

## ANNEXE A

### *Graphiques et tableaux supplémentaires*

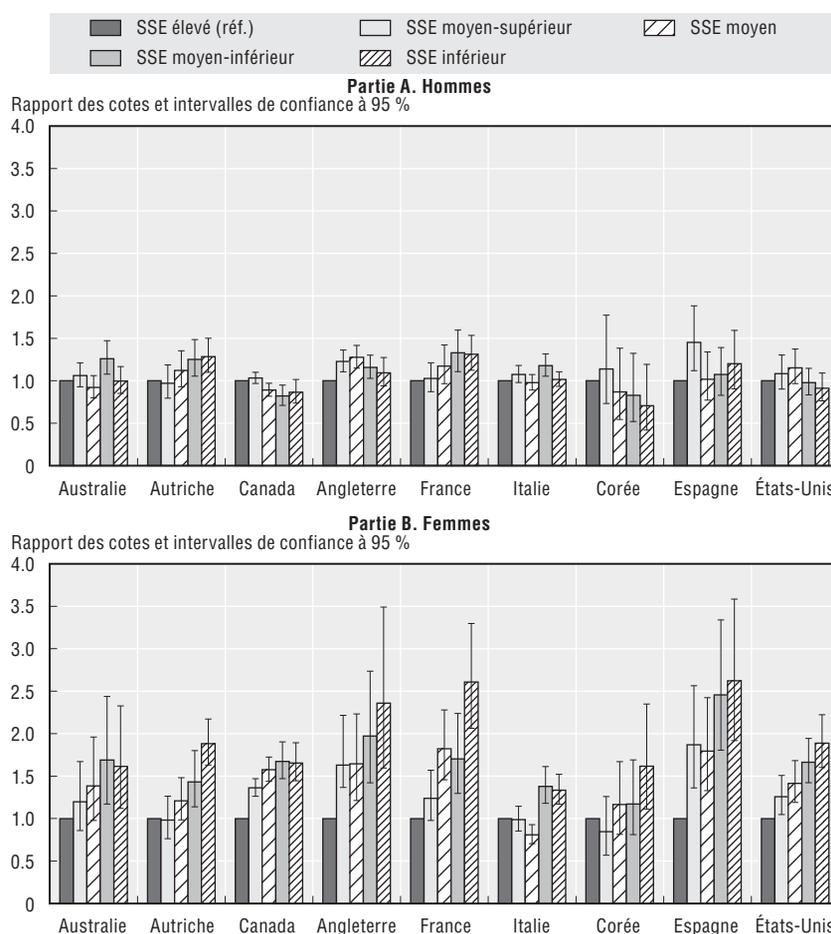
## 1. Tableaux et graphiques supplémentaires associés aux chapitres 2 et 3

Tableau A.1. Description des données tirées des enquêtes nationales sur la santé qui sous-tendent les analyses commentées dans les chapitres 2 et 3

Pays	Nom de l'enquête	Organisme réalisant l'enquête	Type d'enquête	Années utilisées dans les analyses
Angleterre	Health Survey for England (HSE)	Office for Population Censuses and Surveys (1991-1993), puis Joint Survey Unit du National Centre of Social Research et du Department of Epidemiology and Public Health de l'University College London (depuis 1994)	Enquête par examen sur la santé	1991 à 2007
Australie	National Health Survey	Australian Bureau of Statistics	Enquête par entretien sur la santé	1989, 1995, 2001, 2004/05
Autriche	Mikrozensus + enquête par entretien sur la santé	Statistique Autriche	Enquête par entretien sur la santé	1983, 1991, 1999, 2006/07
Canada	Enquête nationale sur la santé de la population + Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	Statistique Canada	Enquête par entretien sur la santé	1994/95, 2000/01, 2003, 2005
Corée	Korean National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES)	Enquête réalisée conjointement par le Korea Institute for Health and Social Affairs et le Korea Health Industry Development Institute	Enquête par examen sur la santé	1998, 2001, 2005
Espagne	Encuesta Nacional de Salud de Espana	ministère de la Santé et de la Consommation en collaboration avec le Centre de recherches sociologiques	Enquête par entretien sur la santé	1993, 1995, 1997, 2001, 2003, 2006
États-Unis-NHANES	National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)	National Center for Health Statistics	Enquête par examen sur la santé	NHANES I, NHANES II, NHANES III (1988-94), 1999/2000, 2001/02, 2003/04, 2005/06, 2007/08
États-Unis-NHIS	National Health Interview Survey (NHIS)	National Center for Health Statistics	Enquête par entretien sur la santé	1997 à 2005
France	Enquête santé et protection sociale	Institut de recherche et documentation en économie de la santé	Enquête par entretien sur la santé	1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006
Hongrie	Enquête nationale par entretien sur la santé	Centre national de l'épidémiologie Johan Béla	Enquête par entretien sur la santé	2000, 2003
Italie	Condizioni di Salute	Istituto Nazionale di Statistica	Enquête par entretien sur la santé	1994/95, 2000, 2005
Suède	Enquête suédoise sur le niveau de vie (LNU)	Statistique Suède	Enquête par entretien sur la santé	1991, 2000

Les graphiques A.1 et A.2 présentent les rapports des cotes de l'obésité et du surpoids respectivement, par statut socioéconomique, ainsi que les intervalles de confiance associés. Les tendances pour les hommes sont contrastées : ainsi, à mesure que le statut socioéconomique diminue, le risque d'obésité augmente en Autriche et en France, mais diminue dans des pays tels que le Canada et la Corée (graphique A.1, partie A); quant au risque de surpoids, il augmente en Autriche et diminue en Australie, au Canada, en Corée et aux États-Unis (graphique A.2, partie A). On observe un gradient social plus régulier chez les femmes (partie B des deux graphiques).

**Graphique A.1. Obésité selon le revenu du ménage ou la catégorie socioprofessionnelle dans quelques pays de l'OCDE**

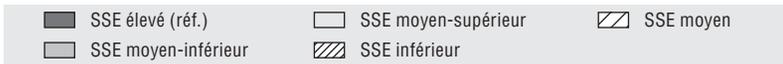


Note : Le statut socioéconomique (SSE) est défini sur la base du revenu du ménage en Australie, au Canada, en Corée et aux États-Unis, et sur la catégorie socioprofessionnelle dans les autres pays.

Source : Analyses effectuées par l'OCDE à partir des données des enquêtes nationales sur la santé.

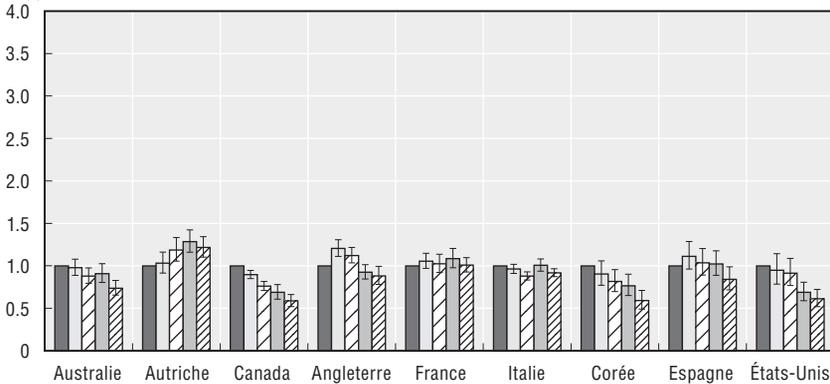
StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932326527>

Graphique A.2. **Surpoids selon le revenu du ménage ou la catégorie socioprofessionnelle dans quelques pays de l'OCDE**



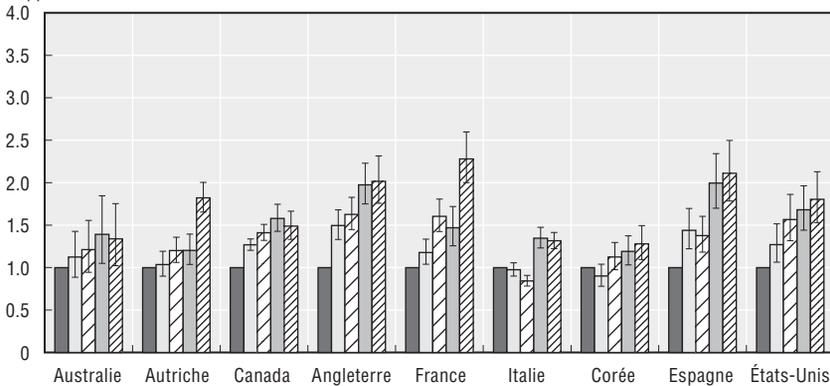
**Partie A. Hommes**

Rapport des cotes et intervalles de confiance à 95 %



**Partie B. Femmes**

Rapport des cotes et intervalles de confiance à 95 %



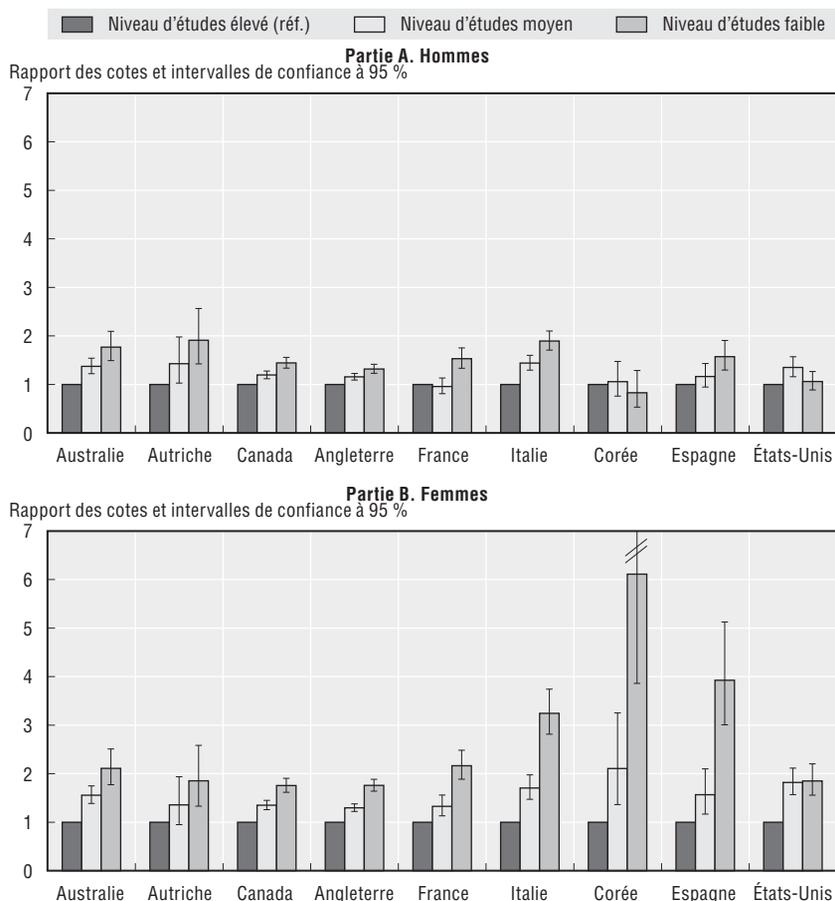
Note : Le statut socioéconomique (SSE) est défini sur la base du revenu du ménage en Australie, au Canada, en Corée et aux États-Unis, et sur la catégorie socioprofessionnelle dans les autres pays.

Source : Analyses effectuées par l'OCDE à partir des données des enquêtes nationales sur la santé.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932326546>

Les graphiques A.3 et A.4 présentent les rapports des cotes de l'obésité et du surpoids respectivement, par niveau d'études, ainsi que les intervalles de confiance associés. Les risques d'obésité et de surpoids augmentent lorsque le niveau d'études diminue chez les hommes comme chez les femmes, sauf chez les hommes en Corée et aux États-Unis (surpoids uniquement). Le gradient est généralement plus important chez les femmes (partie B des deux graphiques) que chez les hommes (partie A des deux graphiques).

Graphique A.3. **Obésité selon le niveau d'études dans quelques pays de l'OCDE**

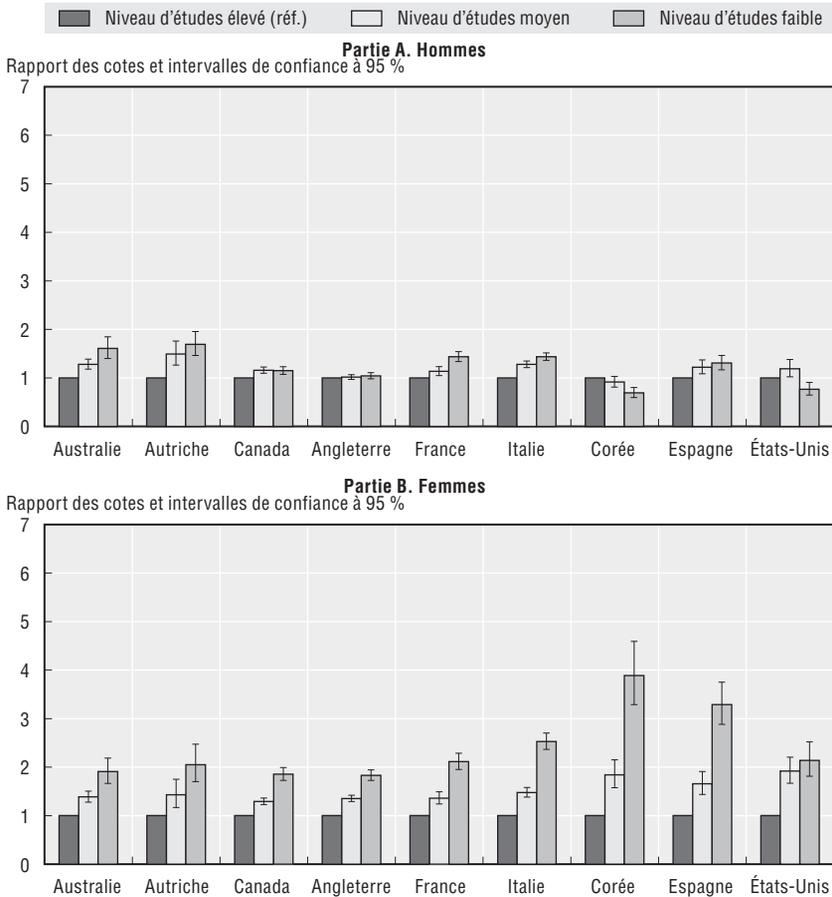


Note : La limite supérieure de l'intervalle de confiance pour la Corée est tronquée. Sa valeur est de 8.4.

Source : Analyses effectuées par l'OCDE à partir des données des enquêtes nationales sur la santé.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932326565>

Graphique A.4. **Surpoids selon le niveau d'études dans quelques pays de l'OCDE**



Source : Analyses effectuées par l'OCDE à partir des données des enquêtes nationales sur la santé.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932326584>

## 2. Tableaux et graphiques supplémentaires associés au chapitre 6

Le tableau A.2 présente une liste des principaux paramètres d'entrée utilisés dans les analyses basées sur les modèles présentées dans le chapitre 6, ainsi que les références aux sources correspondantes. Les références sont énumérées à la fin du tableau.

Tableau A.2. Principaux paramètres d'entrée utilisés dans les analyses basées sur le modèle PMC et sources correspondantes

Paramètres	Références		
	Tous les autres pays	Canada	Japon
TR d'incidence de la cardiopathie ischémique par rapport à une tension élevée		Lim <i>et al.</i> (2007)	
TR d'incidence de la cardiopathie ischémique par rapport à un cholestérol élevé			
TR d'incidence de la cardiopathie ischémique par rapport au diabète		van Baal <i>et al.</i> (2008)	Healthy Japan 21
TR d'incidence de la cardiopathie ischémique par rapport à l'obésité			van Baal <i>et al.</i> (2008)
TR de létalité de la cardiopathie ischémique par rapport à une tension élevée		Hu <i>et al.</i> (2005b); Stevens <i>et al.</i> (2004); Hart <i>et al.</i> (1999)	
TR de létalité de la cardiopathie ischémique par rapport à un cholestérol élevé		Hart <i>et al.</i> (1999); Boshuizen <i>et al.</i> (2007)	
TR de létalité de la cardiopathie ischémique par rapport au diabète		Hu <i>et al.</i> (2005a); Hu <i>et al.</i> (2006); Hu <i>et al.</i> (2005b); Hart <i>et al.</i> (1999)	
TR de létalité de la cardiopathie ischémique par rapport à l'obésité		Batty <i>et al.</i> , 2006; Pardo Silva <i>et al.</i> , 2006	
TR d'incidence de l'AVC par rapport à une tension élevée		Lim <i>et al.</i> (2007)	
TR d'incidence de l'AVC par rapport à un cholestérol élevé			
TR d'incidence de l'AVC par rapport au diabète			
TR d'incidence de l'AVC par rapport à l'obésité		van Baal <i>et al.</i> (2008)	Healthy Japan 21
TR de létalité de l'AVC par rapport à une tension élevée		Stevens <i>et al.</i> (2004); Boshuizen <i>et al.</i> (2007); Menotti <i>et al.</i> (2003)	
TR de létalité de l'AVC par rapport à un cholestérol élevé		Boshuizen <i>et al.</i> (2007); Menotti <i>et al.</i> (2003)	
TR de létalité de l'AVC par rapport au diabète		Hu <i>et al.</i> (2005a); Wannamethee <i>et al.</i> (2004)	
TR de létalité de l'AVC par rapport à l'obésité		Batty <i>et al.</i> (2006); Pardo Silva <i>et al.</i> (2006)	
TR d'incidence du cancer par rapport à la consommation de fibres		Lock <i>et al.</i> (2005)	
TR d'incidence du cancer par rapport à l'obésité		van Baal <i>et al.</i> (2008)	
TR de létalité du cancer par rapport à la consommation de fibres		Skuladottir <i>et al.</i> (2006); Pierce <i>et al.</i> (2007); Jansen <i>et al.</i> (1999)	
TR de létalité du cancer par rapport à l'obésité		Calle <i>et al.</i> (2003)	
RR d'un cholestérol élevé par rapport à l'obésité		Calculs de l'OCDE basés sur l'Enquête sur la santé pour l'Angleterre	
RR d'une tension systolique élevée par rapport à l'obésité		Calculs de l'OCDE basés sur l'Enquête sur la santé pour l'Angleterre	
RR du diabète par rapport à l'obésité		van Baal <i>et al.</i> (2008)	
RR de l'obésité par rapport à la consommation de graisses			Calculs du NIPH basés sur l'Enquête nationale sur la santé et la nutrition au Japon
RR de l'obésité par rapport à l'activité physique	Calculs de l'OCDE basés sur la National Health and Nutrition Examination Survey des États-Unis	Calculs de l'ASPC basés sur l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	Calculs du NIPH basés sur l'Enquête nationale sur la santé et la nutrition au Japon
RR de l'obésité par rapport à la consommation de fibres			Calculs du NIPH basés sur l'Enquête nationale sur la santé et la nutrition au Japon
Facteurs pour les années de vie corrigées de l'incapacité		Lopez <i>et al.</i> (2006)	

Tableau A.2. Principaux paramètres d'entrée utilisés dans les analyses basées sur le modèle PMC et sources correspondantes (suite)

Paramètres	Références		
	Canada	Angleterre	Italie
Distribution de la population initiale	Statistique Canada	Office of National statistics	ISTAT
Mortalité totale	Statistique Canada	Office of National statistics	ISTAT
Incidence de la cardiopathie ischémique	Lopez <i>et al.</i> , 2006	Calculs de l'OCDE avec Dismod II	Gruppo di Ricerca del Progetto Registro per gli Eventi Coronarici e Cerebrovascolari, 2005
Prévalence de la cardiopathie ischémique	Calculs de l'ASPC avec DISMOD II	Calculs du Mds basés sur l'Enquête sur la santé en Angleterre	Calculs de l'OCDE avec Dismod II
Mortalité par cardiopathie ischémique	Statistique Canada, Statistiques de l'état civil 2005	Office of National statistics	Calculs de l'OCDE, à partir de la base de données ISTAT « Cause di Morte »
Incidence de l'AVC	Lopez <i>et al.</i> , 2006	Calculs de l'OCDE avec Dismod II	Palmieri <i>et al.</i> , 2009
Prévalence de l'AVC	Calculs de l'ASPC avec DISMOD II	Calculs du Mds basés sur l'Enquête sur la santé en Angleterre	Calculs de l'OCDE avec Dismod II
Mortalité par AVC	Statistique Canada, Statistiques de l'état civil 2005	Office of National statistics	Calculs de l'OCDE, à partir de la base de données ISTAT « Cause di Morte »
Incidence du cancer	Statistique Canada 2006	Office of National statistics	CIRC
Prévalence du cancer	Calculs de l'ASPC avec DISMOD II	Calculs de l'OCDE avec Dismod II	Calculs de l'OCDE avec Dismod II
Mortalité par cancer	Statistique Canada, Statistiques de l'état civil 2005	Office of National statistics	Base de données de l'OMS sur la mortalité par cancer
Prévalence d'une activité physique faible	Calculs de l'ASPC basés sur l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, fichier de partage 2007/08	Calculs de l'OCDE basés sur Eurobaromètre 183-6/vague 58.2	
Prévalence d'une faible consommation de fibres	Calculs de l'ASPC basés sur l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, fichier de partage 2004, vague 2	Calculs du Mds basés sur l'Enquête sur la santé en Angleterre	Calculs de l'OCDE basés sur Leclercq <i>et al.</i> (2009)
Prévalence de la consommation de graisses	Calculs de l'ASPC basés sur l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, fichier de partage 2004, vague 2	Calculs du Mds basés sur l'Enquête sur la santé en Angleterre	Calculs de l'OCDE basés sur FAOStat
Incidence de l'obésité	Calculs de l'ASPC avec DISMOD II	Calculs de l'OCDE avec Dismod II	Calculs de l'OCDE avec Dismod II
Prévalence de l'obésité	Calculs de l'ASPC basés sur l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, fichier de partage 2007/08	Calculs du Mds basés sur l'Enquête sur la santé en Angleterre	Calculs de l'OCDE basés sur Indagine Multiscopo
Incidence du diabète	Calculs de l'ASPC avec DISMOD II	Calculs de l'OCDE avec Dismod II	Calculs de l'OCDE avec Dismod II
Prévalence du diabète	Calculs de l'ASPC, basés sur le Système national de surveillance du diabète	Calculs du Mds basés sur l'Enquête sur la santé en Angleterre	Calculs de l'OCDE basés sur Health for All - Italia
Incidence d'une tension systolique élevée	Calculs de l'ASPC avec DISMOD II	Calculs de l'OCDE avec Dismod II	Calculs de l'OCDE avec Dismod II
Prévalence d'une tension systolique élevée	Lawes <i>et al.</i> , 2004a	Calculs du Mds basés sur l'Enquête sur la santé en Angleterre	Calculs de l'OCDE basés sur Indagine Multiscopo
Incidence d'un cholestérol élevé	Calculs de l'ASPC avec DISMOD II	Calculs de l'OCDE avec Dismod II	Calculs de l'OCDE avec Dismod II
Prévalence d'un cholestérol élevé	Lawes <i>et al.</i> , 2004b	British heart foundation	Calculs de l'OCDE basé sur le Progetto Cuore

Tableau A.2. Principaux paramètres d'entrée utilisés dans les analyses basées sur le modèle PMC et sources correspondantes (suite)

Paramètres	Références	
	Japon	Mexique
Distribution de la population initiale	Calculs du NIPH, basés sur les statistiques de l'état civil au Japon	CONAPO
Mortalité totale	Calculs du NIPH, basés sur les statistiques de l'état civil au Japon	SS-DGIS 2007
Incidence de la cardiopathie ischémique	Yoshida <i>et al.</i> (2005)	Calculs du MdS, basés sur SS-DGIS-SAEH 2004-2008; IMSS 2004-2005
Prévalence de la cardiopathie ischémique	Calculs du NIPH, basés sur l'Enquête sur les patients au Japon	Calculs de l'OCDE avec Dismod II
Mortalité par cardiopathie ischémique	Calculs de l'OCDE avec Dismod II	SS-DGIS-SEED 2004-2008
Incidence de l'AVC	Nagura <i>et al.</i> (2005)	OMS, 2008
Prévalence de l'AVC	Calculs du NIPH, basés sur l'Enquête sur les patients au Japon	Calculs de l'OCDE avec Dismod II
Mortalité par AVC	Calculs de l'OCDE avec Dismod II	SS-DGIS-SEED 2004-2008
Incidence du cancer		Calculs du MdS, basés sur SS-DGIS-SAEH 2004-2008; IMSS 2004-2005
Prévalence du cancer	Calculs du NIPH, basés sur les statistiques du cancer au Japon	Calculs de l'OCDE avec Dismod II
Mortalité par cancer	Calculs de l'OCDE avec Dismod II	SS-DGIS-SEED 2004-2008
Prévalence d'une activité physique faible		Calculs du MdS, basés sur l'Enquête nationale sur la santé et la nutrition au Mexique 2006
	Calculs du NIPH basés sur l'Enquête nationale sur la santé et la nutrition au Japon	
Prévalence d'une faible consommation de fibres		Calculs du MdS, basés sur l'Enquête nationale sur la santé et la nutrition au Mexique 2006
	Calculs du NIPH basés sur l'Enquête nationale sur la santé et la nutrition au Japon	
Prévalence de la consommation de graisses		Calculs du MdS, basés sur Mundo-Rosas <i>et al.</i> (2009); Rodriguez-Ramirez <i>et al.</i> (2009); Barquera <i>et al.</i> (2009)
	Calculs du NIPH basés sur l'Enquête nationale sur la santé et la nutrition au Japon	
Incidence de l'obésité	Calculs de l'OCDE avec Dismod II	Calculs de l'OCDE avec Dismod II
Prévalence de l'obésité	Calculs du NIPH basés sur l'Enquête nationale sur la santé et la nutrition au Japon	Olaiz-Fernández <i>et al.</i> (2006); Shamah-Levy <i>et al.</i> (2007)
Incidence du diabète	Calculs de l'OCDE avec Dismod II	Olaiz <i>et al.</i> (2003); Villalpando <i>et al.</i> (2010)
Prévalence du diabète	Calculs du NIPH basés sur l'Enquête nationale sur la santé et la nutrition au Japon	Villalpando <i>et al.</i> (2010)
Incidence d'une tension systolique élevée	Calculs de l'OCDE avec Dismod II	Calculs de l'OCDE avec Dismod II
Prévalence d'une tension systolique élevée	Calculs du NIPH basés sur l'Enquête nationale sur la santé et la nutrition au Japon	Barquera <i>et al.</i> (2010)
Incidence d'un cholestérol élevé	Calculs de l'OCDE avec Dismod II	Calculs de l'OCDE avec Dismod II
Prévalence d'un cholestérol élevé	Calculs du NIPH basés sur l'Enquête nationale sur la santé et la nutrition au Japon	Aguilar-Salinas <i>et al.</i> (2010)

## Tableau A.2. Principaux paramètres d'entrée utilisés dans les analyses basées sur le modèle PMC et sources correspondantes (suite)

Le lecteur est invité à se reporter à la liste d'abréviations en début de rapport.

### Références :

- Aguilar-Salinas, C.A., F.J. Gómez-Pérez, J. Rull, S. Villalpando, S. Barquera et R. Rojas (2010), « Prevalence of Dyslipidemias in the Mexican National Health and Nutrition Survey 2006 », *Salud Pública Mex* 2010, vol. 52, pp. 44-53.
- Barquera, S., I. Campos-Nonato, L. Hernández-Barrera, S. Villalpando, C. Rodríguez-Gilbert, R. Durazo-Arvizú et C.A. Aguilar-Salinas (2010), « Hypertension in Mexican Adults: results from the Mexican Health and Nutrition Survey 2006 », *Salud Pública Mex* 2010, vol. 52, pp. 63-71.
- Barquera, S., L. Hernández-Barrera, I. Campos-Nonato, J. Espinosa, M. Flores, J.A. Barriguete et J. Rivera (2009), « Energy and Nutrient Consumption in Adults: Analysis of the Mexican National Health and Nutrition Survey 2006 », *Salud Publica Mex* 2009, vol. 51-4.
- Batty, G.D., M.J. Shipley, R.J. Jarrett, E. Breeze, M.G. Marmot et G. Davey Smith (2006), « Obesity and Overweight in Relation to Disease-specific Mortality in Men With and Without Existing Coronary Heart Disease in London: The Original Whitehall Study », *Heart*, vol. 92, n° 7, pp. 886-892, juillet.
- Boshuizen, H.C., M. Lanti, A. Menotti, J. Moschandreas, H. Tolonen, A. Nissinen, S. Nedeljkovic, A. Kafatos et D. Kromhout (2007), « Effects of Past and Recent Blood Pressure and Cholesterol Level on Coronary Heart Disease and Stroke Mortality, Accounting for Measurement Error », *American Journal of Epidemiology*, vol. 165, n° 4, pp. 398-409, 15 février.
- British Heart Foundation (site Web), [www.heartstats.org](http://www.heartstats.org), consulté le 02/03/2010.
- Calle, E.E., C. Rodriguez, K. Walker-Thurmond et M.J. Thun (2003), « Overweight, Obesity, and Mortality from Cancer in a Prospectively Studied Cohort of US Adults », *New England Journal of Medicine*, vol. 348, n° 17, pp. 1625-1638, 24 avril.
- CIRC – Cancer Incidence in Five Continents – vol. IX, site Web [www-dep.iarc.fr/CIS\\_IX\\_frame.htm](http://www-dep.iarc.fr/CIS_IX_frame.htm), consulté le 02/03/2010.
- CONAPO – Consejo Nacional de Población, « Proyecciones de la población de México 2005-2050 », site Web, [www.conapo.gob.mx](http://www.conapo.gob.mx), consulté le 19/04/2010.
- FAOStat (base de données sur la disponibilité alimentaire), site Web, <http://faostat.fao.org/site/609/default.aspx#ancor>, consulté le 18/06/2010.
- Gruppo di Ricerca del Progetto Registro per gli Eventi Coronarici e Cerebrovascolari (2005), « Registro nazionale Italiano degli evento coronarici maggiori: tassi di attacco eletalità nelle diverse aree del paese », *Giornale Italiano di Cardiologia*, vol. 6, pp. 667-673.
- Hart, C.L., D.J. Hole et G.D. Smith (1999), « Risk Factors and 20-year Stroke Mortality in Men and Women in the Renfrew/Paisley Study in Scotland », *Stroke*, vol. 30, n° 10, pp. 1999-2007, octobre.
- Hu, G., C. Sarti, P. Jousilahti, M. Peltonen, Q. Qiao, R. Antikainen et J. Tuomilehto (2005b), « The Impact of History of Hypertension and Type 2 Diabetes at Baseline on the Incidence of Stroke and Stroke Mortality », *Stroke*, vol. 36, n° 12, pp. 2538-2543, décembre.
- Hu, G., P. Jousilahti, C. Sarti, R. Antikainen et J. Tuomilehto (2006), « The Effect of Diabetes and Stroke at Baseline and During Follow-up on Stroke Mortality », *Diabetologia*, vol. 49, n° 10, pp. 2309-2316, octobre.
- Hu, G., P. Jousilahti, Q. Qiao, S. Katoh et J. Tuomilehto (2005a), « Sex Differences in Cardiovascular and Total Mortality Among Diabetic and Non-diabetic Individuals With or Without History of Myocardial Infarction », *Diabetologia*, vol. 48, n° 5, pp. 856-861, mai.
- IMSS – Instituto Mexicano del Seguro Social, « Egresos Hospitalarios 2004-2005 », Dirección de Finanzas, Mexique.
- ISTAT (site Web), [www.istat.it](http://www.istat.it), consulté le 18/06/2010.
- ISTAT, site Web « Cause de morte », [www.istat.it/dati/dataset/20080111\\_00/](http://www.istat.it/dati/dataset/20080111_00/), consulté le 18/06/2010.
- Jansen, M.C., H.B. Bueno-de-Mesquita, R. Buzina, F. Fidanza, A. Menotti, H. Blackburn, A.M. Nissinen, F.J. Kok et D. Kromhout (1999), « Dietary Fiber and Plant Foods in Relation to Colorectal Cancer Mortality: The Seven Countries Study », *International Journal of Cancer*, vol. 81, n° 2, pp. 174-179, 12 avril.
- Lawes, C.M.M., S. Vander Horn, M.R. Law et A. Rodgers (2004b), « High Cholesterol », M. Ezzati, A.D. Lopez, A. Rodgers et C.J.L. Murray (dir. pub.), *Comparative Quantification of Health Risks. Global and Regional Burden of Diseases Attributable to Selected Major Risk Factors*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- Lawes, C.M.M., S. Vander Horn, M.R. Law, P. Elliot, S. Mac Mahon et A. Rodgers (2004a), « High Blood Pressure », M. Ezzati, A.D. Lopez, A. Rodgers et C.J.L. Murray (dir. pub.), *Comparative Quantification of Health Risks. Global and Regional Burden of Diseases Attributable to Selected Major Risk Factors*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- Leclercq, C., D. Arcella, R. Piccinelli, S. Sette, C. Le Donne et A. Turrini (2009), « The Italian National Food Consumption Survey INRAN-SCAI 2005-06: Main Results in Terms of Food Consumption », *Public Health Nutrition*, vol. 12, n° 12, pp. 2504-2532.
- Lim, S.S., T.A. Gaziano, E. Gakidou, K.S. Reddy, F. Farzadfar, R. Lozano et A. Rodgers (2007), « Prevention of Cardiovascular Disease in High-risk Individuals in Low-income and Middle-income Countries: Health Effects and Costs », *The Lancet*, vol. 370, n° 9604, pp. 2054-2062, 15 décembre.

## Tableau A.2. Principaux paramètres d'entrée utilisés dans les analyses basées sur le modèle PMC et sources correspondantes (suite)

- Lock, K., J. Pomerleau, L. Causer, D.R. Altmann et M. McKee (2005), « The Global Burden of Disease Attributable to Low Consumption of Fruit and Vegetables: Implications for the Global Strategy on Diet », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, vol. 83, n° 2, pp. 100-108, février.
- Lopez, A.D., C.D. Mathers, M. Ezzati, D.T. Jamison et C.J.L. Murray (2006), *Global Burden of Disease and Risk Factors*, Oxford University Press/Banque mondiale, New York.
- Menotti, A. et M. Lanti (2003), « Coronary Risk Factors Predicting Early and Late Coronary Deaths », *Heart*, vol. 89, n° 1, pp. 19-24, janvier.
- Mundo-Rosas, V., S. Rodríguez-Ramírez et T. Shamah-Levy (2006), « Energy and Nutrient Intake in Mexican Children 1 to 4 Years Old. Results from the Mexican National Health and Nutrition Survey 2006 », *Salud Publica Mex* 2009, vol. 51-4.
- Nagura, J. et al. (2005), « Stroke Subtypes and Lesion Sites in Akita, Japan », *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, vol. 14, n° 1, janvier-février, pp. 1-7.
- Office of National Statistics (site Web), [www.statistics.gov.uk](http://www.statistics.gov.uk), consulté le 02/03/2010.
- Olaiz, G., R. Rojas, S. Barquera, T. Shamah, C. Aguilar, P. Cravito, P. López, M. Hernández, R. Tapia et J. Sepúlveda (2003), « Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo 2. La salud de los adultos », Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Mexique.
- Olaiz-Fernández, G., J. Rivera-Dommarco, T. Shamah-Levy, R. Rojas, S. Villalpando-Hernández, M. Hernández-Avila et J. Sepúlveda-Amor (2006), « Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 », Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Mexique.
- OMS, base de données sur la mortalité par cancer, [www-dep.iarc.fr/WHODb/WHODb.htm](http://www-dep.iarc.fr/WHODb/WHODb.htm), consultée le 18/06/2010.
- Palmieri, L., A. Barchielli, G. Cesana, E. de Campora, C.A. Goldoni, P. Spolaore, M. Uguccioni, F. Vancheri, D. Vanuzzo, P. Ciccarelli et S. Giampaoli (2007), « The Italian Register of Cardiovascular Diseases: Attack Rates and Case Fatality for Cerebrovascular Events », *Cerebrovascular Diseases*, vol. 24, pp. 530-539.
- Pardo Silva, M.C., C. De Laet, W.J. Nusselder, A.A. Mamun et A. Peeters (2006), « Adult Obesity and Number of Years Lived With and Without Cardiovascular Disease », *Obesity (Silver Spring)*, vol. 14, n° 7, pp. 1264-1273, juillet.
- Pierce, J.P., L. Natarajan, B.J. Caan, B.A. Parker, E.R. Greenberg, S.W. Flatt, C.L. Rock, S. Kealey, W.K. Al-Delaimy, W.A. Bardwell, R.W. Carlson, J.A. Emond, S. Faerber, E.B. Gold, R.A. Hajek, K. Hollenbach, L.A. Jones, N. Karanja, L. Madlensky, J. Marshall, V.A. Newman, C. Ritenbaugh, C.A. Thomson, L. Wasserman et M.L. Stefanick (2007), « Influence of a Diet Very High in Vegetables, Fruit, and Fiber and Low in Fat on Prognosis Following Treatment for Breast Cancer: The Women's Healthy Eating and Living (WHEL) Randomized Trial », *Journal of the American Medical Association*, vol. 298, n° 3, pp. 289-298, 18 juillet.
- Rodríguez-Ramírez, S., V. Mundo-Rosas, T. Shamah-Levy, X. Ponce-Martínez, A. Jiménez-Aguilar et T. González-de Cossío (2009), « Energy and Nutrient Intake in Mexican Adolescents: Analysis of the Mexican National Health and Nutrition Survey 2006 », *Salud Publica Mex* 2009, vol. 51-4.
- Shamah-Levy, T., S. Villalpando-Hernández et J.A. Rivera-Dommarco (2007), *Resultados de Nutrición de la ENSANUT 2006*, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Mexique.
- Skuladottir, H., A. Tjoenneland, K. Overvad, C. Stripp et J.H. Olsen (2006), « Does High Intake of Fruit and Vegetables Improve Lung Cancer Survival? », *Lung Cancer*, vol. 51, n° 3, pp. 267-273, mars.
- SS – INSP Secretaría de Salud et Instituto Nacional de Salud Pública, « National Health and Nutrition Survey in Mexico 2006 ».
- SS Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud (DGIS), « Base de datos del Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones (SEED) 2004-2008 », Mexique.
- SS Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud (DGIS), « Base de datos del Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) 2004-2008 », Mexique.
- Statistique Canada (site Web), [www.statcan.gc.ca](http://www.statcan.gc.ca), consulté le 18/06/2010.
- Stevens, R.J., R.L. Coleman, A.I. Adler, I.M. Stratton, D.R. Matthews et R.R. Holman (2004), « Risk Factors for Myocardial Infarction Case Fatality and Stroke Case Fatality in Type 2 Diabetes, UKPDS 66 », *Diabetes Care*, vol. 27, n° 1, pp. 201-207, janvier.
- van Baal, P.H., J.J. Polder, G.A. de Wit, R.T. Hoogenveen, T.L. Feenstra, H.C. Boshuizen, P.M. Engelfriet et W.B. Brouwer (2008), « Lifetime Medical Costs of Obesity: Prevention n° Cure for Increasing Health Expenditure », *PLoS Medicine*, vol. 5, n° 2, e29, février.
- Villalpando, S., V. De la Cruz, R. Rojas, T. Shamah-Levy, M.A. Ávila, B. Gaona, R. Re bollara et L. Hernández (20 10), « Prevalence and Distribution of Type 2 Diabetes Mellitus in Mexican Adult Population. A Probabilistic Survey », *Salud Pública Mex* 2010, vol. 52, pp. 27-35.
- Wannamethee, S.G., A.G. Shaper et L. Lennon (2004), « Cardiovascular Disease Incidence and Mortality in Older Men with Diabetes and in Men with Coronary Heart Disease », *Heart*, vol. 90, n° 12, pp. 1398-1403, décembre.
- Yoshida, M. et al. (2005), « Incidence of Acute Myocardial Infarction in Takashima, Shiga, Japan », *Circulation Journal*, vol. 69, n° 4, avril.

Le tableau A.3 indique le coût par habitant (c'est-à-dire par unité de population) et la couverture potentielle des interventions évaluées dans l'analyse OCDE/OMS. Les coûts ne comprennent que les coûts de mise en œuvre des interventions, et sont exprimés en USD PPA. Les statistiques de couverture reflètent la proportion de la population nationale à qui est donnée la possibilité de bénéficier de l'intervention préventive considérée, sans tenir compte des taux de participation individuels, qui sont estimés séparément.

Le tableau A.4 quantifie les gains sanitaires associés aux différentes interventions préventives. Ces gains sont exprimés sous forme de ratio entre le nombre total de vies statistiques évitées au cours de la période de simulation et le nombre total de DALY épargnées ou d'années de vie gagnées au cours de la même période. Les chiffres qui figurent dans chaque case du tableau A.3 ( $n$ ) doivent être interprétés comme suit : « l'intervention fait gagner à chaque série de  $n$  individus une DALY/années de vie au cours de leur vie ». Moins la valeur de  $n$  est élevée, plus l'intervention est efficace.

Le graphique A.5 représente l'évolution dans le temps de l'efficacité cumulée des interventions. L'axe vertical indique le nombre de DALY (années de vie corrigées de l'incapacité) épargnées par million d'habitants et l'axe horizontal reproduit le cadre temporel de l'analyse. Les DALY sont actualisées au taux de 3 %.

Le graphique A.6 représente la progression dans le temps de l'impact cumulé des interventions sur les dépenses de santé. L'axe vertical indique l'impact cumulé de ces interventions sur les dépenses de santé en termes d'USD PPA par habitant, et l'axe horizontal reproduit le cadre temporel de l'analyse. Les chiffres sont actualisés au taux de 3 %.

Le graphique A.7 illustre l'évolution dans le temps de l'efficacité cumulée d'une stratégie à interventions multiples dans les cinq pays concernés. L'axe vertical indique le nombre de DALY (années de vie corrigées de l'incapacité) épargnées par million d'habitants et l'axe horizontal reproduit le cadre temporel de l'analyse. Les DALY sont actualisées au taux de 3 %.

Le graphique A.8 décrit l'évolution dans le temps de l'impact cumulé d'une stratégie à interventions multiples sur les dépenses de santé dans les cinq pays concernés. L'axe vertical indique l'impact cumulé des interventions sur les dépenses de santé en termes d'USD PPA par habitant et l'axe horizontal reproduit le cadre temporel de l'analyse. Les chiffres sont actualisés au taux de 3 %.

Le graphique A.9 illustre l'évolution dans le temps du rapport coût-efficacité d'une stratégie à interventions multiples dans les cinq pays concernés. L'axe vertical indique les rapports coût-efficacité en termes d'USD PPA par DALY épargnée et l'axe horizontal reproduit le cadre temporel de l'analyse. Les coûts et les DALY sont actualisés au taux de 3 %.

Tableau A.3. Coûts et couverture d'une sélection d'interventions préventives

		Interventions dans les écoles	Interventions dans l'entreprise	Campagnes médiatiques	Mesures fiscales	Conseils des médecins	Conseils des médecins- diététiciens	Réglementation de la publicité alimentaire	Autorégle- mentation de la publicité alimentaire	Étiquetage des produits alimentaires	Stratégie multi- interventions
Canada	Cible en % de la population	2.4%	15.6%	78.3%	100.0%	12.7%	12.7%	21.0%	21.0%	100.0%	100.0%
	Coût/habitant (USD PPA)	1.78	5.59	1.36	0.13	9.26	19.74	0.55	0.04	1.10	24.03
Angleterre	Cible en % de la population	2.3%	15.7%	78.5%	100.0%	14.7%	14.7%	20.4%	20.4%	100.0%	100.0%
	Coût/habitant (USD PPA)	1.02	3.49	1.85	0.09	6.52	13.80	0.24	0.02	0.84	17.52
Italie	Cible en % de la population	1.9%	8.2%	82.9%	100.0%	10.2%	10.2%	16.2%	16.2%	100.0%	100.0%
	Coût/habitant (USD PPA)	1.36	2.73	1.56	0.09	6.82	14.42	0.42	0.02	0.93	18.29
Japon	Cible en % de la population	1.9%	12.7%	83.6%	100.0%	5.8%	5.8%	15.6%	15.6%	100.0%	100.0%
	Coût/habitant (USD PPA)	1.41	4.28	0.84	0.09	4.32	8.82	0.46	0.02	0.99	12.07
Mexique	Cible en % de la population	4.2%	12.6%	63.5%	100.0%	14.1%	14.1%	34.7%	34.7%	100.0%	100.0%
	Coût/habitant (USD PPA)	1.78	2.48	0.65	0.03	6.42	13.61	0.14	0.01	0.33	16.38

Note : Les chiffres doivent être interprétés comme suit : l'intervention génère un gain de 1 DALY/année de vie pour chaque individu N sur sa durée de vie. La stratégie multi-interventions considérée cumule les interventions suivantes : étiquetage des produits alimentaires; autoréglementation de la publicité alimentaire; interventions dans les écoles; campagnes médiatiques; et conseils des médecins-diététiciens dans le système de soins primaires.

Source : Analyse effectuée avec le modèle PMC sur la base de données provenant de sources multiples, recensées dans le tableau A.2.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932326888>

Tableau A.4. **Ampleur des gains sanitaires associés aux interventions préventives  
(population par gain de DALY/années de vie)**

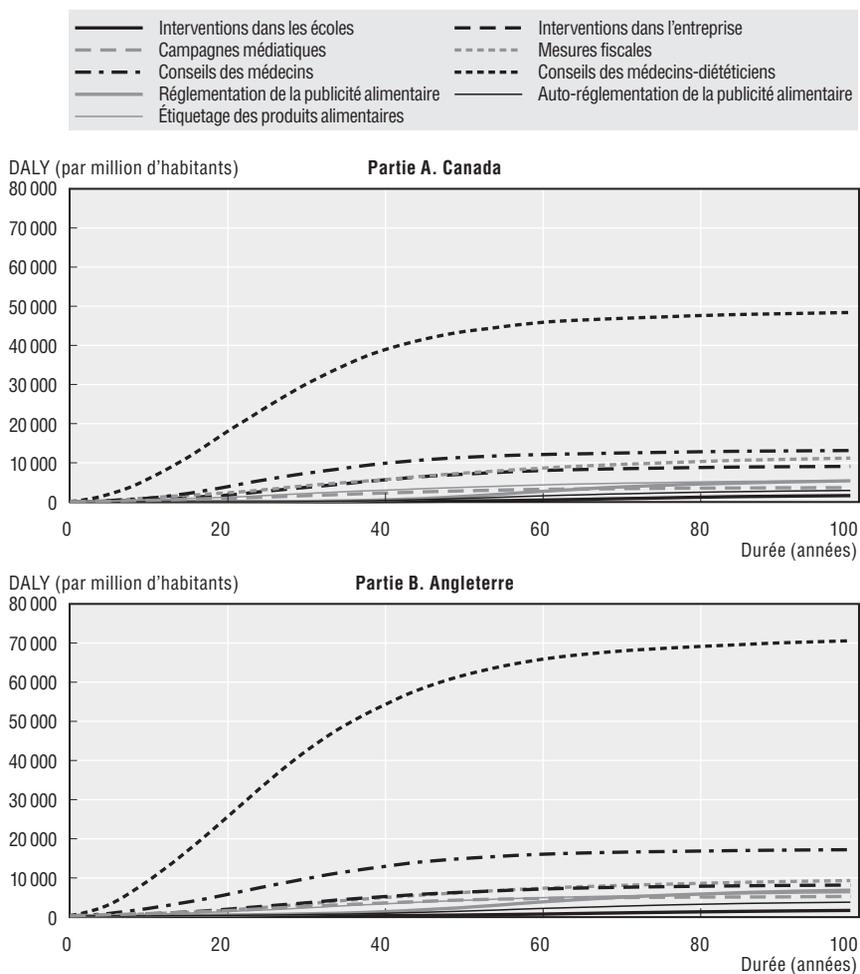
	Années de vie corrigées de l'incapacité (DALY)					Années de vie				
	Canada	Angleterre	Italie	Japon	Mexique	Canada	Angleterre	Italie	Japon	Mexique
Interventions dans les écoles	98	105	127	62	235	197	272	237	101	647
Interventions dans l'entreprise	38	44	70	37	107	63	85	104	46	272
Campagnes médiatiques	97	79	93	81	172	127	130	100	101	398
Mesures fiscales	26	31	26	22	83	43	69	37	40	185
Conseils des médecins	31	25	33	37	50	50	57	51	49	142
Conseils des médecins-diététiciens	9	6	8	10	13	14	17	12	14	41
Réglementation de la publicité alimentaire	35	29	94	33	98	57	52	134	40	181
Autoréglementations de la publicité alimentaire	64	55	180	59	181	100	95	260	74	340
Étiquetage des produits alimentaires	55	47	47	51	131	82	80	61	63	233
Stratégie multi-interventions	7	4	6	10	11	10	9	9	9	30

Note : Les chiffres doivent être interprétés comme suit : l'intervention génère un gain de 1 DALY/année de vie pour chaque individu N sur sa durée de vie. La stratégie multi-interventions considérée cumule les interventions suivantes : étiquetage des produits alimentaires; autoréglementation de la publicité alimentaire; interventions dans les écoles; campagnes médiatiques; et conseils des médecins-diététiciens dans le système de soins primaires.

Source : Analyse effectuée avec le modèle PMC sur la base de données provenant de sources multiples, recensées dans le tableau A.2.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932326907>

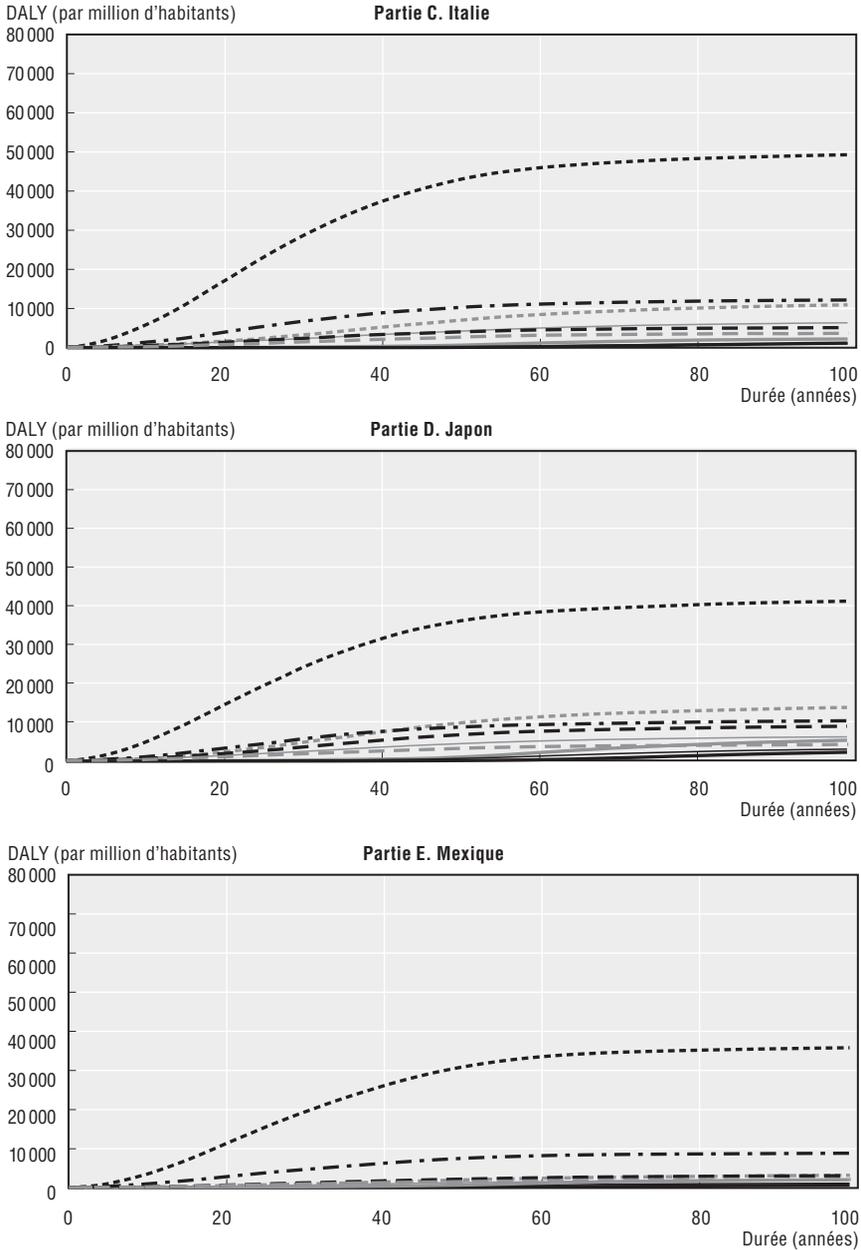
Graphique A.5. **Évolution dans le temps des gains cumulés de DALY (par million d'habitants)**



Source : Analyse effectuée avec le modèle PMC sur la base de données provenant de sources multiples, recensées dans le tableau A.2.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932326603>

Graphique A.5. **Évolution dans le temps des gains cumulés de DALY (par million d'habitants) (suite)**



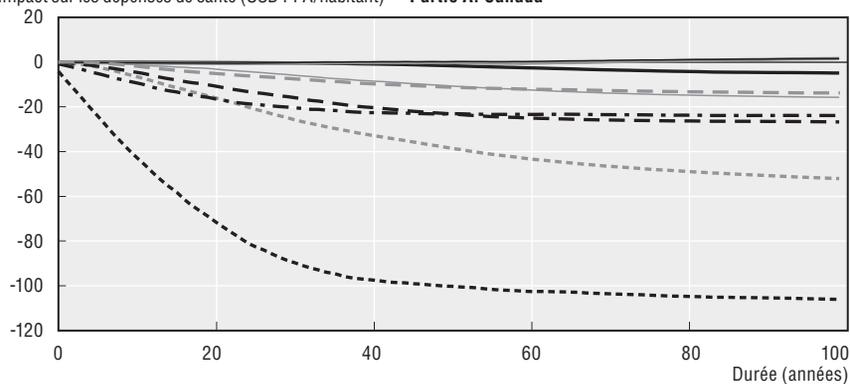
Source : Analyse effectuée avec le modèle PMC sur la base de données provenant de sources multiples, recensées dans le tableau A.2.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932326603>

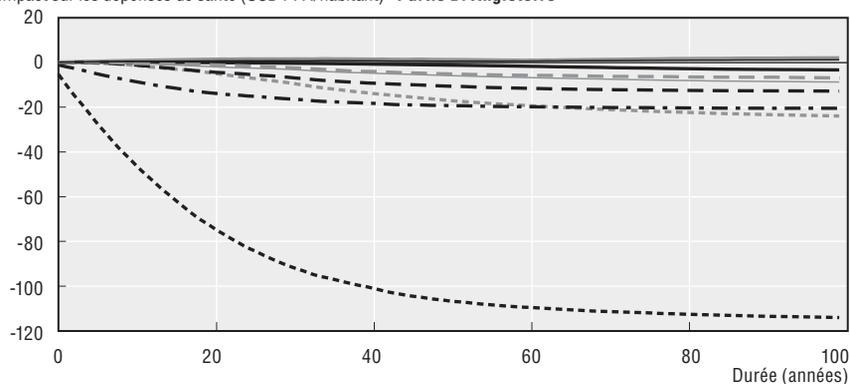
**Graphique A.6. Évolution dans le temps de l'impact cumulé des interventions sur les dépenses de santé**



Impact sur les dépenses de santé (USD PPA/habitant) **Partie A. Canada**



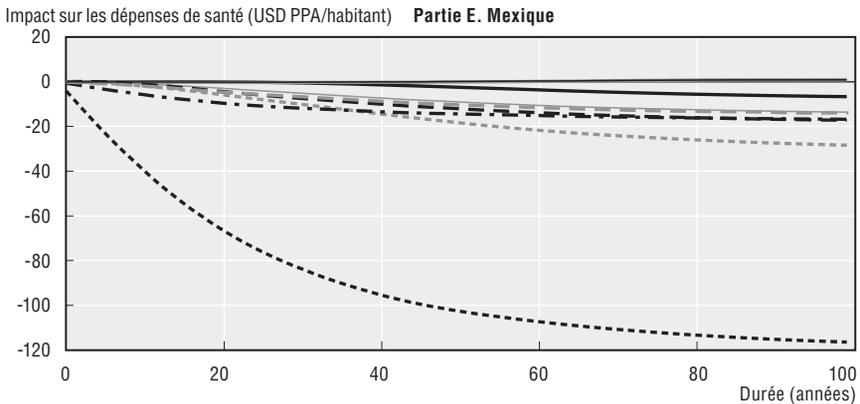
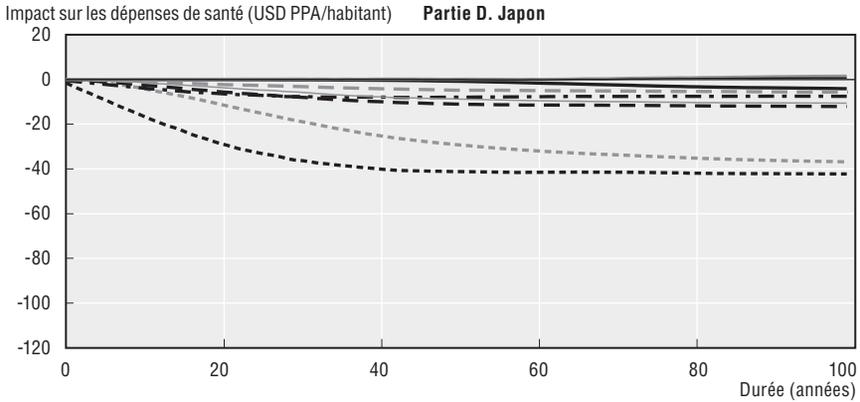
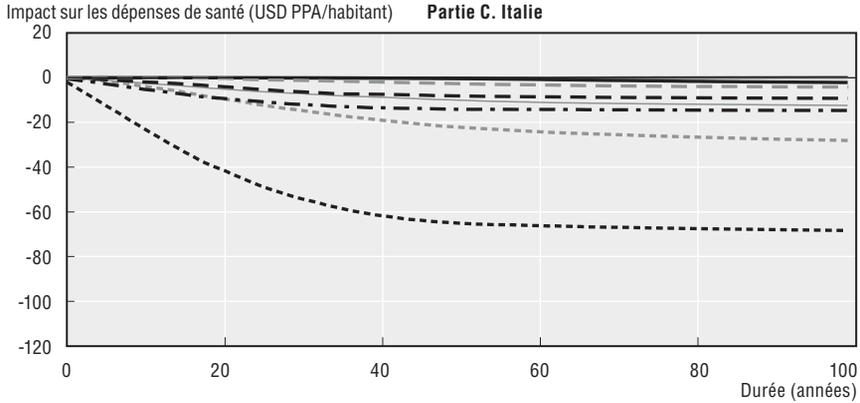
Impact sur les dépenses de santé (USD PPA/habitant) **Partie B. Angleterre**



Source : Analyse effectuée avec le modèle PMC sur la base de données provenant de sources multiples, recensées dans le tableau A.2.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932326622>

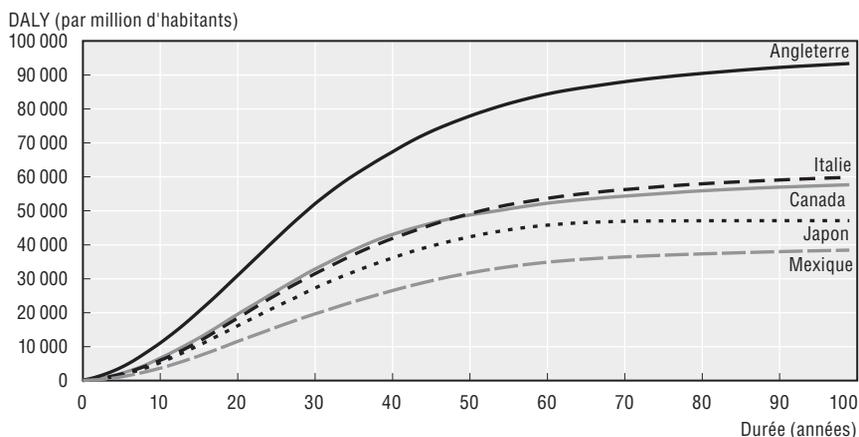
Graphique A.6. **Évolution dans le temps de l'impact cumulé des interventions sur les dépenses de santé (suite)**



Source : Analyse effectuée avec le modèle PMC sur la base de données provenant de sources multiples, recensées dans le tableau A.2.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932326622>

Graphique A.7. **Évolution dans le temps des gains cumulés de DALY obtenus avec une stratégie multi-interventions**

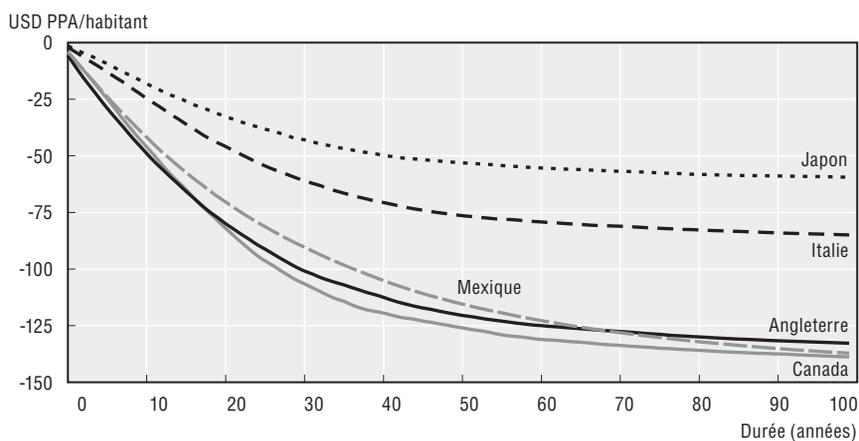


Note : La stratégie multi-interventions considérée cumule les interventions suivantes : étiquetage des produits alimentaires; autoréglementation de la publicité alimentaire; interventions dans les écoles; campagnes médiatiques; et conseils des médecins-diététiciens dans le système de soins primaires.

Source : Analyse effectuée avec le modèle PMC sur la base de données provenant de sources multiples, recensées dans le tableau A.2.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932326641>

Graphique A.8. **Évolution dans le temps de l'impact cumulé d'une stratégie multi-interventions sur les dépenses de santé**

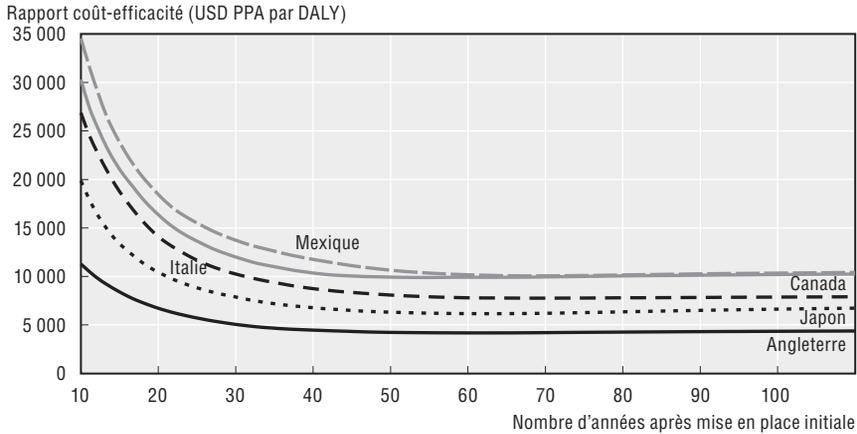


Note : La stratégie multi-interventions considérée cumule les interventions suivantes : étiquetage des produits alimentaires; autoréglementation de la publicité alimentaire; interventions dans les écoles; campagnes médiatiques; et conseils des médecins-diététiciens dans le système de soins primaires.

Source : Analyse effectuée avec le modèle PMC sur la base de données provenant de sources multiples, recensées dans le tableau A.2.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932326660>

Graphique A.9. **Évolution dans le temps du rapport coût-efficacité d'une stratégie multi-interventions**



Note : La stratégie multi-interventions considérée cumule les interventions suivantes : étiquetage des produits alimentaires; autoréglementation de la publicité alimentaire; interventions dans les écoles; campagnes médiatiques; et conseils des médecins-diététiciens dans le système de soins primaires.

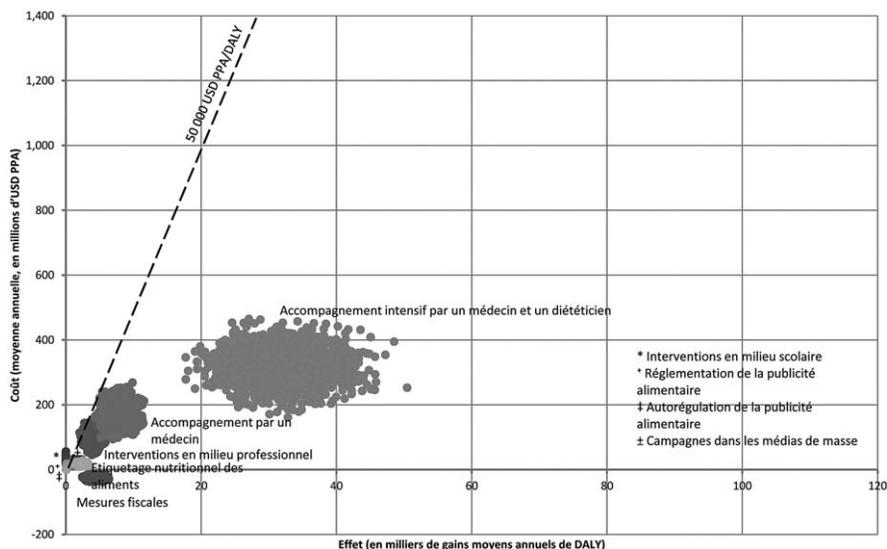
Source : Analyse effectuée avec le modèle PMC sur la base de données provenant de sources multiples, recensées dans le tableau A.2.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932326679>

Les graphiques A.10 à A. 14 illustrent le rapport coût-efficacité moyen annuel des différentes interventions 30 ans après leur mise en place. L'axe vertical représente le coût des interventions en millions d'USD PPA, et l'axe horizontal l'effet des interventions en milliers de DALY. Les nuages de points pour chaque intervention traduisent l'incertitude qui entoure les estimations des coûts et des effets. Les nuages situés en majeure partie ou entièrement sous la ligne de seuil correspondent aux interventions qui présentent les profils coût-efficacité les plus favorables.

Les graphiques A.15 à A. 19 illustrent le rapport coût-efficacité moyen annuel des différentes interventions 100 ans après leur mise en place. Ces graphiques ont les mêmes caractéristiques que les graphiques A.10 à A.14.

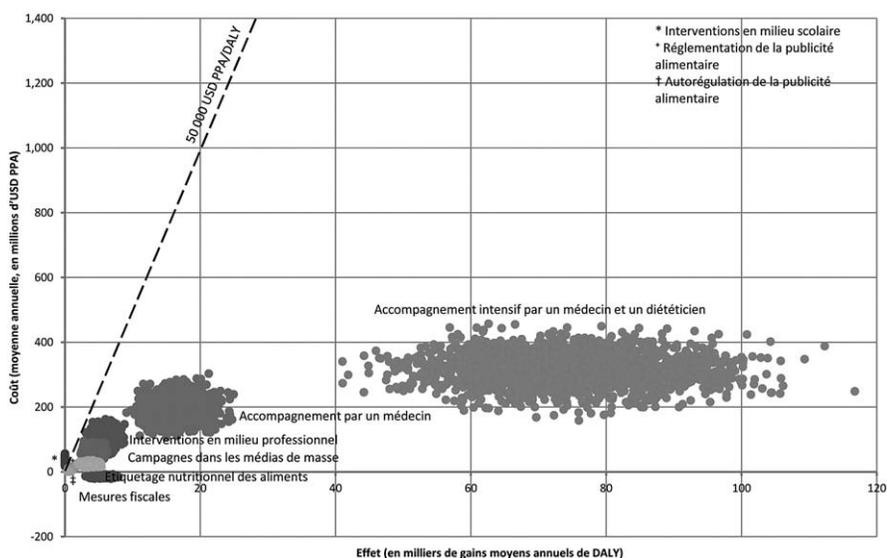
Graphique A.10. **Canada : analyse probabiliste de sensibilité du rapport coût-efficacité des interventions au bout de 30 ans**



Source : Analyse effectuée avec le modèle PMC sur la base de données provenant de sources multiples, recensées dans le tableau A.2.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932326698>

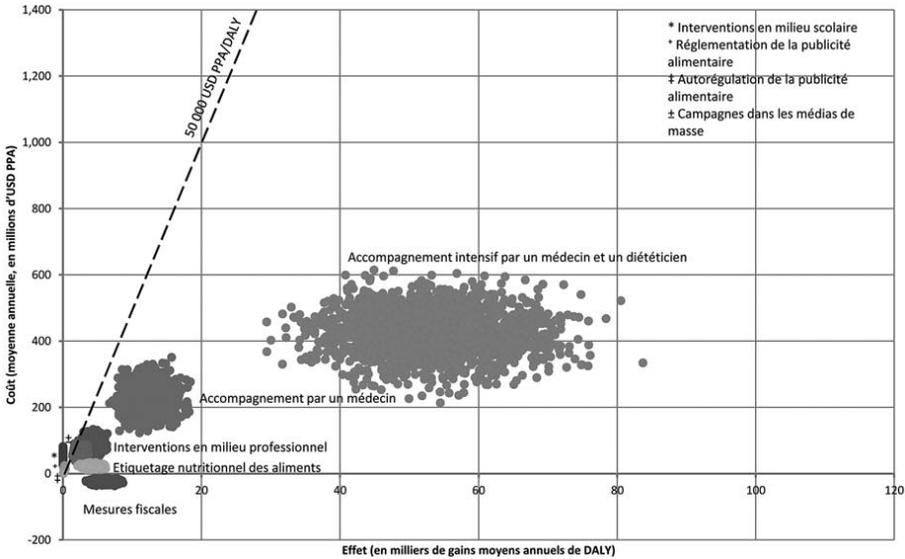
Graphique A.11. **Angleterre : analyse probabiliste de sensibilité du rapport coût-efficacité des interventions au bout de 30 ans**



Source : Analyse effectuée avec le modèle PMC sur la base de données provenant de sources multiples, recensées dans le tableau A.2.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932326717>

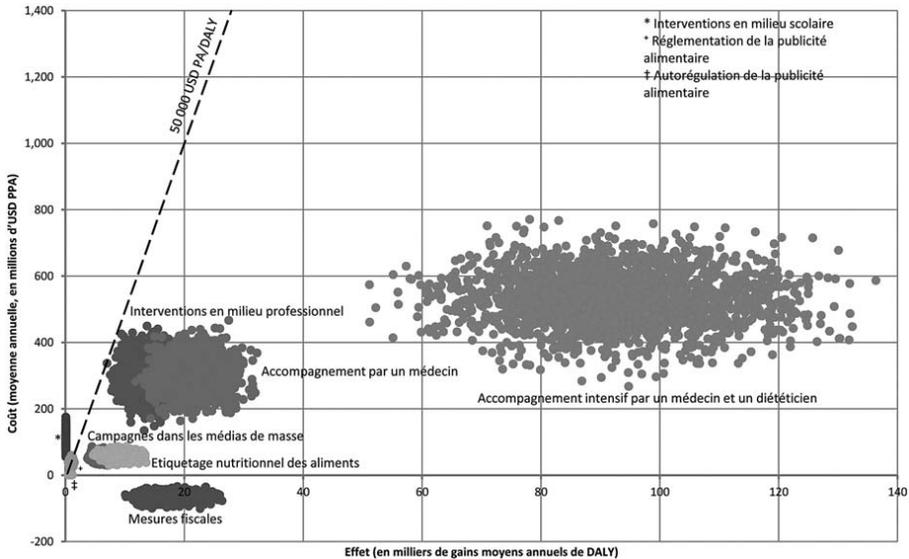
**Graphique A.12. Italie : analyse probabiliste de sensibilité du rapport coût-efficacité des interventions au bout de 30 ans**



Source : Analyse effectuée avec le modèle PMC sur la base de données provenant de sources multiples, recensées dans le tableau A.2.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932326736>

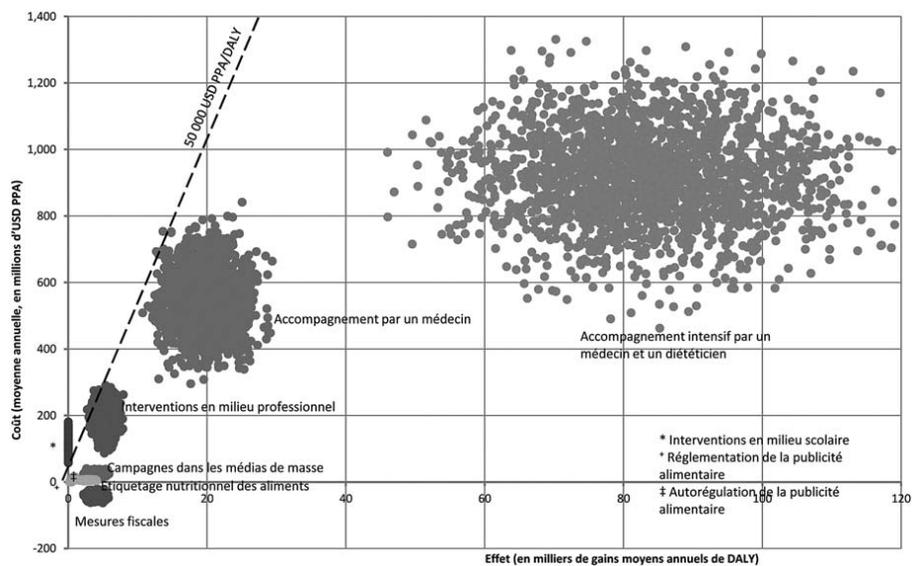
**Graphique A.13. Japon : analyse probabiliste de sensibilité du rapport coût-efficacité des interventions au bout de 30 ans**



Source : Analyse effectuée avec le modèle PMC sur la base de données provenant de sources multiples, recensées dans le tableau A.2.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932326755>

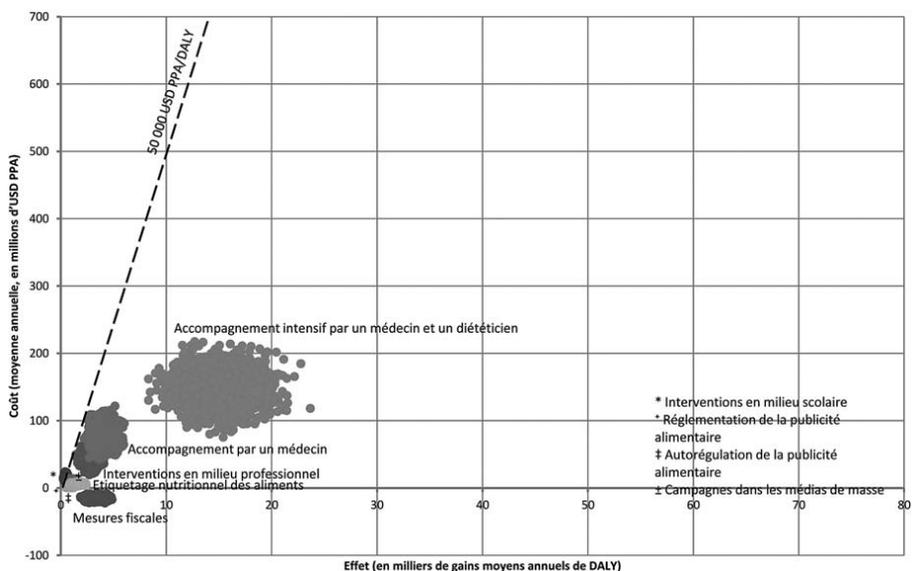
Graphique A.14. Mexique : analyse probabiliste de sensibilité du rapport coût-efficacité des interventions au bout de 30 ans



Source : Analyse effectuée avec le modèle PMC sur la base de données provenant de sources multiples, recensées dans le tableau A.2.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932326774>

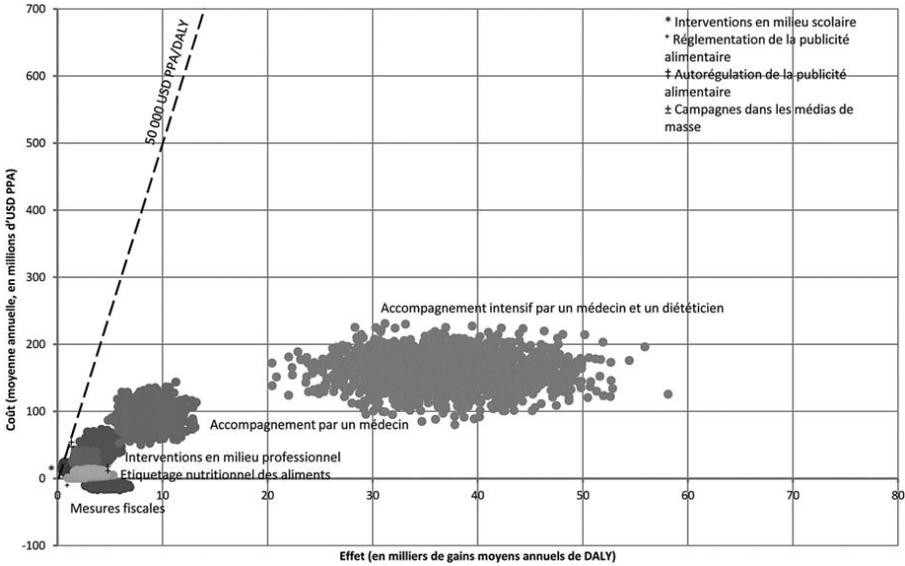
Graphique A.15. Canada : analyse probabiliste de sensibilité du rapport coût-efficacité des interventions au bout de 100 ans



Source : Analyse effectuée avec le modèle PMC sur la base de données provenant de sources multiples, recensées dans le tableau A.2.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932326793>

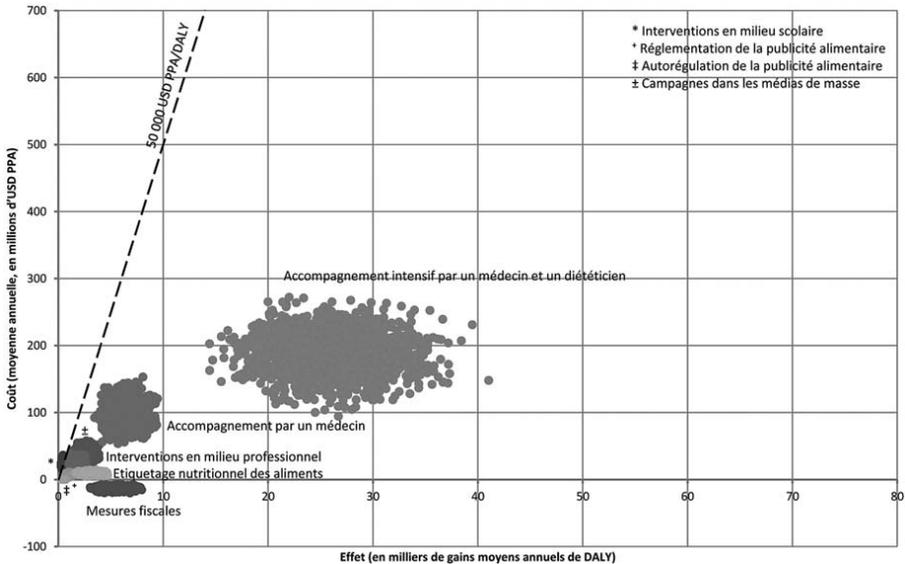
**Graphique A.16. Angleterre : analyse probabiliste de sensibilité du rapport coût-efficacité des interventions au bout de 100 ans**



Source : Analyse effectuée avec le modèle PMC sur la base de données provenant de sources multiples, recensées dans le tableau A.2.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932326812>

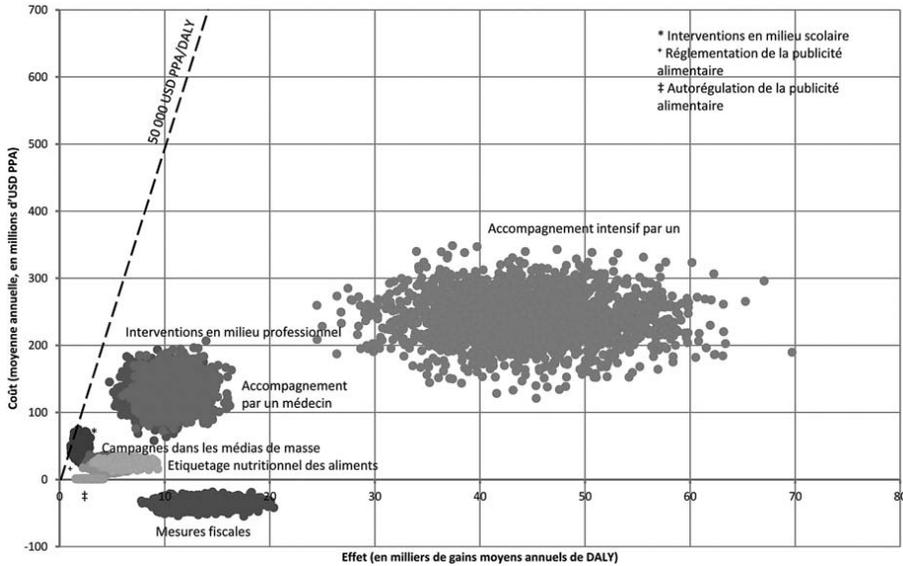
**Graphique A.17. Italie : analyse probabiliste de sensibilité du rapport coût-efficacité des interventions au bout de 100 ans**



Source : Analyse effectuée avec le modèle PMC sur la base de données provenant de sources multiples, recensées dans le tableau A.2.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932326831>

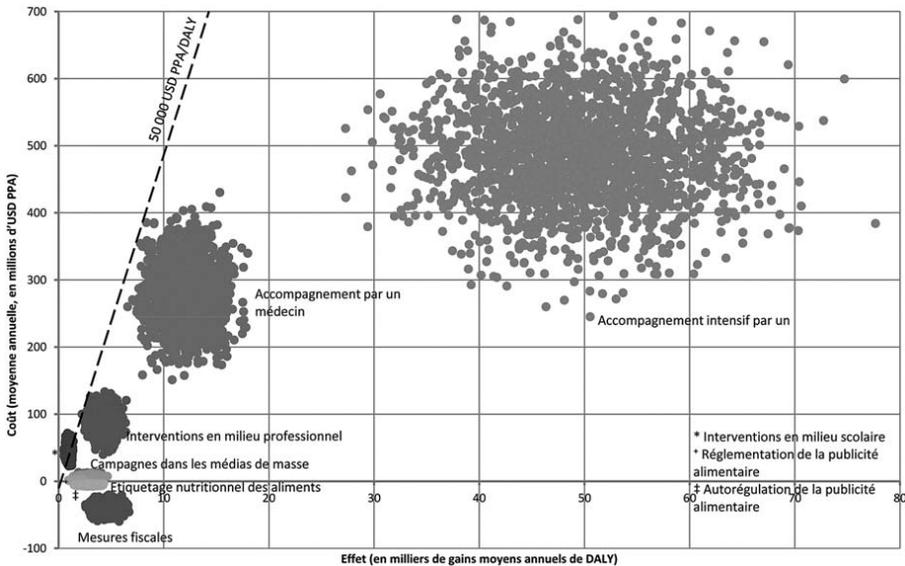
Graphique A.18. Japon : analyse probabiliste de sensibilité du rapport coût-efficacité des interventions au bout de 100 ans



Source : Analyse effectuée avec le modèle PMC sur la base de données provenant de sources multiples, recensées dans le tableau A.2.

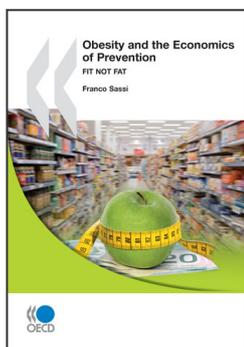
StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932326850>

Graphique A.19. Mexique : analyse probabiliste de sensibilité du rapport coût-efficacité des interventions au bout de 100 ans



Source : Analyse effectuée avec le modèle PMC sur la base de données provenant de sources multiples, recensées dans le tableau A.2.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932326869>



Extrait de :  
**Obesity and the Economics of Prevention**  
Fit not Fat

Accéder à cette publication :

<https://doi.org/10.1787/9789264084865-en>

**Merci de citer ce chapitre comme suit :**

OCDE (2010), « Annexe A : Graphiques et tableaux supplémentaires », dans *Obesity and the Economics of Prevention : Fit not Fat*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264084889-18-fr>

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à [rights@oecd.org](mailto:rights@oecd.org). Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) [info@copyright.com](mailto:info@copyright.com) ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) [contact@cfcopies.com](mailto:contact@cfcopies.com).