

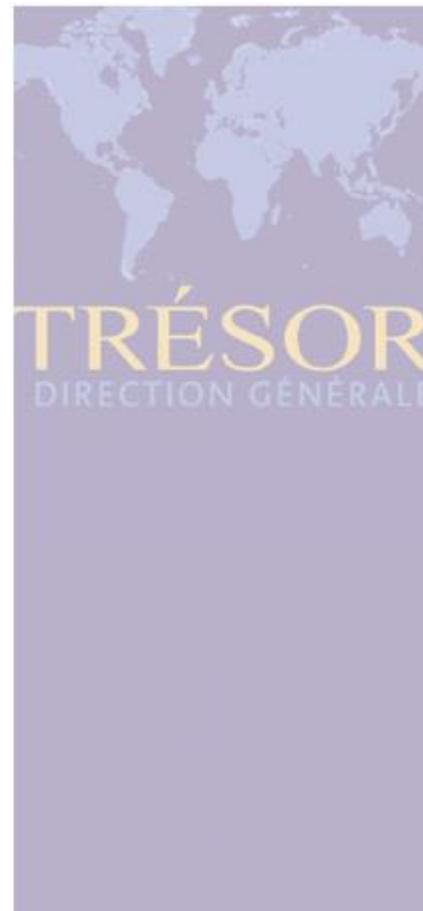
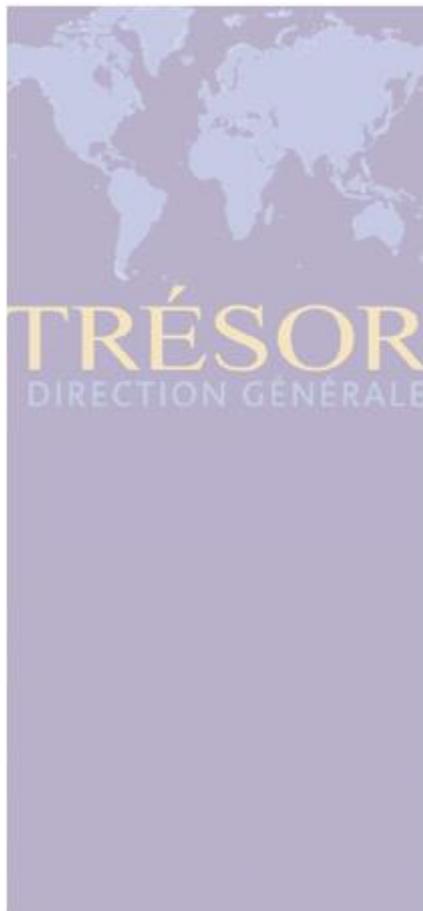
'Un Français sur deux en surpoids ou obèse : quelles conséquences sanitaires, sociales, économiques?'

- ▶ Le 24 janvier 2017
- ▶ Rencontre-débat organisée par l'Association **COMPRENDRE, ORSAY**
- ▶ Animée par Daniel CABY, Bureau Santé et Comptes sociaux
- ▶ Direction Générale du Trésor, Ministère de l'Économie et des Finances



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE
ET DES FINANCES



Nos valeurs : l'ouverture, la loyauté, l'engagement, l'esprit d'équipe

Présentation de la DG Trésor – Bureau santé et comptes sociaux



Missions de la DG Trésor

- Elaboration des prévisions économiques et conseil sur les politiques économiques
- Régulation du financement de l'économie
- Négociations financières et commerciales bilatérales et multilatérales, et aide au développement
- Le soutien à l'export et à l'investissement à l'étranger des entreprises
- Gestion de la trésorerie et de la dette de l'État à travers l'Agence France Trésor (AFT)



Missions du bureau santé et comptes sociaux

- La partie comptes sociaux du bureau effectue des prévisions des soldes des finances publiques dans le champ des ASSO pour les textes budgétaires (PLF, Programme de stabilité etc.)
- La partie santé formule des propositions et fournit des expertises en matière de politiques de santé, d'organisation et de régulation du système de soins, de couverture du risque maladie et de prise en charge de la dépendance et du handicap

0 - Sommaire

- ▶ **1 – Quelques éléments de cadrage**
- ▶ **2 – Détermination du coût social de l'obésité**
- ▶ **3 - Projection des dépenses de santé associées à la surcharge pondérale**
- ▶ **4 – Aperçu des dispositifs actuels visant à lutter contre la surcharge pondérale**
- ▶ **5 – Propositions de réformes**

1 – Éléments de cadrage : définitions et mesure de l'obésité



Un indicateur : l'indice de masse corporelle

$$\frac{\text{Poids (en kg)}}{\text{Taille}^2(\text{en m})}$$

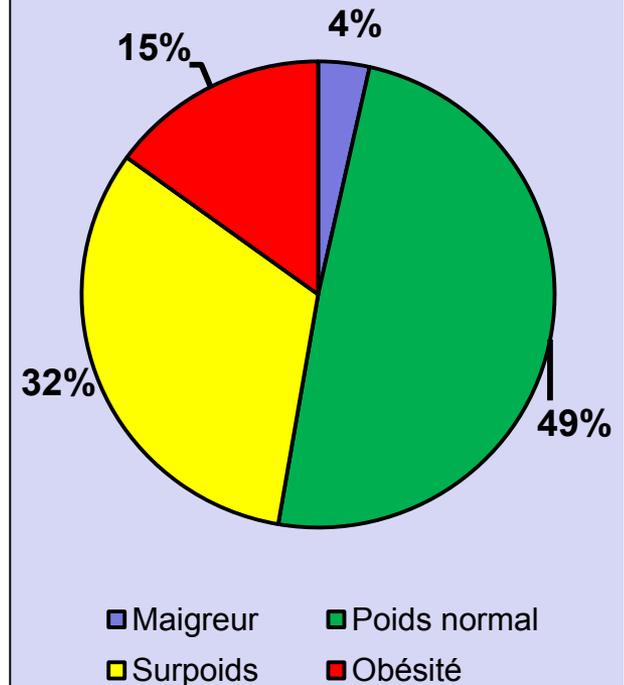


- Simple à calculer
- Fonctionnel pour l'épidémiologie

Tranche d'IMC	Interprétation
IMC < 18,5	Maigreur
18,5 ≤ IMC < 25	Corpulence normale
25 ≤ IMC < 30	Surpoids
30 ≤ IMC Obésité	Obésité modérée (classe I) : 30 ≤ IMC < 35
	Obésité sévère (classe II) : 35 ≤ IMC < 40
	Obésité morbide (classe III) : celle qui regroupe les risques les plus lourds, pour un IMC supérieur à 40.

Source : OMS.

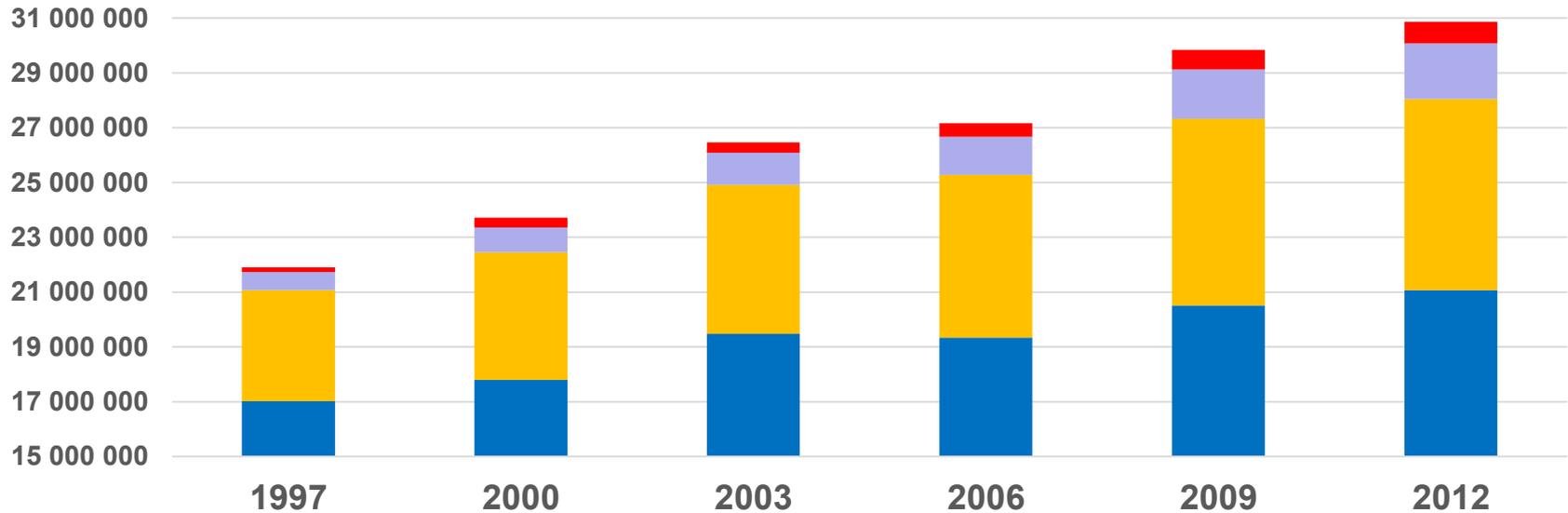
L'IMC des Français



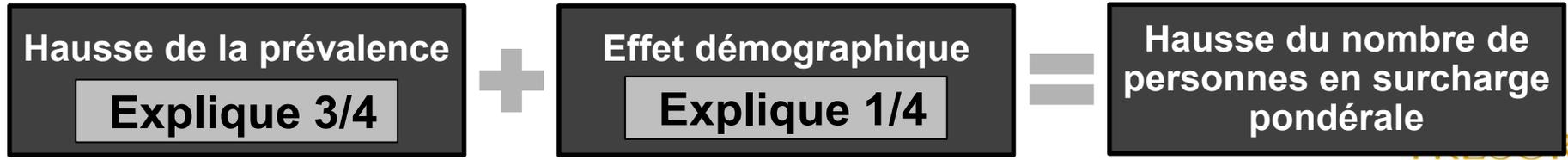
DIRECTION GÉNÉRALE

1 – Éléments de cadrage : le nombre de personnes obèses a crû à un rythme soutenu depuis les années 1990

Evolution du nombre de personnes en surcharge pondérale en France

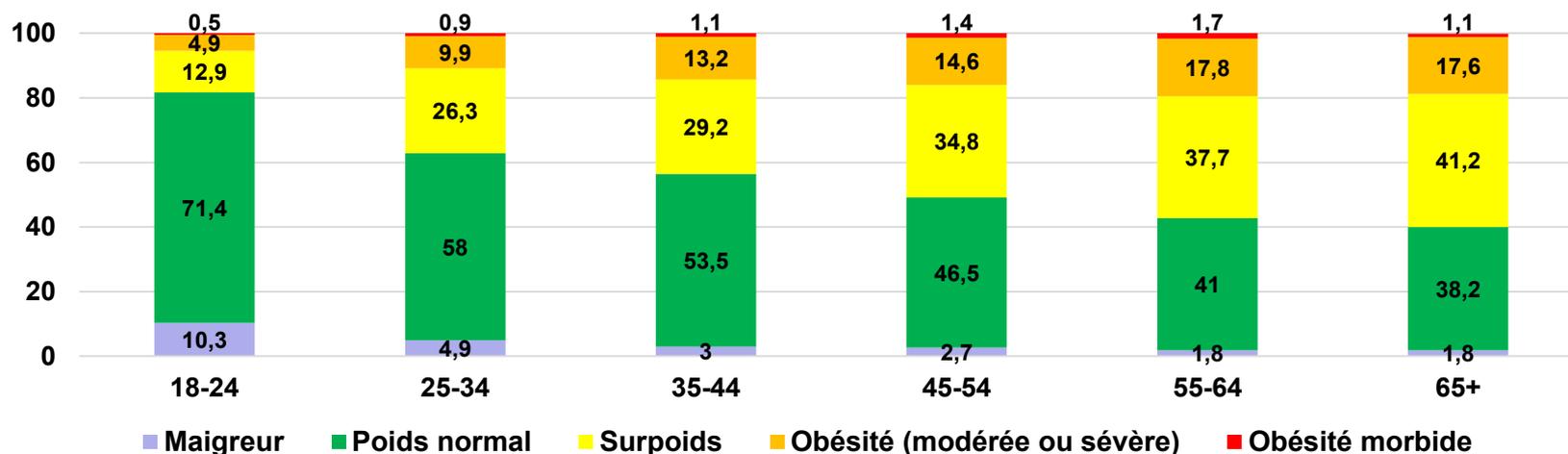


■ Surpoids ■ Obésité modérée ■ Obésité sévère ■ Obésité morbide

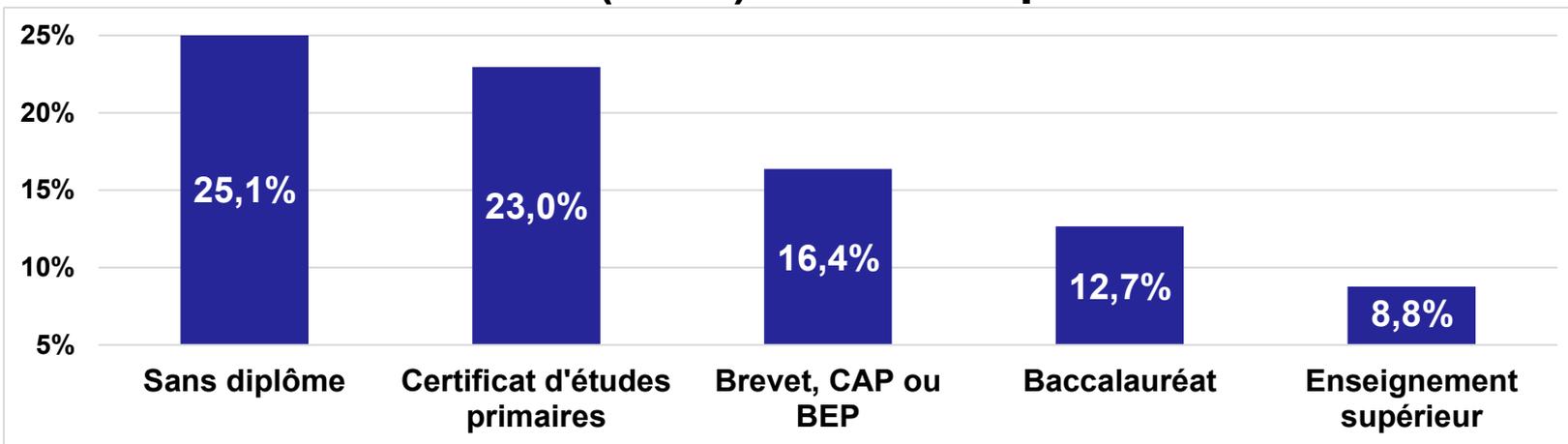


1 – Éléments de cadrage : la probabilité d'être ou non obèse dépend du gradient social et de l'âge

Distribution de l'IMC (en %) en fonction de l'âge en 2012



Prévalence de l'obésité (en %) selon le diplôme en 2012



1 – Éléments de cadrage : L'obésité est un révélateur de l'accroissement des inégalités sociales

Prévalence de l'obésité

Sur la période 1992 - 2003

Cadres

Agriculteurs

Hausse
obésité

+2%

Hausse
obésité

+7%

Différence
de 5%

Plusieurs facteurs explicatifs

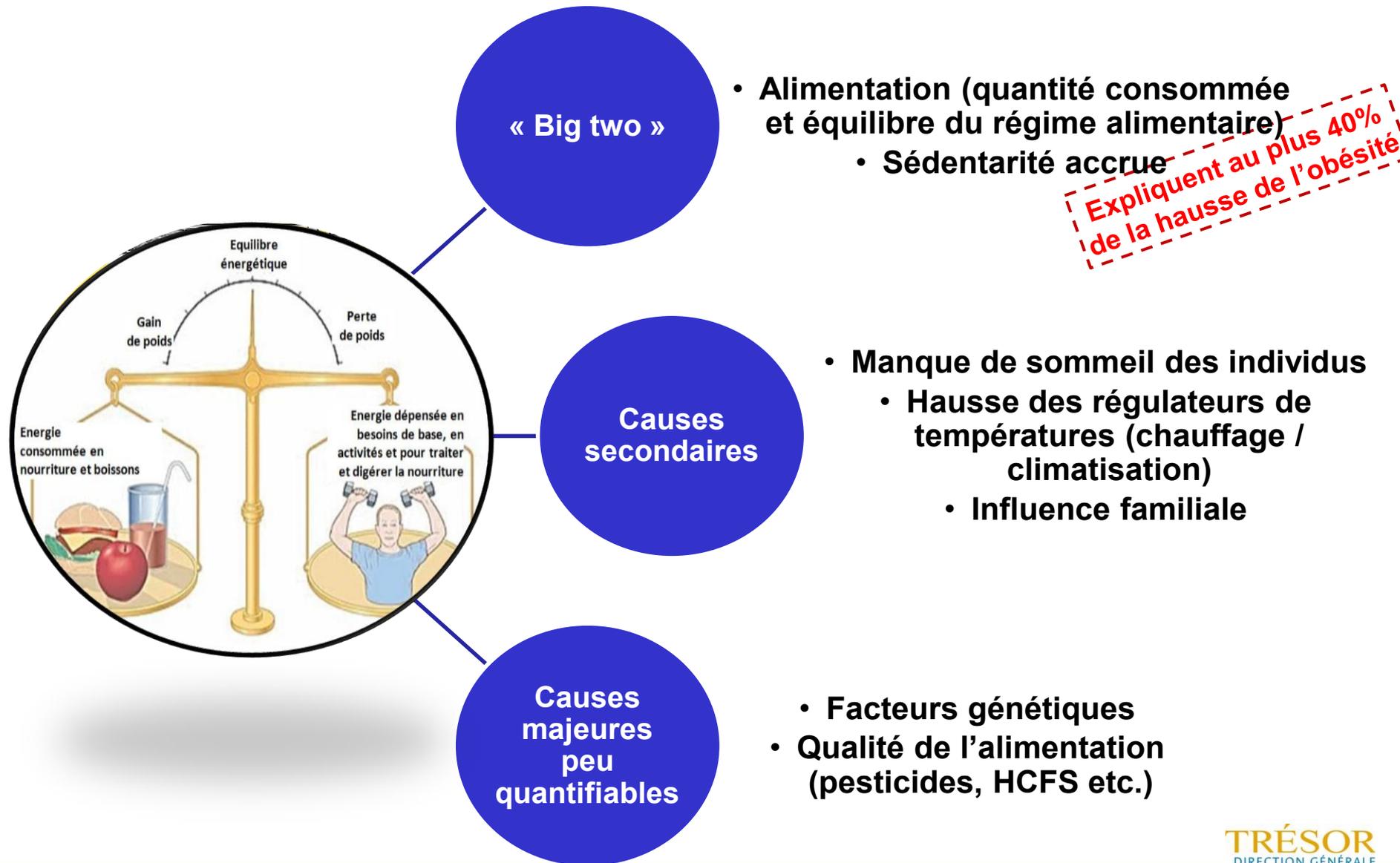
Prix de
l'alimentation

Modification
des modes
de vie plus
marquée

Moindre
pression
sociale

Moindre
efficacité des
politiques
publiques

1 – Éléments de cadrage : plusieurs facteurs expliqueraient la hausse de la surcharge pondérale



2 – Détermination du coût social : Les données utilisées pour l'étude



ESPS 2012

- Enquête santé et protection sociale
- Base de données très précise et complète mais contenant peu d'individus
- Sert de base pour la détermination des coûts



Données épidémiologiques

- Enquête « obépi »
- Réalisée tous les 3 ans sur un large échantillon de 25 000 personnes
- Jugée la plus pertinente

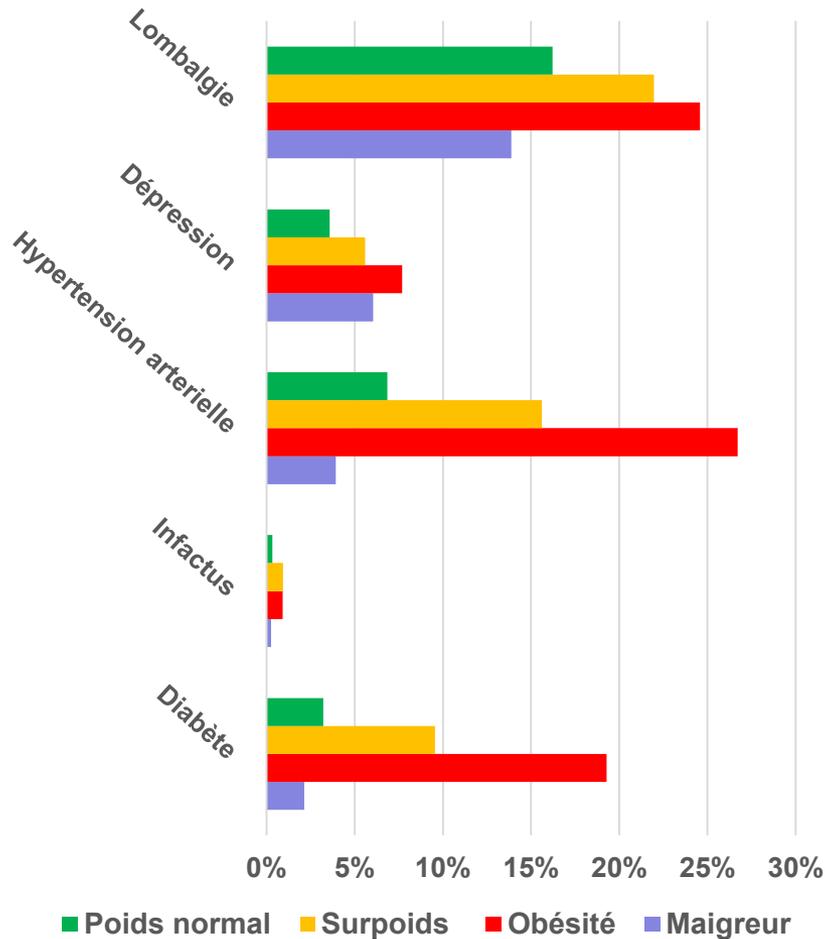


Données démographiques

- Contiennent le nombre d'habitants par âge et sexe sur le long terme
- Utile pour extrapoler les coûts individuels
- Essentiel pour des projections

2 – Détermination du coût social : l'obésité cause un état de santé dégradé

Plus de maladies ...

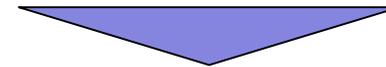


... donc plus de coûts

Le surcoût est estimé en contrôlant un maximum de variables individuelles :

$$\log(\text{Dépense}_i + A) = \alpha + \sum_{j=1}^{10} \beta_j X_{ij} + \varepsilon_i$$

Avec $X_1 = \text{IMC}$, X_2 à X_{10} variables individuelles, $\varepsilon =$ résidu et $\alpha =$ constante



Surcoût par personne en surcharge pondérale

Périmètre	Personnes obèses	Personnes en surpoids
Soins de ville	365 €	160 €
Hôpital	420 €	170 €
TOTAL	785 €	330 €

2 – Détermination du coût social : la méthodologie du coût social

Le modèle classique d'évaluation socioéconomique

$$\text{Coût social} = \Delta CE + (1 + \alpha) * \Delta G$$

Avec : CE = coûts externes, G = déficit public et $(1 + \alpha)$ = coût d'opportunité pour l'économie de lever des prélèvements obligatoires.

Adapté pour les besoins d'une étude sur la surcharge pondérale

Impact sur les finances publiques

- dépenses de santé remboursées
- indemnités journalières maladie
- pensions d'invalidité
- dépenses de prévention
- + recettes des taxes nutritionnelles
- + économies dues aux pensions non versées du fait des décès prématurés

Coûts externes

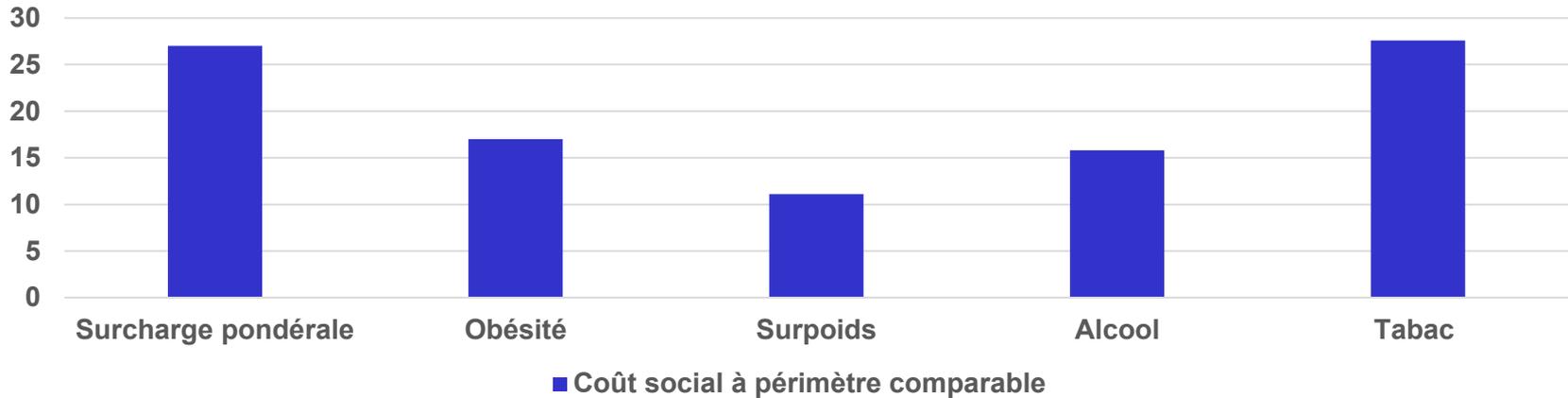
- pertes de production dues aux absences
- pertes de production dues à l'exclusion d'une partie des femmes obèses du marché du travail
- dépenses de santé non remboursées

2 – Détermination du coût social : résultats

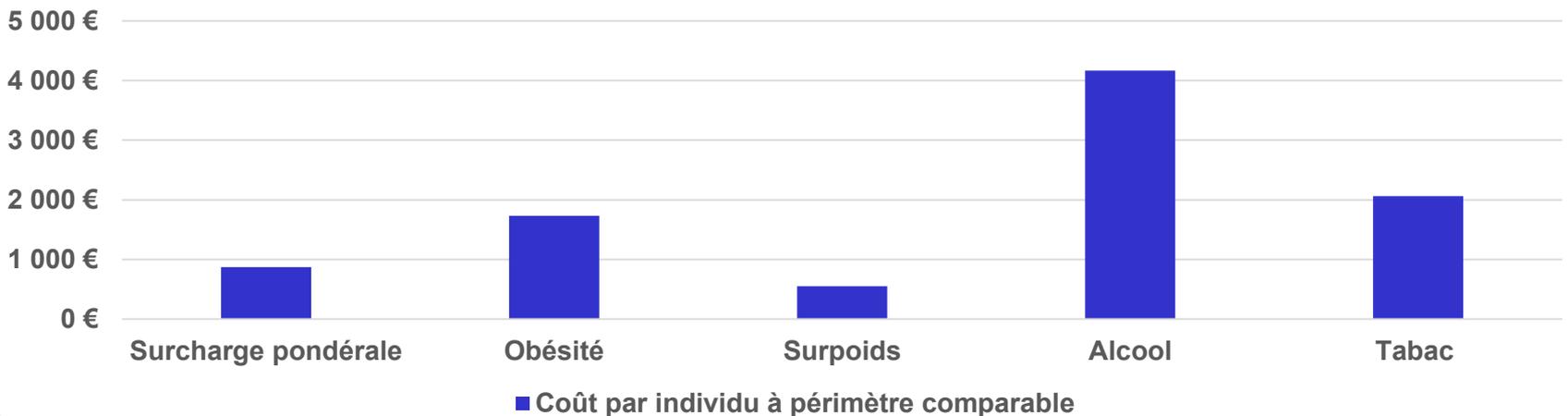
Nature du coût	Montant total (surcharge pondérale)
Surcoût pour l'assurance maladie (soins de ville)	5,6
Surcoût pour l'assurance maladie (hôpital)	7,0
Indemnités journalières (maladie)	0,8
Pensions d'invalidité	3,6
Dépenses de prévention	0,1
Taxes nutritionnelles	-0,4
Retraites économisées	-7,2
Coût pour les finances publiques (G)	9,5
Pertes de production dues à l'absentéisme des personnes obèses	2,1
Pertes de production due à l'exclusion des femmes obèses du marché du travail	5,0
Dépenses de soins non remboursées (soins de ville)	1,3
Dépenses de soins non remboursées (hôpital)	0,7
Coûts externes (CE)	9,1
Coût social = $(1+\alpha) \times G + CE$	20,4

2 – Détermination du coût social : comparaisons avec l'alcool et le tabac

Comparaison des coûts totaux en 2012



Comparaison des coûts par individu concerné en 2012



3 – Projection des dépenses : Méthodologie de la projection

Un modèle de projections classique centré sur la surcharge pondérale

- Données issues de l'INSEE (démographie), ESPS (dépenses de santé par âge, sexe et catégorie d'IMC) et Obépi (prévalence par âge et sexe)
- Modèle uniquement fondé sur la hausse du nombre de personnes en surcharge pondérale (on exclut les ALD et le progrès technique)

- Modèle de projection (détail des équations) - - - - -

$$\left\{ \begin{array}{l} PREV_{i,a,s,n+1} = PREV_{i,a,s,n} * \\ (1 + \text{évolution prévalence}_{i,a,s,n+1}) \\ POP_{i,a,s,n+1} = POP_{a,s,n+1} * PREV_{i,a,s,n+1} \\ DEP_{i,a,s,n+1} = POP_{i,a,s,n+1} * DEPINDIV_{i,a,s} \end{array} \right.$$

Avec PREV = prévalence de la catégorie d'IMC, POP = population du groupe, DEP = dépense du groupe et DEPINDIV = dépense pour un individu du groupe.

3 – Projection des dépenses : hausse de 0,7% du PIB des dépenses du fait de la surcharge pondérale en 2030

3 Scénarios envisagés

1

Scenario purement démographique (prévalence 2012)

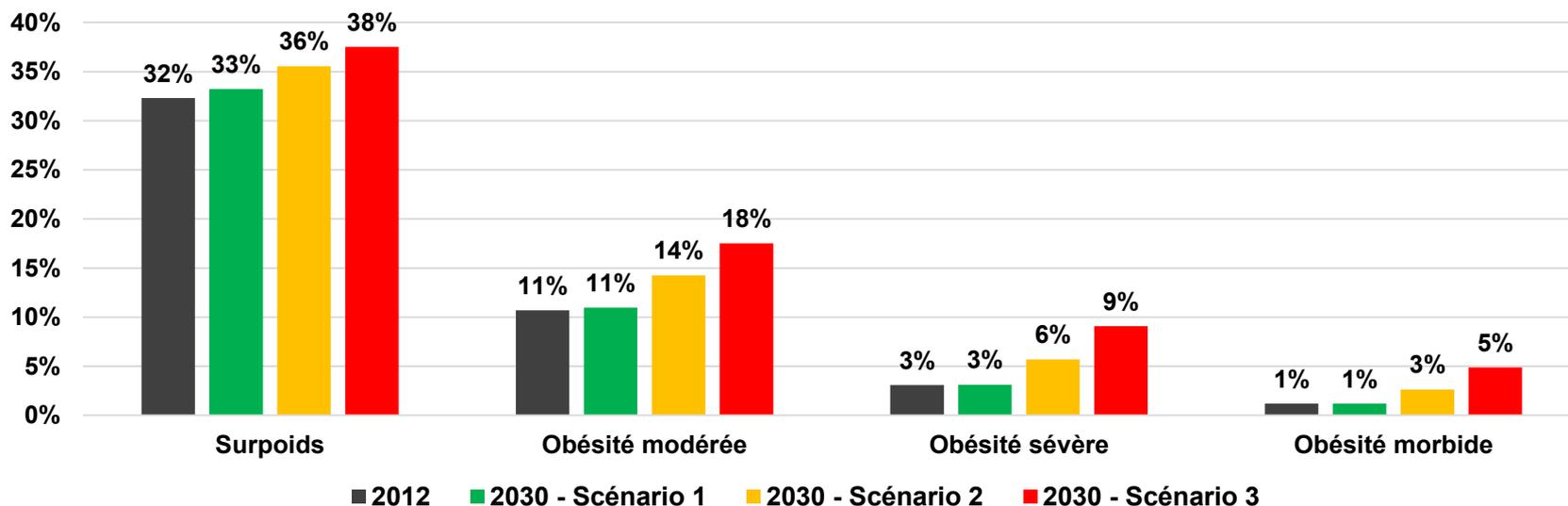
2

Réduction de la hausse de la prévalence de 10% par an

3

Réduction de la hausse de la prévalence de 2% par an

Evolution de la prévalence (surpoids + obésité) 2012 - 2030



Hausse des coûts pour l'assurance maladie de 0,7% du PIB entre 2012 et 2030

4 – Dispositifs actuels : les taxes nutritionnelles

Quelques taxes nutritionnelles ont déjà été mises en place

Taxe sur les boissons sucrées (310 M€ en 2014)

Taxe sur les boissons édulcorées (60 M€ en 2014)

Taxes sur les alcools (3,6 Md€ en 2014)



Niveau trop faible des taxes pour infléchir les comportements



Nécessité de définir l'objectif de la taxe: santé publique ou budget

Et la TVA sur l'alimentation?

- 5,5% en règle générale
- 20% pour l'alcool, le caviar, les produits de confiserie et margarine
- Seul le taux de l'alcool s'explique par des raisons de santé publique

Focus sur la « taxe Red Bull »

Rendement financier de 3 M€ au lieu des 65 M€ attendus

Succès niveau santé publique ou échec budgétaire?

4 – Dispositifs actuels : les taxes nutritionnelles – Exemples à l'international

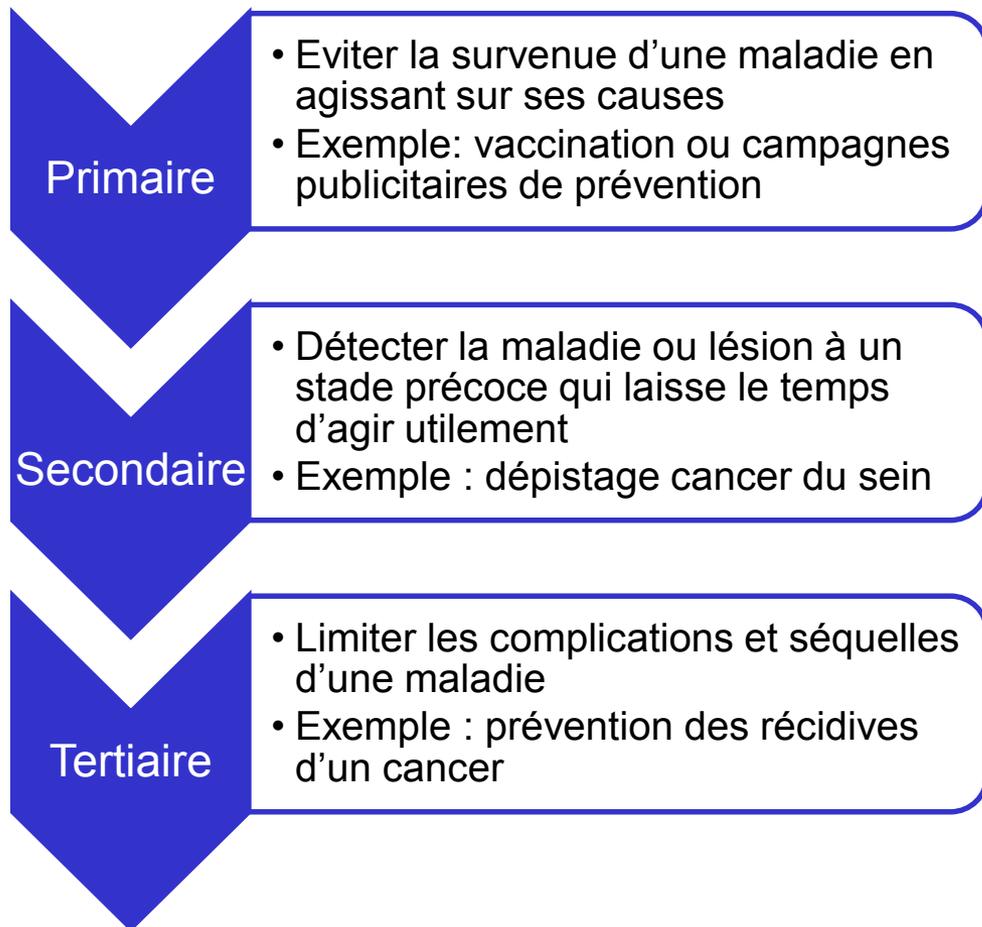
Pays	Mise en place	Retrait	Aliments concernés	Critères / seuils	Niveau 2015 (en €)
Danemark	oct-11	janv-13	Graisses saturées	Plus de 2,3g de graisses pour 100g de produit	2,15€/kg (en 2013)
	1968	/	Boissons sucrées ou édulcorées, confiseries, chocolat	Niveau de sucre < 5g/1kg Ou Niveau de sucre > 5g/1kg	0,04€/100ml ou 0,11€/100ml
	1946	/	Crèmes glacées	Niveau de sucre < 5g/l Ou niveau de sucre > 5g/l	0,71€/l ou 0,89€/l
Finlande	1940	/	Boissons sucrées ou édulcorées	Sucrées ou édulcorées	0,22€/l ou 0,11€/l
	2011	/	Confiseries, chocolat, crèmes glacées	/	0,95€/kg
France	2012	/	Boissons sucrées ou édulcorées	/	7,45€/hl
	2014	/	Boissons énergétiques	Plus de 220mg/l de caféine	1,03€/l
Irlande	1916	1992	Boissons sucrées ou édulcorées	/	0,37€/gallon (en 1992)
Mexique	2014	/	Boissons sucrées	/	0,6€/l
	2014	/	Aliments transformés caloriques	plus de 275 calories pour 100g	8% du prix
Norvège	1981	/	Boissons sucrées ou édulcorées	Sirops ou non	1,83€/l ou 0,30€/l
	1981	/	Chocolat	/	1,92€/kg
	1981	/	Sucre	/	0,74€/kg
Etats Unis	Selon les états	/	Boissons sucrées	Diffère selon les états.	Au max.: 7% du prix

Source: OCDE 2015

TRÉSOR
DIRECTION GÉNÉRALE

4 – Dispositifs actuels : la prévention

3 niveaux de prévention (OMS)



Prévention de l'obésité en France : montants en jeu

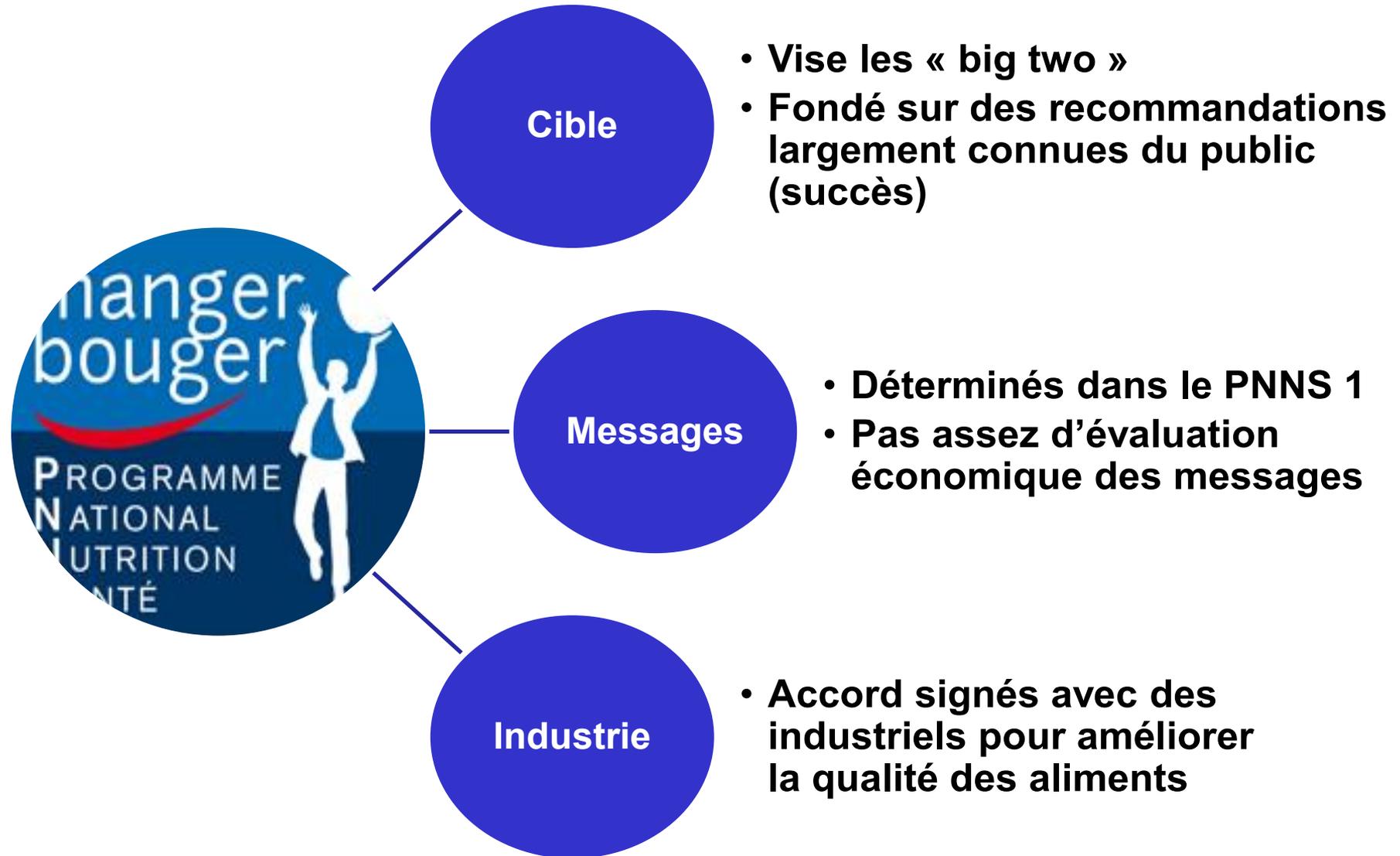
DREES (1998) :
≈ 60 M€

DG Trésor (2012):
≈ 100 M€

➔ Faibles montants de prévention institutionnelle

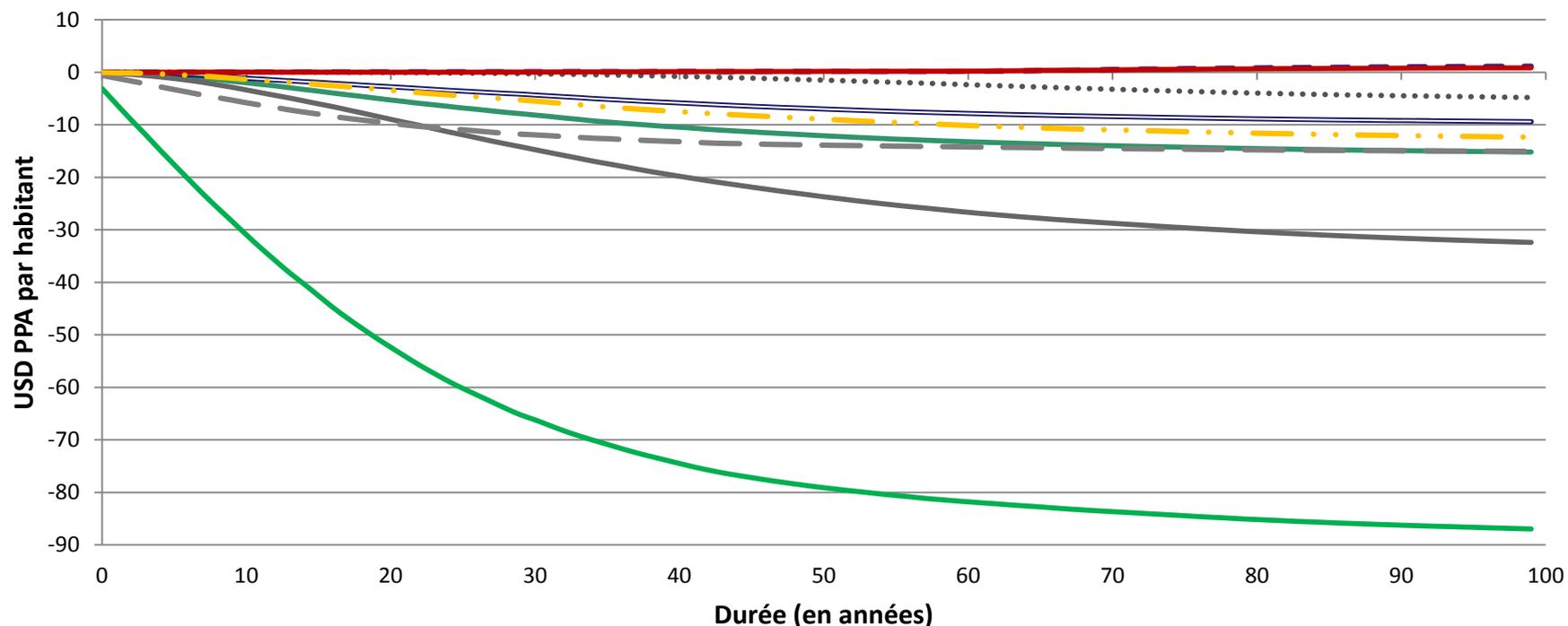
➔ Montants de la prévention par les médecins difficilement chiffrables

4 – Dispositifs actuels : l'exemple du programme national nutrition santé (PNNS)



4 – Propositions de réformes: le modèle prévention des maladies chroniques (PMC) de l'OCDE et l'OMS

- Modèle de micro simulation
- Fondé sur des données épidémiologiques
- Effet brut des mesures (pas de prise en compte du coût de mise en œuvre)



- Interventions en milieu scolaire
- Campagnes dans les médias de masse
- Accompagnement par un médecin
- Réglementation de la publicité alimentaire
- Étiquetage nutritionnel des aliments
- Interventions en milieu professionnel
- Mesures fiscales
- Accompagnement intensif par un médecin et un diététicien
- Autorégulation de la publicité alimentaire

5 – Propositions de réformes: réformes et modalités (1/2)

Taxation nutritionnelle



- Gérer les paramètres: assiette et niveau de la taxe, effets anti redistributifs, effets sur la concurrence
- Chèques santé

Suivi intensif par les médecins



- Problèmes de mise en œuvre: manque de temps des médecins, pas d'incitations et coût élevé
- Il faut créer des incitations pour les médecins:
 - Dans le cadre de leur pratique quotidienne
 - En développant la coordination entre professionnels de santé

Détournement des biais décisionnels



- Les industriels exploitent nos biais dans la prise de décision pour augmenter notre consommation
- Les pouvoirs publics pourraient contre leurs actions en jouant sur 2 leviers: on mange davantage ce qui est visible et plus il y en a plus on en mange

5 – Propositions de réformes: réformes et modalités (2/2)

Campagnes d'information



- Leur efficacité n'est pas testée à l'heure actuelle
- Campagnes générales avec un effet modéré
- Campagnes ciblées plus efficaces mais plus coûteuses

Actions sur la publicité à destination des enfants



- Problème de définition
 - Près de 90% des publicités à destination des enfants concernent des aliments gras ou sucrés
- L'interdiction au Québec a plutôt bien marché

Etiquetage nutritionnel



- Etiquetage actuel très peu clair pour les usagers
 - Un indicateur synthétique peut infléchir les comportements
- Expérimentation en cours

- ▶ **Merci de votre attention!**
- ▶ **Des questions?**

