, Décembre. Repéré le 8 janvier 2014 au [www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001578](http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001578)
- <sup>37</sup> Ludwig, DS., Peterson, KE., Gortmaker, SL. (2001) Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *The Lancet*, 357, 505-508.
- <sup>38</sup> California Center for Public Health Advocacy. (2009). *Bubbling Over: Soda Consumption and Its Link to Obesity in California*. Repéré le 14 septembre 2011 à [www.publichealthadvocacy.org/bubblingover.html](http://www.publichealthadvocacy.org/bubblingover.html)
- <sup>39</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 Dietetic Association*, 107, 924-934.
- <sup>40</sup> Gariguet, D. & Langlois, K. (2011). *Consommation de sucre chez les Canadiens de tous âges*. Statistique Canada. Repéré le 14 septembre 2011 à [www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2011003/article/11540-fra.pdf](http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2011003/article/11540-fra.pdf)
- <sup>41</sup> Gariguet, D. (2008). *Consommation de boissons par les enfants et les adolescents*. Statistique Canada. Repéré le 14 septembre 2011 au [www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2008004/article/6500820-fra.pdf](http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2008004/article/6500820-fra.pdf).
- <sup>42</sup> Coalition québécoise sur la problématique du poids (2012). *Les dessous du marketing des boissons sucrées*. Repéré le 3 septembre 2013 à [www.cqpp.qc.ca/fr/dossiers/boissons-sucrees/marketing](http://www.cqpp.qc.ca/fr/dossiers/boissons-sucrees/marketing)
- <sup>43</sup> Parker, L., Burns, AC. & Sanchez, E. (2009). *Local Government Actions to Prevent Childhood Obesity*. Committee on Childhood Obesity Prevention Actions for Local Governments : Institute of Medicine & National Research Council. Repéré le 23 janvier 2014 à [www.nap.edu/catalog.php?record\\_id=12674](http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=12674)
- <sup>44</sup> Organisation de Coopération et de Développement Économiques (2010). *Santé : les pouvoirs publics doivent lutter contre l'obésité, selon l'OCDE*. Repéré le 14 septembre 2012 à [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>45</sup> Yale Rudd Center for Food Policy and Obesity (2012). *Sugar-Sweetened Beverage Taxes*. Repéré le 14 novembre 2012 à [www.kickthecan.info/files/documents/Rudd\\_Policy\\_2012Brief\\_Sugar\\_Sweetened\\_Beverage\\_Taxes.pdf](http://www.kickthecan.info/files/documents/Rudd_Policy_2012Brief_Sugar_Sweetened_Beverage_Taxes.pdf)
- <sup>46</sup> De Schutter, O. (s.d.) *Five ways to tackle disastrous diets – UN food expert*. Repéré le 6 mars 2012 à [www.srfood.org/index.php/fr/component/content/article/1-latest-news/2054-five-ways-to-tackle-disastrous-diets-un-food-expert](http://www.srfood.org/index.php/fr/component/content/article/1-latest-news/2054-five-ways-to-tackle-disastrous-diets-un-food-expert)
- <sup>47</sup> Nations Unies (2011). *Rapport soumis par le Rapporteur spécial sur le droit à l'alimentation, Olivier De Schutter*, Conseil des droits de l'homme – Assemblée générale. Repéré le 6 mars 2012 à [www.srfood.org/images/stories/pdf/officialreports/20120306\\_nutrition\\_fr.pdf](http://www.srfood.org/images/stories/pdf/officialreports/20120306_nutrition_fr.pdf)
- <sup>48</sup> Bergtold, J., Akobundo, E. & Peterson, E. (2004). The FAST Method: 27. Estimating Unconditional Demand Elasticities for Processed Foods in the Presence of Fixed Effects. *Journal of Agricultural and Resource Economics*, 29(2), 276–295.
- <sup>49</sup> Yen, S., Lin, B., Smallwood, D., & al. (2004). Demand for Non-alcoholic 24. Beverages: the Case of Low-income Households. *Agribusiness*, 20(3), 309–321.

---

<sup>50</sup> Bahl, R., Bird, R. & Walker, M. (2003). The Uneasy Case Against 29. Discriminatory Excise Taxation: Soft Drink Taxes in Ireland. *Public Finance Review*, 31(5), 510–533.

<sup>51</sup> Andreyeva, T., Long, MV. & Brownell, KD. (2010). The impact of food prices on consumption: a systematic review of research on the price elasticity of demand for food. *American Journal of Public Health*, 100(2), 216-22.

<sup>52</sup> Yale Rudd Center for Food Policy and Obesity (2009). *Soft drink taxes, a policy brief*. Repéré le 14 novembre 2011 à <http://yaleruddcenter.org/resources/upload/docs/what/reports/RuddReportSoftDrinkTaxFall2009.pdf>

<sup>53</sup> Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (2013). *Évaluation des risques liés à la consommation de boissons dites « énergisantes »*. Repéré le 15 octobre 2013 à [www.anses.fr/sites/default/files/documents/NUT2012sa0212.pdf](http://www.anses.fr/sites/default/files/documents/NUT2012sa0212.pdf)