

Évaluation des données des assurés de l'assurance CSS sur les  
prévalences des personnes traitées et les coûts des maladies  
liées au surpoids et à l'obésité en Suisse.

Marques-Vidal, Pedro  
Institut Universitaire de Médecine Sociale  
et Préventive  
17, rue du Bugnon  
CH-1005 Lausanne

Ute Studer-Merkle  
Mathématique & Statistique  
Groupe CSS  
Tribtschenstrasse 21  
CH-6002 Luzern

**IUMSP**



Sur mandat de Promotion Santé Suisse



## Indices

### **Index général**

Indices .....	1
Index général .....	2
Index des figures .....	2
Index des tableaux .....	3
Introduction .....	4
Méthodologie .....	4
Terminologie .....	4
Données CSS .....	4
Enquêtes Suisses sur la santé .....	5
Calcul des prévalences et des coûts globaux .....	6
Prévalences et coûts associés au surpoids et à l'obésité .....	6
Analyse statistique .....	8
Résultats .....	8
Contrôles .....	8
Prévalences .....	8
Prévalences attribuables au surpoids/obésité .....	9
Coûts de santé .....	10
Coûts de santé attribuables au surpoids/obésité .....	11
Discussion .....	12
Evolution des prévalences et effet du surpoids/obésité .....	12
Evolution des coûts et effet du surpoids/obésité .....	13
Limites de l'étude .....	14
Conclusions .....	14
References bibliographiques .....	15
Figures .....	16
Tableaux .....	29

### **Index des figures**

<b>Figure 1:</b> comparaisons des prévalences du diabète et de l'HTA/dyslipémie sans diabète entre CSS et les enquêtes Suisses de santé. ....	16
<b>Figure 2:</b> évolution du nombre et de la prévalence des sujets traités pour certaines pathologies, selon le sexe. ....	17
<b>Figure 3:</b> évolution du nombre et de la prévalence des sujets traités pour certaines pathologies, selon la classe d'âge. ....	18
<b>Figure 4 :</b> évolution du nombre et du pourcentage de sujets traités pour diabète de type 2 également traités pour hypertension et/ou dyslipémie. ....	19
<b>Figure 5 :</b> évolution du pourcentage de sujets diabétiques de type 2 également traités pour hypertension et/ou dyslipémie. ....	19
<b>Figure 6 :</b> évolution du nombre et de la prévalence des sujets traités pour certaines pathologies, selon le canton. ....	20
<b>Figure 7:</b> évolution du nombre et de la prévalence des pathologies attribuables au surpoids/obésité d'après différentes méthodes de calcul, en totalité et selon le sexe. ....	21
<b>Figure 8:</b> part des différentes catégories dans le nombre de cas de maladies attribuables au surpoids/obésité d'après différentes méthodes de calcul. ....	22
<b>Figure 9:</b> évolution des coûts de traitement de certaines pathologies, en totalité et selon le sexe. ....	23
<b>Figure 10:</b> évolution des coûts de traitement de certaines pathologies, selon la classe d'âge. ....	24
<b>Figure 11:</b> évolution des coûts de traitement de certaines pathologies, selon le canton. ....	25

<b>Figure 12</b> : évolution des dépenses attribuables au surpoids/obésité d’après différentes méthodes de calcul, en totalité et selon le sexe. ....	26
<b>Figure 13</b> : évolution du pourcentage des dépenses totales attribuable au surpoids/obésité, d’après différentes méthodes de calcul, selon la classe d’âge.....	27
<b>Figure 14</b> : évolution des dépenses attribuables au surpoids/obésité, d’après différentes méthodes de calcul, selon le canton. ....	28

***Index des tableaux***

<b>Tableau I</b> : sources des valeurs des fractions attribuables dans la population. ....	29
<b>Tableau II</b> : valeurs des fractions attribuables dans la population. ....	30
<b>Tableau III</b> : évolution du nombre et de la prévalence des sujets traités, selon la pathologie, globalement et selon le sexe.....	32
<b>Tableau IV</b> : évolution du nombre et de la prévalence des sujets traités, selon la pathologie et la classe d’âge.....	33
<b>Tableau V</b> : évolution du nombre et de la prévalence des sujets traités, selon la pathologie et le canton. ....	35
<b>Tableau VI</b> : évolution du nombre et de la prévalence de pathologies attribuables au surpoids/obésité, d’après différentes méthodes de calcul, globalement et selon le sexe.....	36
<b>Tableau VII</b> : évolution du nombre et du pourcentage de pathologies attribuables au surpoids/obésité, d’après différentes méthodes de calcul, tous sujets, selon la pathologie concernée. ....	38
<b>Tableau VIII</b> : évolution du nombre et de la prévalence de sujets avec des pathologies attribuables au surpoids/obésité, d’après différentes méthodes de calcul et les données des Enquêtes Suisses sur la santé, globalement et selon le sexe. ....	40
<b>Tableau IX</b> : évolution des dépenses de santé des assurés CSS, selon la pathologie, globalement et selon le sexe. ....	42
<b>Tableau X</b> : évolution des dépenses de santé des assurés CSS, selon la pathologie et la classe d’âge. ....	44
<b>Tableau XI</b> : évolution des dépenses individuelles de santé des assurés CSS, selon la pathologie et la classe d’âge.....	46
<b>Tableau XII</b> : évolution des dépenses de santé des assurés CSS, selon la pathologie et le canton. ....	48
<b>Tableau XIII</b> : évolution du coût moyen du traitement individuel des assurés CSS, selon la pathologie et le canton.....	49
<b>Tableau XIV</b> : coûts attribuables au surpoids/obésité, d’après différentes méthodes de calcul, en totalité et selon le sexe. ....	50
<b>Tableau XV</b> : coûts attribuables au surpoids/obésité, d’après différentes méthodes de calcul, selon la classe d’âge.....	52
<b>Tableau XVI</b> : coûts attribuables au surpoids/obésité, d’après différentes méthodes de calcul, selon le canton. ....	55
<b>Tableau XVII</b> : comparaison des PAFs selon la source bibliographique.....	57

## **INTRODUCTION**

En Suisse, presque 3 adultes sur 10 (29,4%) étaient en surpoids en 2007, alors que le pourcentage des obèses s'élevait à 8,2%. Le surpoids concerne donc près de 2,3 millions de résidents en Suisse. Les enquêtes de santé, menées en 1992, 1997, 2002 et 2007 par l'Office fédéral de la statistique, ont montré une augmentation à la fois du surpoids et de l'obésité pendant la période 1992–2002, avec une relative stabilisation par la suite. Le surpoids et l'obésité ont des conséquences connues en termes de maladies cardio-métaboliques, de cancers et de certaines affections psychiques. Les maladies cardio-métaboliques les plus reliées au surpoids et à l'obésité sont le diabète de type 2 et l'hypertension, et dans une moindre mesure la dyslipémie.

Pour l'instant, au niveau de la Confédération, il n'y a guère de données utilisables sur des maladies liées au surpoids et à l'obésité. Un projet de l'Office Fédéral de la Santé Publique rassemble les données des hôpitaux, des pharmacies et des assurances (KoLe), mais n'est pas encore en mesure de fournir les données souhaitées.

De nombreuses questions se posent alors: quelle est l'évolution des maladies liées au surpoids et à l'obésité en Suisse? Quelle est la part de cette évolution qui peut être attribuée à l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité? Quels sont les coûts économiques qui en découlent?

L'objectif de ce rapport est donc de proposer une analyse de la prévalence et de l'évolution des maladies liées au surpoids et à l'obésité en Suisse sur la période 2004-2007. Il vise aussi à estimer le coût financier de ces maladies.

## **METHODOLOGIE**

### ***Terminologie***

Dans ce rapport, certains points sont rehaussés avec un format spécifique

Les formules sont en Courier new

▮ Les aspects les plus importants ont une marge sur le côté gauche

### ***Données CSS***

Nous avons utilisé les données agrégées fournies par CSS concernant plusieurs groupes de coûts pharmaceutiques pour définir les pathologies les plus liées au surpoids et à l'obésité. Il faut noter que les maladies qui suivent sont définies sur la présence de traitements spécifiques et non sur un diagnostic clinique.

- Maladies rhumatismales
- Maladies cardiaques
- Cancers

- Diabète type 2 avec/sans hypertension ou hypercholestérolémie
- Hypertension artérielle et hypercholestérolémie, sans diabète

Ces données concernent les personnes âgées de 25 ans et plus assurées auprès de CSS depuis le 1<sup>er</sup> Janvier 2004 et toujours en vie le 31 Décembre 2008 (366'500 personnes environ). Les données ont été agrégées selon la classe d'âge (groupes de 10 ans), le sexe et le groupe de coûts pharmaceutiques. Les données concernant les coûts sont complètes dans plus de 85% des cas, et le pourcentage de sujets présents dans plus d'un groupe de coûts pharmaceutiques (par exemple un sujet traité pour diabète de type 2 et cancer) serait assez faible, inférieur à 10%. Notons que les coûts indiqués incluent non seulement les coûts directement associés à la pathologie (par exemple diabète de type 2), mais aussi les coûts résultant d'autres pathologies (infections, dépression, etc.). Des données supplémentaires, basées sur les mêmes critères de sélection et concernant les personnes résidant dans les trois régions linguistiques, ont également été analysées. Elles concernent les cantons Aargau (AG), Tessin (TI) et Vaud (VD), pour lesquels la qualité des données ainsi que leur complétude étaient considérés comme adéquates.

### ***Enquêtes Suisses sur la santé***

Les enquêtes suisses sur la santé (ESS) sont réalisées par l'Office fédéral de la statistique tous les 5 ans depuis 1992 sur mandat du Conseil fédéral. Deux enquêtes ont été utilisées dans ce travail (2002 et 2007). L'univers de base se compose de toutes les personnes de 15 ans et plus qui vivent dans un ménage privé disposant d'un raccordement téléphonique, y compris les personnes de nationalité étrangère résidant en Suisse depuis plus de trois mois. L'échantillon net représente pour la population suisse environ 12'000 personnes.

Les variables concernant le traitement hypolipémiant (TCHOL03), antihypertenseur (TMEKO02) et antidiabétique (TDIAB01) ont été utilisées. La variable concernant le traitement antidiabétique ne permet pas de distinguer les sujets présentant un diabète de type 2 de ceux qui présentent un diabète insulino-dépendant. Les catégories ont été définies comme suit (Syntaxe SAS):

- Diabète, avec ou sans hypertension artérielle ou hypercholestérolémie:

TDIAB01=1 ;

- Hypertension artérielle et hypercholestérolémie, sans diabète :

TMEKO02 in (1, 2, 3) AND TCHOL03=1 AND TDIAB01 ne 1 ;

La distribution de ces deux catégories a ensuite été déterminée selon le sexe, l'âge (mêmes classes d'âge que les données CSS) et les cantons (AG, TI, VD). Dans tous les cas, la pondération téléphonique (variable WGHT) a été utilisée. Cette pondération permet d'avoir une meilleure estimation de la prévalence au niveau de la population. La méthodologie ainsi que la pondération des ESS sont détaillées dans (1, 2).

## **Calcul des prévalences et des coûts globaux**

Dans un premier temps, nous avons utilisé les données fournies par CSS pour calculer la prévalence pour les différentes années civiles 2004-2007 de chaque pathologie définie ci-dessus. Nous avons calculé le coût total et associé à chaque pathologie selon la formule

$$\text{Coût total} = \text{coût moyen} \times \text{nombre d'individus traités}$$

Ainsi que la part de chaque pathologie par rapport au coût total selon la formule

$$\% \text{ du coût total} = 100 \times \text{coût de la pathologie} / \text{coût total}$$

Le pourcentage d'augmentation de la prévalence et des coûts a été calculé comme suit :

$$(\text{Valeur 2007} - \text{valeur 2004}) / \text{valeur 2004}$$

À noter que cette méthodologie ne tient compte que de la première et de la dernière valeurs de la série (2004 et 2007, respectivement). Une procédure similaire a été utilisée lorsque les résultats étaient stratifiés par âge, sexe ou canton.

## **Prévalences et coûts associés au surpoids et à l'obésité**

Le nombre de cas d'une pathologie donnée ainsi que le coût attribuable au surpoids et/ou à l'obésité ont été calculés en utilisant la méthode des fractions attribuables dans la population (population attributable fractions – PAFs). Le PAF est la proportion de cas d'une pathologie dans la population qui peut être attribuée à l'exposition (ici, l'obésité) ; ceci nous permet d'estimer quelle serait, en proportion, la réduction du nombre de cas dans la population si l'exposition (surpoids ou obésité) pouvait être entièrement évitée. Il s'agit d'une méthodologie fréquemment utilisée, bien que des critiques à son égard aient été émises (3). Dans ce travail, nous avons utilisé différentes valeurs de PAFs obtenues à partir des données de la littérature (4-7) (**Tableaux I et II**). Du fait que nous ne disposions pas d'un inventaire détaillé des différentes pathologies, nous avons dû regrouper certaines valeurs des PAFs afin de pouvoir les appliquer aux données dont nous disposions. Par exemple, le PAF pour la catégorie « Hypertension artérielle et hypercholestérolémie, sans diabète » a été calculé d'après:

$$\text{PAF}_{\text{hta+hyperchol}} = 0.75 * \text{PAF}_{\text{HTA}} + 0.25 * \text{PAF}_{\text{hyperchol}}$$

Ceci suppose que parmi les sujets avec hypertension ou hypercholestérolémie il existe environ  $\frac{3}{4}$  qui ont une hypertension  $\pm$  hypercholestérolémie (et que dans ce cas c'est le PAF de l'hypertension, plus élevé, qui prime), alors que le  $\frac{1}{4}$  restant ne présente que de l'hypercholestérolémie (pour lesquels le PAF correspondant est utilisé). Par ailleurs, la catégorie CSS « maladies rhumatismales » incorporant d'autres diagnostics que l'ostéoarthrite, il a été décidé de réduire la valeur du  $\text{PAF}_{\text{ostéoarthrite}}$  de moitié. La même procédure a été utilisée pour la catégorie CSS « cancers », et une valeur comprise

entre 10 et 15% (selon les valeurs indiquées dans le papier correspondant) ont été utilisées. Le détail des PAF utilisés est indiqué dans le **tableau II**.

Notons que les valeurs des PAFs utilisées dans différentes publications concernant la Suisse (6, 7) ne sont pas issues de données suisses mais d'autres populations. De ce fait, leur valeur peut être sur- ou sous-estimée. Pour essayer de pallier à ce problème, nous avons utilisé une gamme assez variée de PAFs. Ceci à pour avantage de donner un aperçu de la variation possible du nombre de cas ou des coûts attribuables au surpoids et/ou l'obésité, et pour inconvénient d'être moins précis.

Le nombre de cas d'une pathologie donnée ainsi que les coûts attribuables au surpoids/obésité ont donc été calculés comme suit:

Cas attribuables = nombre de cas totaux × PAF pour cette pathologie

Coûts attribuables =  $\sum$ (coût d'une pathologie × PAF pour cette pathologie)

Concernant les coûts attribuables, il faut savoir qu'il ne s'agit pas vraiment des coûts directs des maladies indiquées, mais des coûts des personnes présentant une certaine maladie. En effet, les données CSS ne permettent pas de séparer les coûts du traitement antidiabétique des coûts dûs à d'autres pathologies (par exemple grippe ou arthrose).

Les résultats ont été codés comme suit:

- Swiss 1: pour surpoids + obésité, d'après (6).
- Swiss 2 ov (pour le surpoids) et Swiss 2 ob (pour l'obésité), d'après (7).
- Canada inf, moy, sup (valeurs inférieure, moyenne et supérieure) pour un indice de masse corporelle >27 kg/m<sup>2</sup>, d'après (5).
- UK: pour surpoids + obésité, d'après (4).

Notons que dans certains cas les valeurs des PAF pour certaines pathologies étaient manquantes (i.e. pas de PAF pour l'ostéoartrite dans l'étude canadienne (5)). Nous avons décidé de ne pas les remplacer par d'autres valeurs, de manière à respecter la même méthodologie que l'étude initiale.

Cette procédure conduit très vraisemblablement à une sous-estimation du nombre de cas et des coûts attribuables à l'obésité. D'un autre côté, et comme indiqué plus haut, les calculs avec les PAFs donnent le nombre de cas dans la population si l'exposition (surpoids ou obésité) pouvait être entièrement évitée, ce qui est hautement improbable. De ce fait, les résultats de ce rapport doivent être considérés comme un optimum, à partir duquel des estimations pourront être effectuées concernant l'impact possible des programmes de prévention de l'obésité. Par exemple, une diminution de 10% de la prévalence de l'obésité dans la population suisse conduirait à une diminution similaire du nombre de cas ainsi que des coûts associés à l'obésité, en prenant comme référence les valeurs indiquées dans ce rapport.

## **Analyse statistique**

L'analyse statistique a été effectuée avec le logiciel SAS Enterprise Guide v.4.1 (SAS Institute, Cary, NC, USA). Puisque les coûts attribuables (en valeur absolue) au surpoids/obésité dépendent du nombre de personnes, nous avons choisi de les présenter en pourcentage des dépenses totales lorsque nous devons les stratifier selon le sexe, la classe d'âge ou le canton, de manière à faciliter les comparaisons. La plupart des résultats est représentée sous la forme de graphiques. Des tableaux contenant les valeurs numériques sont disponibles à la fin de ce rapport.

## **RESULTATS**

### **Contrôles**

La comparaison des données CSS avec celles des enquêtes Suisses de santé pour la prévalence du diabète et de l'HTA/dyslipémie sans diabète est indiquée dans la **Figure 1**.

Hormis l'exception du sexe masculin, les prévalences des traitements pour le diabète et l'hypertension /hypercholestérolémie sont plus élevées dans les ESS qu'à partir des données CSS. Cependant, les prévalences des traitements pour le diabète de type 2 observées dans CSS en 2004 sont assez proches de celles observées en 2003 à Genève (5% hommes, 2% femmes) (8). Les différences entre les ESS et les données CSS peuvent s'expliquer par des différences de définition des pathologies (une personne qui prend des médicaments antihypertenseurs de manière irrégulière serait considérée comme hypertendue dans les ESS mais pas dans CSS ; dans les ESS on ne peut séparer traitement du diabète de type 2 et du diabète insulino-dépendant) ou des différences de statut de santé (les adhérents à CSS ayant effectivement une moindre prévalence de certaines pathologies), bien que d'autres hypothèses ne puissent être écartées. Néanmoins, aussi bien les données des ESS que de CSS montrent une augmentation avec le temps de la prévalence des traitements pour ces pathologies. De ce fait, il paraît raisonnable de considérer que les évolutions obtenues avec les données CSS soient un bon marqueur de l'évolution au niveau de la population Suisse.

### **Prévalences**

L'évolution du nombre et de la prévalence des sujets traités pour les différentes pathologies en totalité et selon le sexe est résumée dans la **Figure 2** et le **Tableau III**. On note un quasi-doublement du nombre de personnes traitées pour diabète de type 2, cette augmentation étant similaire pour les deux sexes ; par contre, l'augmentation en nombre absolu est plus importante chez les sujets plus âgés. La prévalence des personnes traitées pour les autres pathologies (maladies rhumatismales, maladies cardiaques, hypertension/dyslipémie) est également en augmentation, mais cette



augmentation est nettement moins importante en valeur relative que celle des traitements pour cancer et diabète de type 2. Dans l'ensemble, l'augmentation des prévalences est identique dans les deux sexes.

L'évolution des prévalences des sujets traités pour les différentes pathologies selon la classe d'âge est résumée dans la **Figure 3** et le **Tableau IV**. L'augmentation de la prévalence du traitement du diabète de type 2 est la plus importante chez les sujets jeunes, alors que celle du cancer est plus importante chez les sujets plus âgés. Chez les sujets jeunes, la prévalence du traitement du diabète de type 2 est supérieure à celle de l'HTA/dyslipémie, pour devenir ensuite inférieure à partir de 45 ans.

Une autre observation importante est l'augmentation considérable du nombre de sujets diabétiques de type 2 traités pour hypertension et/ou dyslipémie (**Figures 4 et 5**). Ainsi, le pourcentage des sujets traités pour un diabète de type 2 et non traités pour hypertension ou dyslipémie passe de 34% en 2004 à 23% en 2007; à l'opposé, le pourcentage de sujets traités pour diabète de type 2 et aussi pour une hypertension et une dyslipémie a augmenté de 21% à 32% (**Figure 5**), alors que le pourcentage de sujets diabétiques de type 2 traités pour une hypertension ou une dyslipémie isolées reste relativement stable (**Figure 4**).

Le nombre de sujets traités pour les pathologies considérées selon le canton est indiqué dans la **Figure 6** et le **Tableau V**. On note une moindre prévalence (environ 50% plus faible) à AG par rapport aux autres cantons. Par contre, l'augmentation de la prévalence des traitements est similaire entre les différents cantons. A nouveau, on notera que la prévalence du traitement du diabète de type 2 a plus que doublé durant la période considérée, alors que l'augmentation des traitements pour les autres pathologies (cancer exclus) est nettement inférieure (**Tableau V**).

### ***Prévalences attribuables au surpoids/obésité***

Le nombre de personnes présentant des pathologies attribuables au surpoids/obésité est indiqué dans la **Figure 7** et le **Tableau VI**. En 2007, entre 13'668 et 37'298 cas de maladies seraient attribuables au surpoids/obésité, correspondant à des prévalences entre 3,7% et 10,2%. Chez les femmes, toujours pour l'année 2007, entre 6'887 et 19'428 cas de maladies seraient attribuables au surpoids/obésité, correspondant à des prévalences entre 3,2% et 8,9% ; chez les hommes, le nombre de cas de maladies serait compris entre 6'781 et 17'870, et leur prévalence entre 4,6% et 12%. La différence entre le nombre de pathologies (plus élevé chez les femmes) et leur prévalence (plus élevée chez les hommes) s'explique par le fait qu'il y a plus de femmes que d'hommes assurées chez CSS. La prévalence se définissant comme le rapport

nombre de personnes avec des maladies attribuables au surpoids/obésité

nombre total de personnes assurées chez CSS

le plus grand nombre de femmes au niveau du dénominateur fait que la prévalence des maladies attribuables au surpoids/obésité soit plus basse dans ce groupe.

Une analyse selon le type de catégorie CSS montre que le diabète, l'HTA/ dyslipémie et les maladies rhumatismales sont les pathologies les plus fréquentes (**Figure 8** et **Tableau VII**), leur importance relative variant selon la méthode de calcul utilisée. A noter que les estimations utilisant les données canadiennes n'incluaient pas les maladies rhumatismales. Selon les données du tableau, entre 2004 et 2007 l'augmentation du nombre de cas de diabète serait de 80%, de maladies rhumatismales de 46%, de cancers de 83%, de maladies cardiovasculaires de 28% et de HTA/dyslipémie de 44%.

La même méthodologie a été appliquée aux données des ESS. Les résultats sont résumés dans le **Tableau VIII**. Ils montrent qu'un nombre considérable de cas d'hypertension, d'hypercholestérolémie et de diabète (type 1 et 2 confondus) serait attribuable au surpoids/obésité. Ainsi, à titre d'exemple, dans la population suisse, entre 97'000 et 214'000 cas de diabète seraient dus au surpoids/obésité en 2007. Selon les données du tableau, entre 2002 et 2007 l'augmentation du nombre de cas de diabète (type 1 et 2) serait de 32%, d'hypertension de 26%, et d'hypercholestérolémie de 48%.

### **Coûts de santé**

L'évolution du coût du traitement des différentes pathologies en totalité et selon le sexe est indiquée dans la **Figure 9** et le **Tableau IX**. Il existe une augmentation globale des coûts, plus importante pour les cancers et le diabète de type 2 que pour les autres pathologies. Exprimé en pourcentage des dépenses totales, il existe une diminution de la part des maladies rhumatismales, un léger tassement des maladies cardiaques et de l'HTA/dyslipémie, alors que les cancers et le diabète de type 2 continuent d'augmenter. A noter que les coûts du traitement du cancer ou du diabète de type 2 augmentent plus rapidement que leur prévalence. Pour ce qui est du coût moyen par personne pour une pathologie donnée, les cancers sont les pathologies les plus onéreuses et ayant l'augmentation la plus importante.

L'analyse selon le sexe montre que les maladies rhumatismales sont la pathologie la plus onéreuse chez les femmes, alors que chez les hommes c'est l'HTA/dyslipémie (**Figure 9**). Dans les deux sexes, on note une augmentation des coûts liés au cancer et au diabète de type 2, l'augmentation des coûts du cancer étant plus importante chez les hommes (**Tableau IX**). Pour ce qui est du coût individuel, les cancers sont les pathologies les plus onéreuses et avec l'augmentation la plus importante pour les deux sexes ; le coût pour les hommes est supérieur à celui des femmes (**Tableau IX**).

L'analyse selon la classe d'âge est résumée dans la **Figure 10** et le **Tableau X**. Les résultats montrent que si le coût total a diminué dans les classes d'âge 25-44, il n'en est pas de même pour les coûts du traitement du diabète de type 2 et dans une moindre mesure ceux du cancer. Avec l'âge, les pathologies rhumatismales, principale fraction des coûts, sont progressivement remplacées par l'HTA/dyslipémie puis par les maladies cardiaques. Lorsque exprime les résultats en pourcentage des coûts totaux, on notera que la part des coûts du traitement des maladies rhumatismales, maladies cardiaques ou HTA/dyslipémie reste relativement stable durant la période concernée.

Les coûts individuels selon la pathologie et la classe d'âge sont résumés dans le **Tableau XI**. On remarquera l'absence de relation nette entre les coûts et l'âge ; ainsi, le coût des cancers est plus important chez les 45-64 ans, le coût de l'HTA/dyslipémie est plus important chez les 35-44 et les plus de 75 ans. Cependant, une certaine précaution doit être de mise dans l'interprétation des résultats, certaines moyennes ayant été obtenues avec un petit nombre de sujets.

L'analyse selon le canton est résumée dans la **Figure 11** et le **Tableau XII**. Notons qu'on ne dispose pas de données concernant les maladies rhumatismales pour ces trois cantons. Les résultats montrent que la part des dépenses liées aux maladies cardiaques et à l'HTA/dyslipémie est nettement plus importante dans les cantons du Tessin et de Vaud par rapport au canton d'Aargau. Par ailleurs, si la part des coûts liés au cancer et au diabète de type 2 augmente dans tous les cantons, cette augmentation est plus importante dans le canton de Vaud. Concernant les autres pathologies, on remarquera une certaine stabilisation des coûts de traitement des maladies cardiaques et de l'HTA/dyslipémie dans le canton du Tessin, qui ne peut être expliquée par une diminution du nombre de personnes traitées. Finalement, le coût moyen par sujet et par pathologie montre aussi des différences considérables selon le canton, que ce soit pour une année donnée ou pour l'évolution sur la période 2004-2007. Par exemple, en 2007 le coût du traitement d'une personne avec HTA/dyslipémie était de 7400 CHF environ à Aargau, contre plus de 9000 au Tessin et Vaud ; sur la période 2004-7, l'augmentation a été de 15% dans le canton de Vaud, contre 5% seulement dans le canton d'Aargau.

### ***Coûts de santé attribuables au surpoids/obésité***

Les coûts attribuables au surpoids/obésité ont été calculés de la même manière que le nombre de cas de maladie. Les résultats globaux et selon le sexe sont résumés dans la **Figure 12** et le **Tableau XIV**. Les résultats montrent qu'en 2007, selon la méthode de calcul utilisée, entre 7% à presque 20% des dépenses totales de santé des assuré(e)s CSS adultes, dans les PCG choisis pourraient être attribuables au surpoids/obésité. L'analyse selon le sexe montre que si en valeur absolue les coûts attribuables au surpoids/obésité sont plus élevés chez les femmes, exprimé en pourcentage de dépenses

totales la valeur est plus importante chez les hommes. Dans tous les cas, les analyses montrent que les dépenses attribuables au surpoids/obésité augmentent plus rapidement (entre +60% et +80% sur la période 2004-2007) que les dépenses totales de santé des assuré(e)s (+22%), cette augmentation semblant plus importante chez les femmes que chez les hommes.

Les coûts attribuables au surpoids/obésité selon la classe d'âge sont résumés dans la **Figure 13** et le **Tableau XV**. Les augmentations les plus importantes, aussi bien en valeur absolue qu'en pourcentage des dépenses totales, ont été observées pour la classe d'âge  $\geq 75$  ans, ce qui est en accord avec une plus grande prévalence des différentes pathologies dans cette classe d'âge. Néanmoins, si on compare l'évolution conjointe des dépenses totales de santé et de celles attribuables au surpoids/obésité, on constate à nouveau que l'évolution des coûts des pathologies attribuables au surpoids/obésité évolue nettement plus rapidement que celle des dépenses totales de santé, en particulier pour les classes d'âge 45-64 ans. Notons également que chez les sujets les plus jeunes il existe une diminution des dépenses totales de santé pour la période 2003-2007, alors que les coûts des pathologies attribuables au surpoids/obésité ont augmenté de plus de 25% sur la même période.

L'analyse selon le canton est résumée dans la **Figure 14** et le **Tableau XVI**. Dans l'ensemble, la part des coûts attribuables au surpoids/obésité est moins important dans le canton d'Aargau que dans les deux autres cantons. Par contre, les coûts attribuables au surpoids/obésité semblent évoluer plus rapidement dans les cantons d'Aargau et de Vaud que dans le canton du Tessin.

## **DISCUSSION**

### ***Evolution des prévalences et effet du surpoids/obésité***

Les données CSS montrent une augmentation considérable de la prévalence des principales pathologies associées au surpoids/obésité, notamment pour ce qui est du traitement du diabète de type 2, qui s'observe dans les deux sexes, dans toutes les classes d'âge et dans les trois cantons étudiés. Cette augmentation est la plus importante de toutes les pathologies étudiées (à l'exception du cancer chez les 65-74 ans) et chez les sujets les plus jeunes (<45 ans), il y a plus de traitements pour diabète de type 2 que pour l'HTA/dyslipémie. En outre, le pourcentage de sujets diabétiques de type 2 présentant également une hypertension et une dyslipémie ne cesse d'augmenter. Ces résultats sont confirmés par l'analyse des données des Enquêtes Suisses sur la santé, qui montrent aussi une augmentation de la prévalence des personnes traitées pour diabète (tous types confondus), hypertension ou hypercholestérolémie. Notons que cette augmentation de la fréquence des traitements antidiabétiques, antihypertenseurs et

hypolipémiants peut être due soit à un meilleur dépistage, soit à une augmentation réelle du nombre de personnes présentant des facteurs de risque, mais les données dont nous disposons ne permettent pas de distinguer ces deux hypothèses.

Toujours d'après les données CSS, le nombre de cas de maladie attribuables au surpoids/obésité varie entre 14'000 et 37'000, correspondant à des prévalences entre 4% et 10%, selon la méthodologie utilisée. Autrement dit, entre 4% et 10% des sujets âgés de plus de 25 ans assurés auprès de CSS présenteraient une pathologie liée au surpoids/obésité. Ces résultats sont en partie confirmés par l'analyse des ESS, qui montre qu'en 2007 un nombre considérable de cas d'hypertension (83'000 à 500'000, soit 1,6% à 9,5% de la population adulte), de diabète (97'000 à 214'000, soit 1,9% à 4,6% de la population adulte), et dans une moindre mesure d'hypercholestérolémie (0 à 115'000, soit 0% à 2,2% de la population adulte) seraient attribuables au surpoids/obésité.

### ***Evolution des coûts et effet du surpoids/obésité***

Il existe une augmentation des dépenses liées aux différentes pathologies étudiées, variant selon la pathologie, le sexe et l'âge des individus. Globalement, ce sont les coûts liés aux cancers et au diabète de type 2 qui présentent les augmentations les plus fortes. Cependant, leur part dans les dépenses totales de santé des assuré(e)s CSS reste assez modeste par rapport à d'autres pathologies comme l'HTA/dyslipémie. La comparaison entre cantons montre également des différences dans les pourcentages des dépenses totales attribuables au surpoids/obésité, ainsi que dans leur évolution. Bien que les raisons de ces différences entre cantons ne soient pas connues, il est possible qu'elles soient dues en partie à des stratégies de dépistage et/ou de prévention différentes.

Le coût moyen individuel du traitement du diabète de type 2, nettement inférieur à celui de l'HTA/dyslipémie en 2004, tend à s'en rapprocher en 2007. La cause la plus probable est l'augmentation des comorbidités associées au diabète de type 2 (HTA et/ou dyslipémie). Par ailleurs, le coût moyen individuel des traitements présente certaines disparités selon le canton ; ainsi, le coût du diabète de type 2 ou de l'HTA/dyslipémie dans le canton de Vaud est 1500 Francs plus élevé que dans le canton d'Aargau. Pour le moment nous ne pouvons expliquer de telles disparités.

En valeur absolue, les coûts attribuables au surpoids/obésité sont inférieurs à ceux publiés dans des études réalisées en Suisse (7). Ceci est dû au fait que seules les dépenses associées à certaines pathologies ont été considérées dans ce travail, et que des ajustements des valeurs des PAFs ont également dû être faits car il n'était pas possible de disposer de données détaillées pour certaines pathologies, en particulier les cancers féminins (voir méthodologie). Cependant, cette sous-estimation des coûts

n'affecte pas les évolutions, puisque les mêmes PAFs ont été utilisés sur toute la période considérée.

### **Limites de l'étude**

Comme indiqué précédemment, la méthodologie des PAFs, bien que couramment utilisée (4-7), a aussi été critiquée (3) car elle fournit le nombre de cas de maladie ou les coûts résultants si l'exposition (dans ce cas surpoids/obésité) pouvait être entièrement évitée, ce qui est hautement improbable. Par ailleurs, il n'existe pas à l'heure actuelle de PAFs pour la population Suisse, et la totalité des calculs a été effectuée en prenant des valeurs de PAFs disponibles dans la littérature pour plusieurs niveaux de surpoids/obésité. La comparaison directe entre méthodes de calcul n'est donc pas possible. A titre d'exemple, les valeurs des PAFs dans l'étude effectuée au Royaume-Uni (4) sont nettement supérieures à ceux utilisés dans d'autres études (**Tableau XVI**), conduisant de ce fait à des valeurs de prévalence et de coûts attribuables plus élevés. Finalement, le fait que les différents auteurs n'aient pas pris en compte les mêmes pathologies ainsi que le manque de précisions de la base CSS concernant la nature des cancers nous ont obligés à faire des ajustements, avec des conséquences sur les estimations du nombre de cas et des coûts attribuables au surpoids/obésité. De ce fait, les résultats de ce rapport doivent être considérés plus comme un optimum qu'un objectif réel à atteindre, à partir duquel l'impact probable des programmes de prévention pourra être établi.

Il n'existe pas de valeurs d'indice de masse corporelle ou du niveau de surpoids/obésité dans la base de données CSS. De ce fait, il ne nous a pas été possible de comparer la prévalence du surpoids/obésité dans la base de données CSS avec celle obtenue à partir des Enquêtes Suisses sur la santé. Bien que certains résultats montrent que les sujets assurés à CSS ne soient pas représentatifs de la population suisse, ils suggèrent néanmoins que les données CSS permettent d'analyser les évolutions de la prévalence et des coûts de manière adéquate. Finalement, les coûts indiqués incluent non seulement les coûts directement associés à la pathologie (par exemple diabète de type 2), mais aussi les coûts résultant d'autres pathologies (infections, dépression, etc.). De ce fait, les coûts indiqués dans ce rapport sont supérieurs à ceux rapportés dans la littérature (9), qui ne concernaient que les coûts directs associés aux pathologies concernées. Cependant, on peut considérer que les valeurs indiquées dans ce rapport correspondent au « coût réel » d'un patient, et non seulement d'une pathologie donnée.

### **CONCLUSIONS**

On observe une augmentation considérable du nombre de sujets traités pour des pathologies liées au surpoids/obésité. C'est le cas du diabète de type 2 (surtout associé à l'hypertension/dyslipémie), et dans une moindre mesure de l'hypertension et de la

dyslipémie. Ces résultats sont confirmés par les données des Enquêtes Suisses sur la santé. Cependant, il ne nous est pas possible de faire la part entre une meilleure prise en charge de ces pathologies et l'augmentation du surpoids/obésité dans la population. Dans l'ensemble, la prévalence des pathologies liées au surpoids/obésité concernerait entre 4% à 10% des sujets âgés de plus de 25 ans assurés chez CSS, et un peu moins si on considère l'ensemble de la population Suisse.

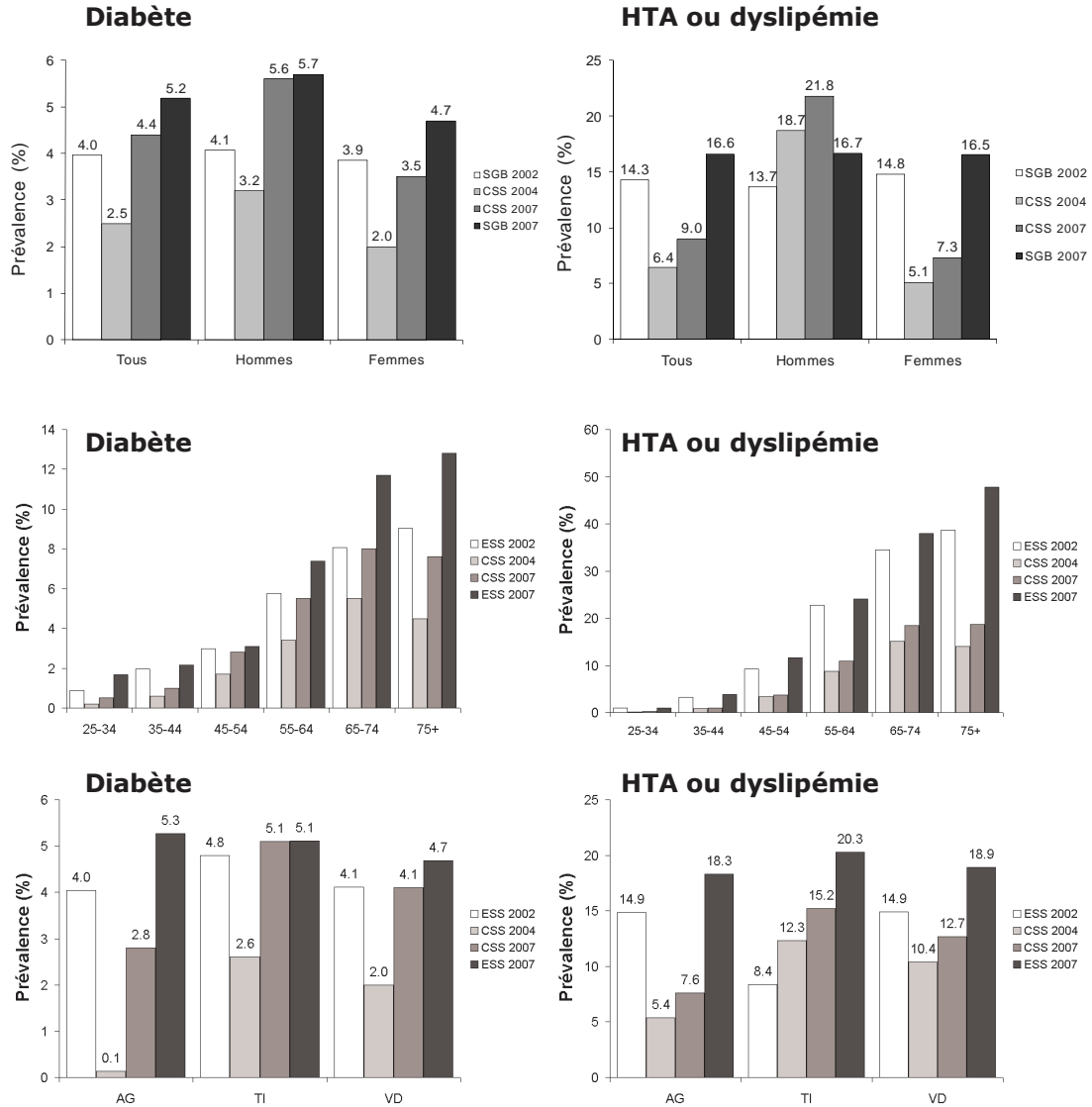
Entre 7 et 20% des dépenses totales de santé des assuré(e)s CSS (correspondant à des sommes annuelles comprises entre 116 et 312 millions CHF) peuvent être attribuées au surpoids/obésité. Ces valeurs sont plus importantes chez les sujets âgés. Par ailleurs, les dépenses attribuables au surpoids/obésité évoluent 2 à 4 fois plus rapidement que les dépenses totales de santé, en particulier chez les sujets âgés entre 45 et 64 ans. Cette augmentation des dépenses attribuables au surpoids/obésité semble différer selon les cantons.

#### REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Sektion Gesundheit. Pondération de l'Enquête Suisse sur la santé 2002. Neuchâtel, Switzerland, Bundesamt für Gesundheit.
2. IHA-GfK. Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB 2002 – Schlussbericht zur Datenerhebung. 2003. Neuchâtel, Switzerland, Bundesamt für Statistik.
3. Levine BJ. The other causality question: estimating attributable fractions for obesity as a cause of mortality. *Int J Obes (Lond)*. 2008;32 Suppl 3:S4-S7.
4. Allender S, Rayner M. The burden of overweight and obesity-related ill health in the UK. *Obes Rev*. 2007;8(5):467-73.
5. Birmingham CL, Muller JL, Palepu A, Spinelli JJ, Anis AH. The cost of obesity in Canada. *CMAJ*. 1999;160(4):483-8.
6. Neilson A, Schneider H. Obesity and its comorbidities: present and future importance on health status in Switzerland. *Soz Präventivmed*. 2005;50(2):78-86.
7. Schmid A, Schneider H, Golay A, Keller U. Economic burden of obesity and its comorbidities in Switzerland. *Soz Präventivmed*. 2005;50(2):87-94.
8. Morabia A, Costanza MC. The obesity epidemic as harbinger of a metabolic disorder epidemic: trends in overweight, hypercholesterolemia, and diabetes treatment in Geneva, Switzerland, 1993-2003. *Am J Public Health*. 2005;95(4):632-5.
9. Schmitt-Koopmann I, Schwenkglens M, Spinas GA, Szucs TD. Direct medical costs of type 2 diabetes and its complications in Switzerland. *Eur J Public Health*. 2004;14(1):3-9.

## FIGURES

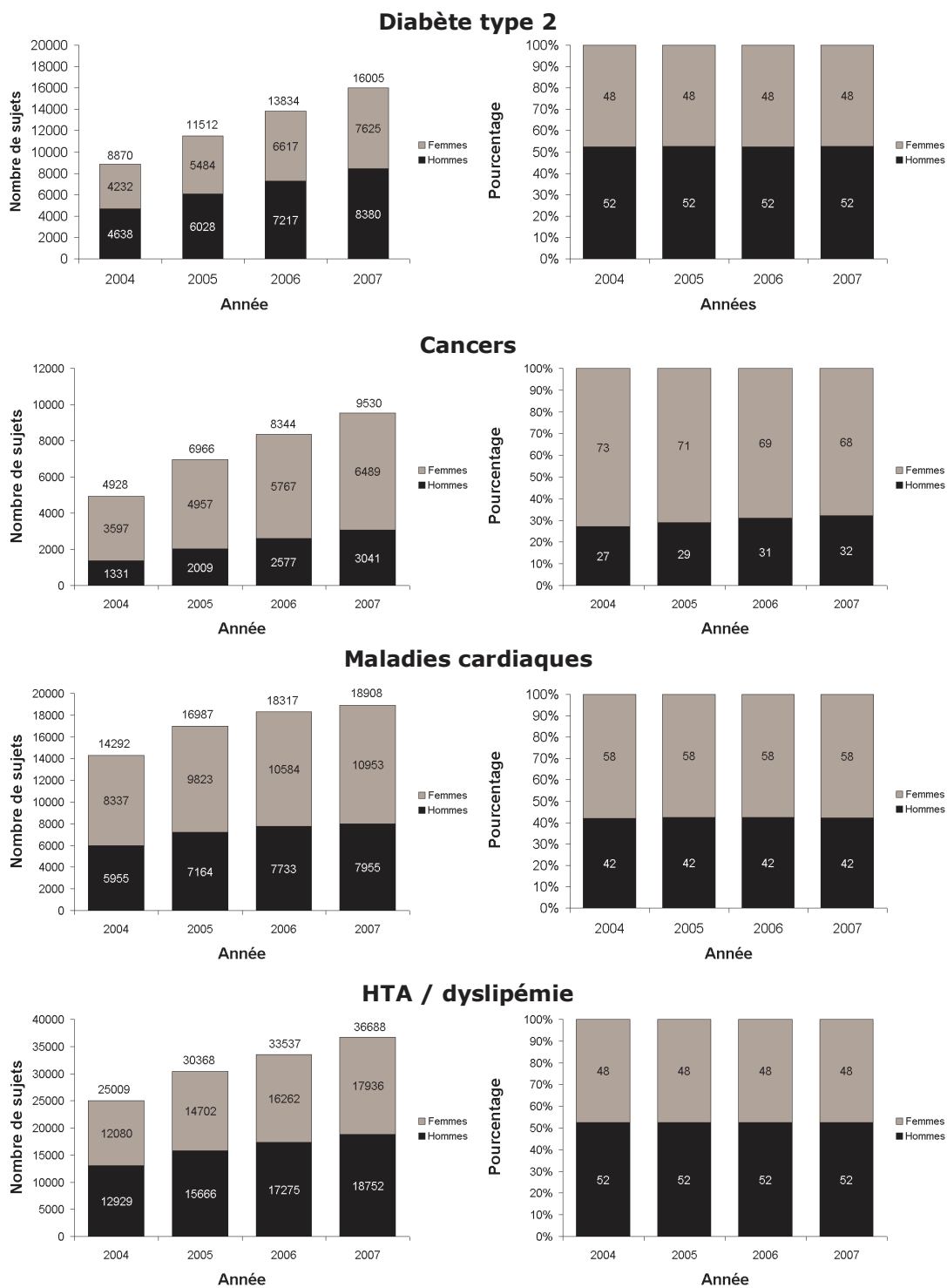
**Figure 1:** comparaisons des prévalences du diabète et de l'HTA/dyslipémie sans diabète entre CSS et les enquêtes Suisses de santé.



Résultats exprimés en pourcentage selon le sexe (haut), la classe d'âge (milieu) ou le canton (bas). ESS, Enquête Suisse sur la Santé. HTA, hypertension artérielle

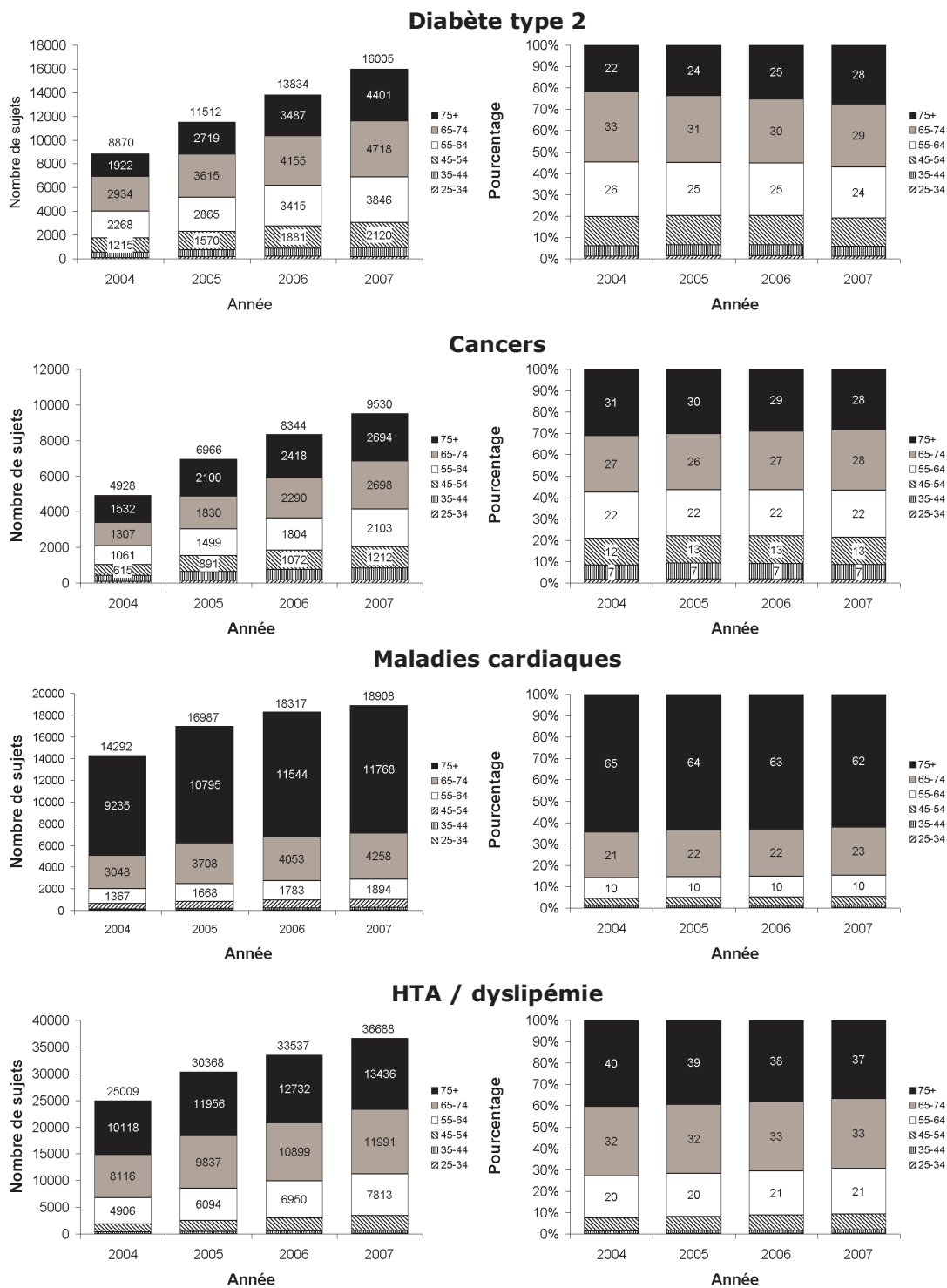


**Figure 2:** évolution du nombre et de la prévalence des sujets traités pour certaines pathologies, selon le sexe.



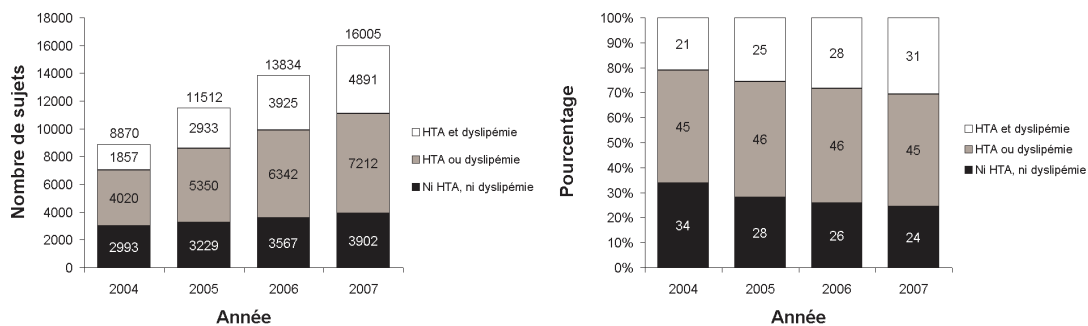
Résultats exprimés en nombre de sujets selon le sexe (gauche) et la part de chaque classe d'âge dans le nombre de sujets selon la pathologie concernée (droite).

**Figure 3:** évolution du nombre et de la prévalence des sujets traités pour certaines pathologies, selon la classe d'âge.



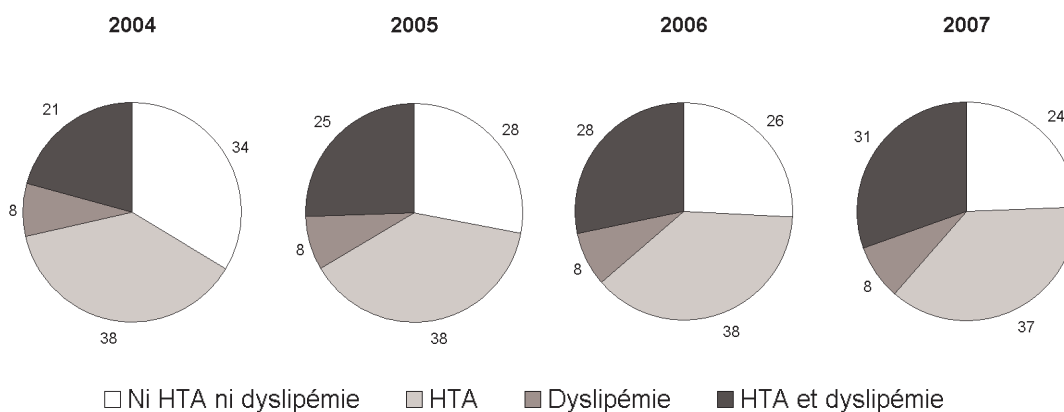
Résultats exprimés en nombre de sujets selon la classe d'âge (gauche) et la part de chaque classe d'âge dans le nombre de sujets selon la pathologie concernée (droite).

**Figure 4 :** évolution du nombre et du pourcentage de sujets traités pour diabète de type 2 également traités pour hypertension et/ou dyslipémie.

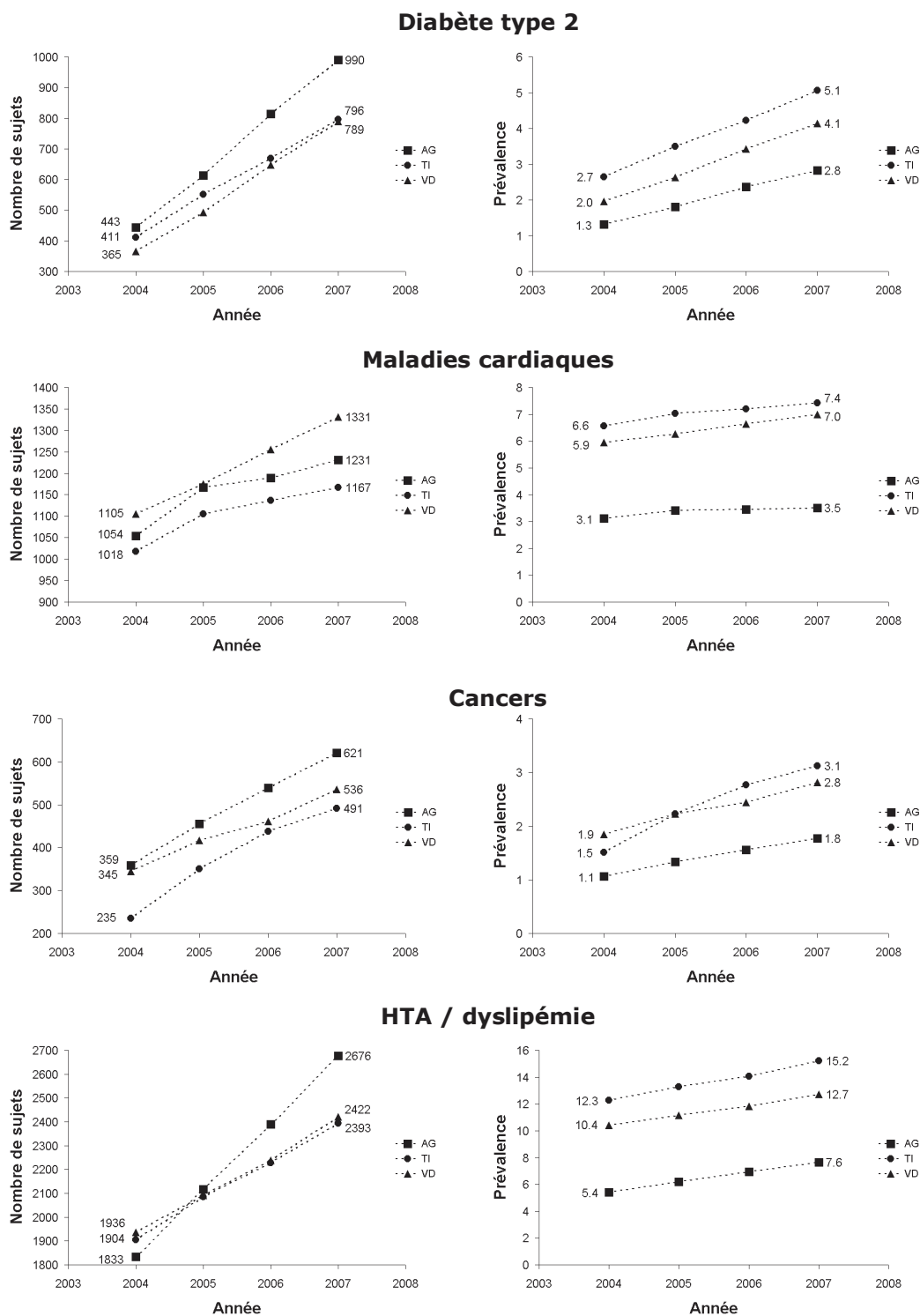


Résultats exprimés en nombre de sujets (gauche) ou en pourcentage (droite).

**Figure 5 :** évolution du pourcentage de sujets diabétiques de type 2 également traités pour hypertension et/ou dyslipémie.

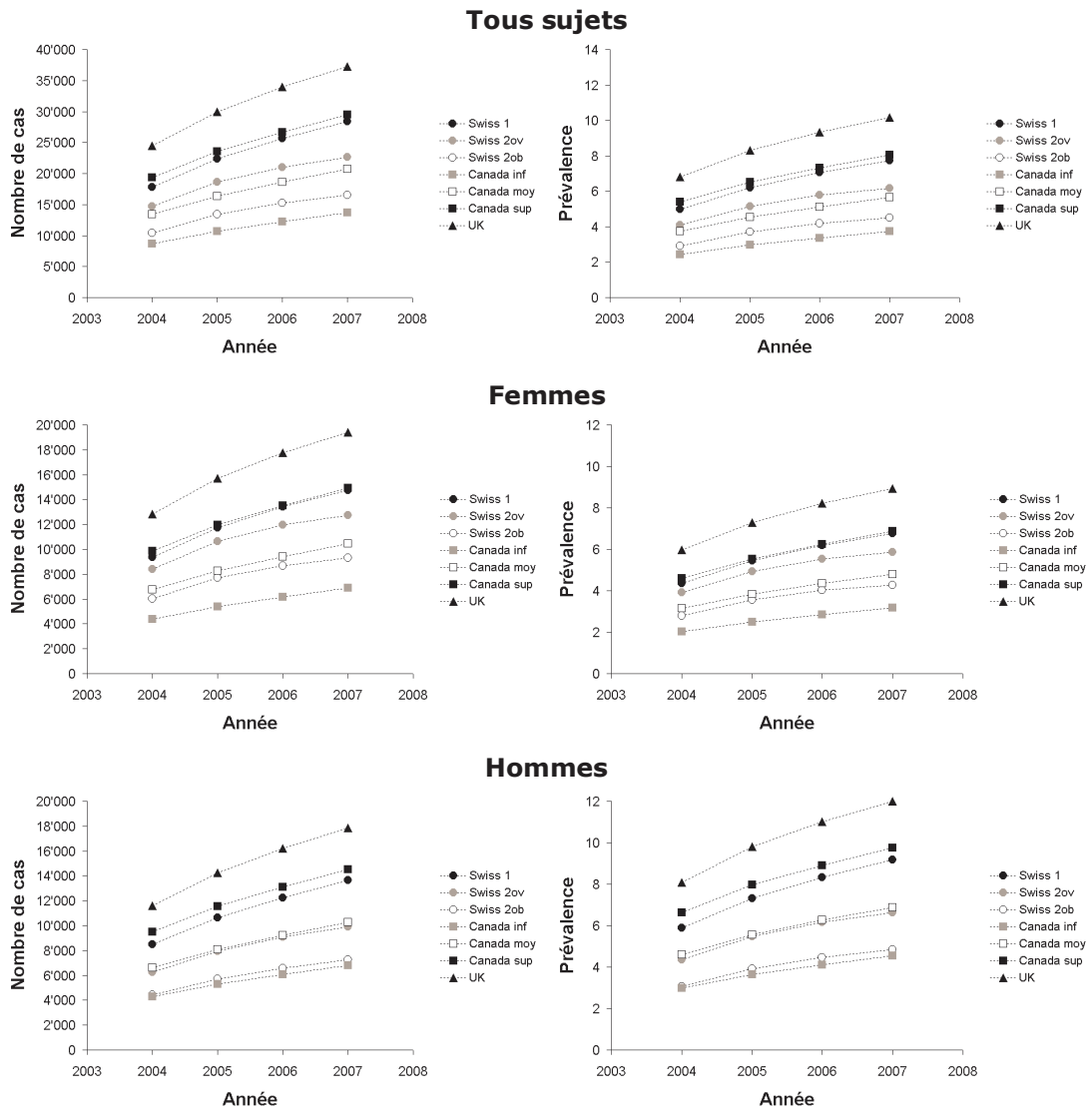


**Figure 6** : évolution du nombre et de la prévalence des sujets traités pour certaines pathologies, selon le canton.



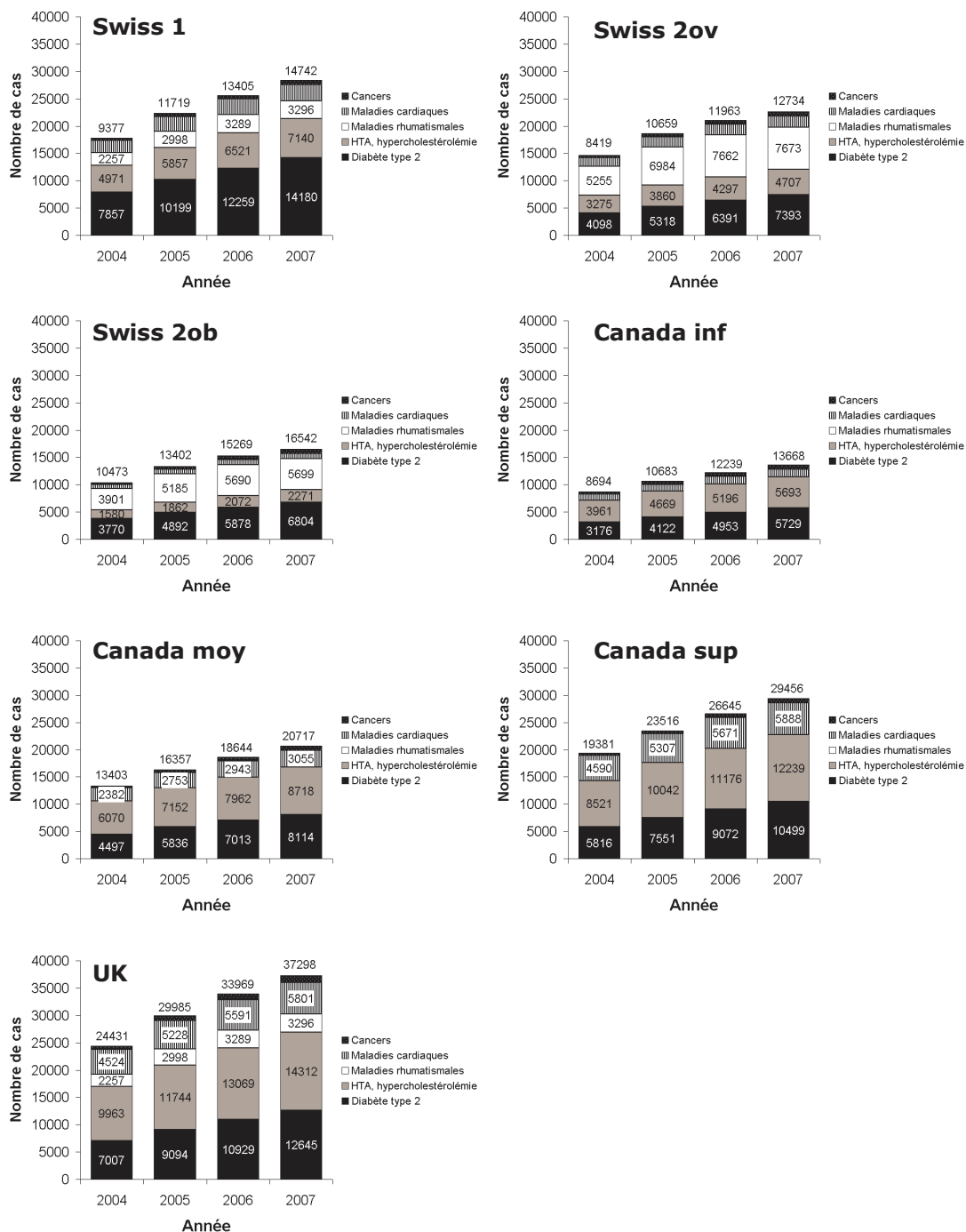
Résultats exprimés en nombre de sujets (gauche) ou en prévalence (droite). AG, Aargau ; TI, Tessin ; VD, Vaud.

**Figure 7:** évolution du nombre et de la prévalence des pathologies attribuables au surpoids/obésité d'après différentes méthodes de calcul, en totalité et selon le sexe.



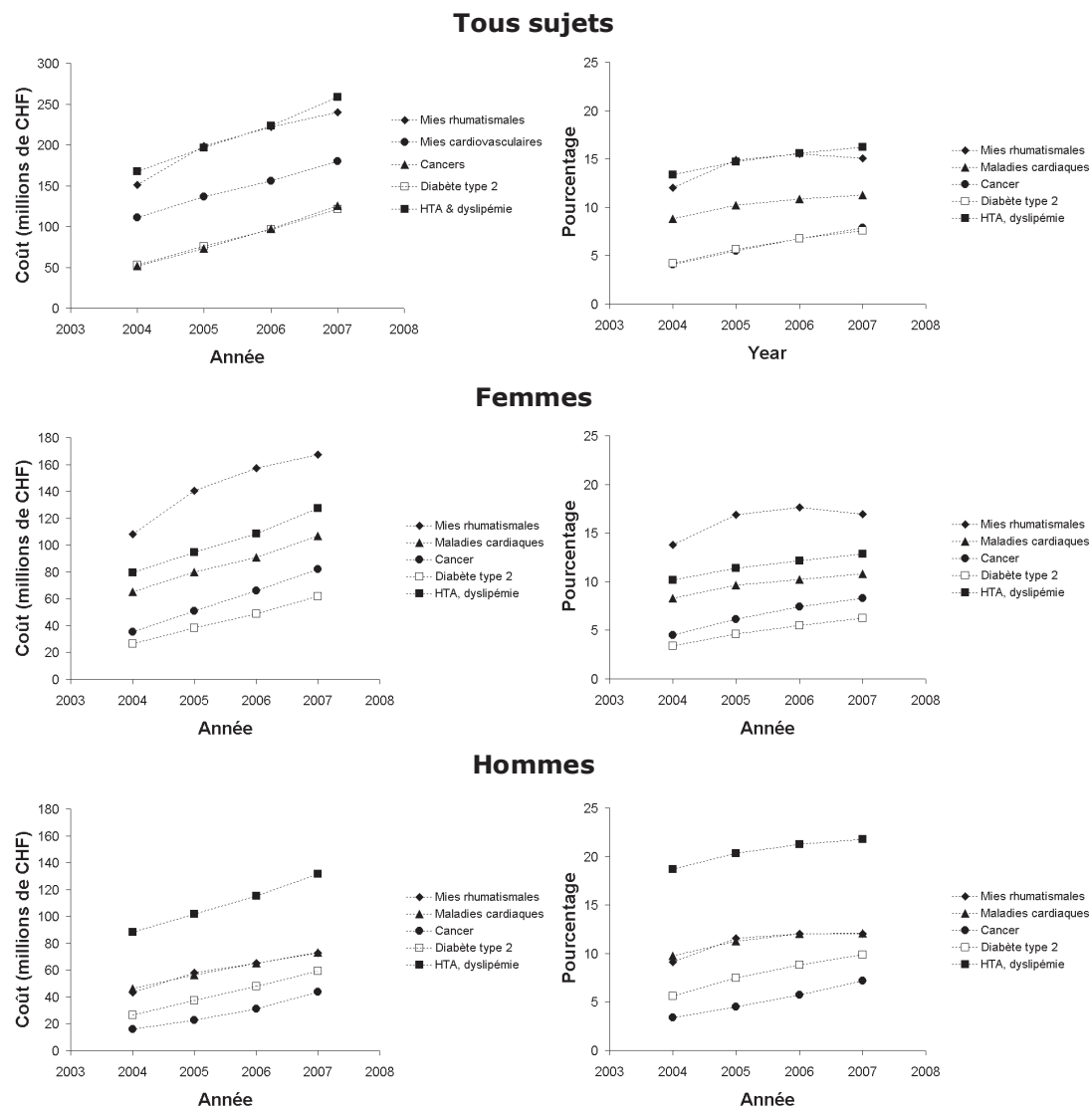
Gauche: nombre de cas, droite: prévalence. Swiss 1: pour surpoids + obésité, d'après (6) ; Swiss 2 ov (pour le surpoids) et Swiss 2 ob (pour l'obésité), d'après (7) ; Canada inf, moy, sup (valeurs inférieure, moyenne et supérieure) pour l'obésité, d'après (5) ; UK: pour surpoids + obésité, d'après (4).

**Figure 8:** part des différentes catégories dans le nombre de cas de maladies attribuables au surpoids/obésité d'après différentes méthodes de calcul.



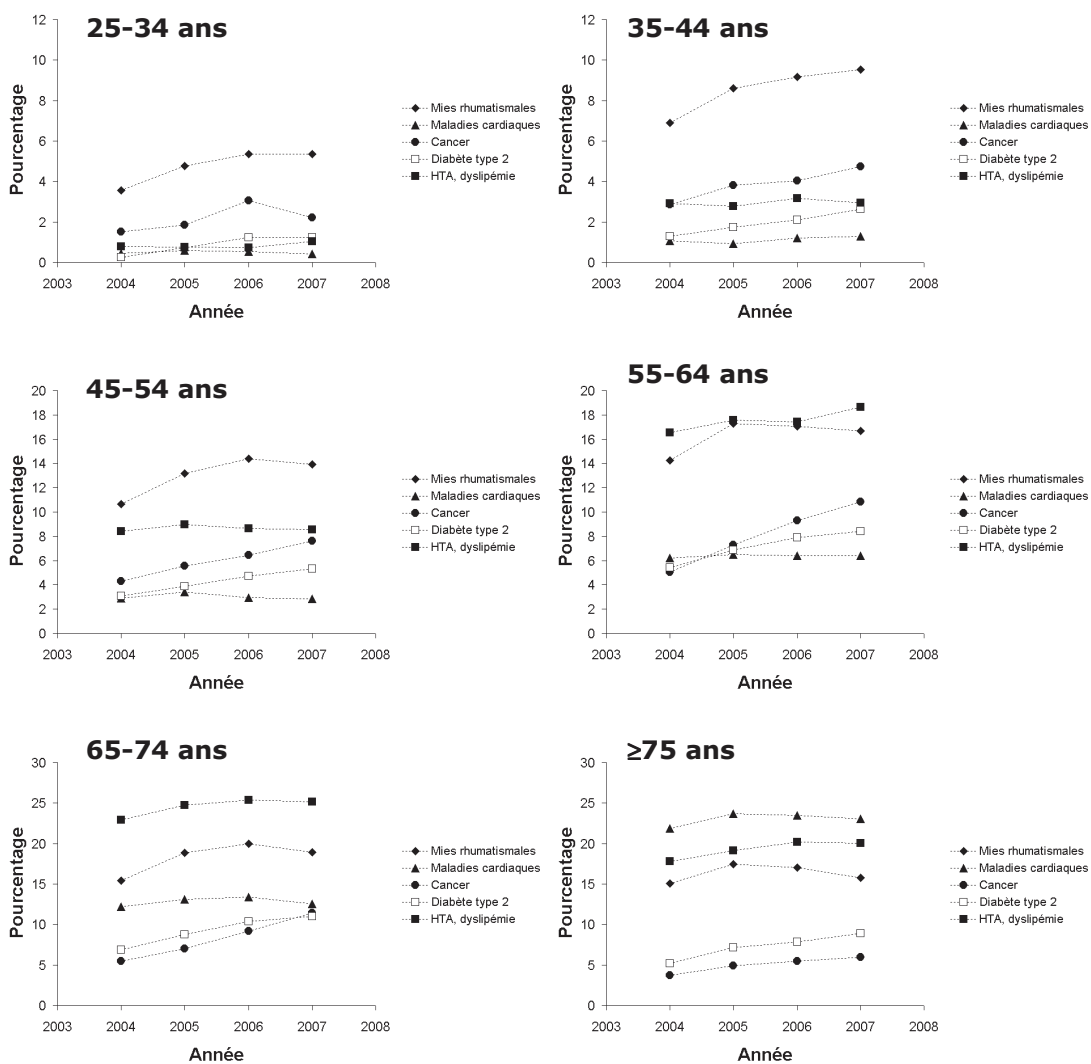
Swiss 1: pour surpoids + obésité, d'après (6) ; Swiss 2 ov (pour le surpoids) et Swiss 2 ob (pour l'obésité), d'après (7) ; Canada inf, moy, sup (valeurs inférieure, moyenne et supérieure) pour l'obésité, d'après (5) ; UK: pour surpoids + obésité, d'après (4).

**Figure 9:** évolution des coûts induits par les personnes présentant certaines pathologies, en totalité et selon le sexe.



Résultats exprimés en millions de CHF (gauche) et en pourcentage des dépenses totales (droite). Les dépenses totales concernent toutes les dépenses de toutes les pathologies confondues. Il ne s'agit pas des coûts directs pour les pathologies indiquées, mais des coûts des personnes présentant ces pathologies, et qui peuvent présenter d'autres pathologies associées (par exemple grippe ou ostéoporose).

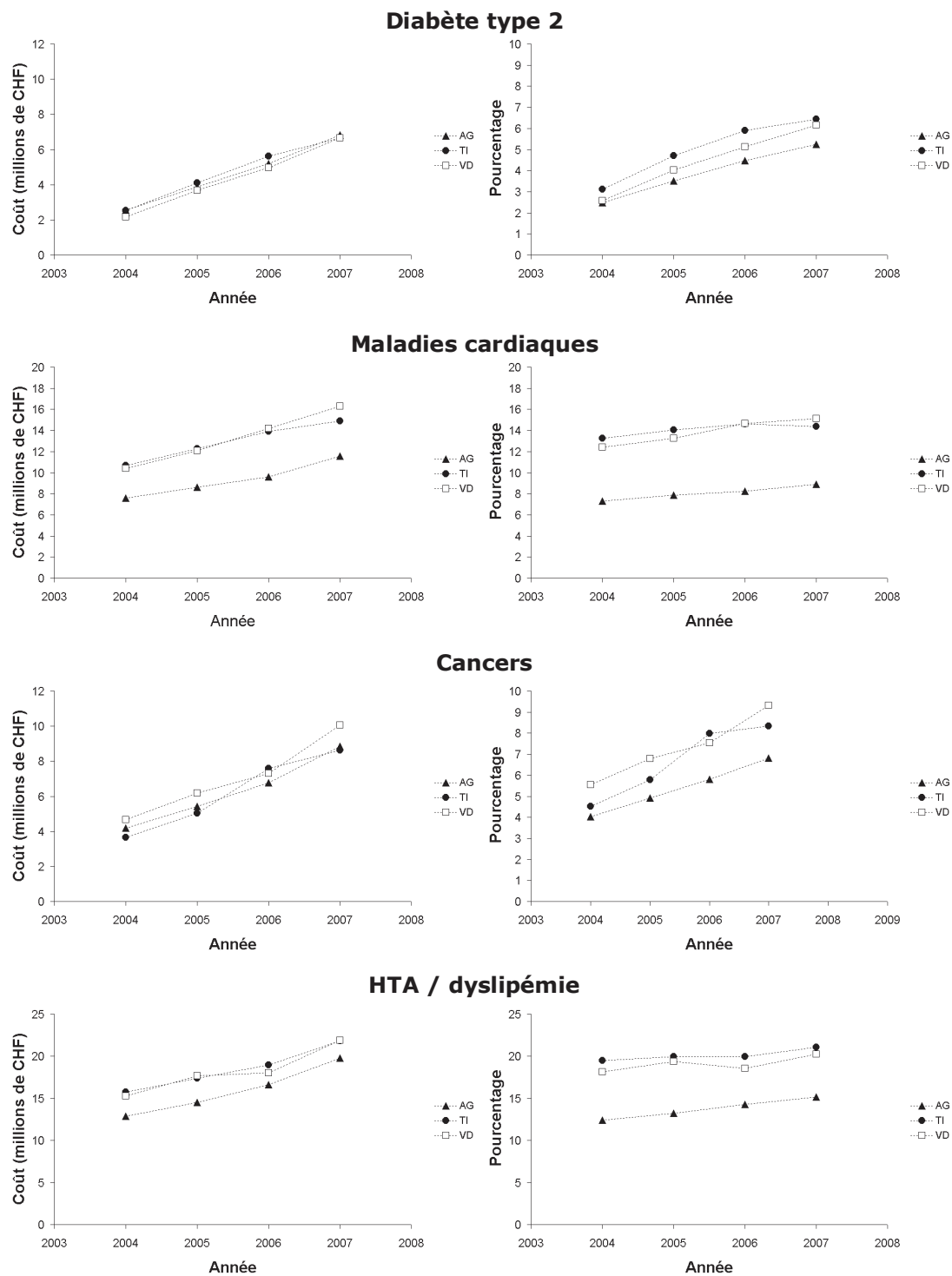
**Figure 10:** évolution des coûts induits par les personnes présentant certaines pathologies, selon la classe d'âge.



Résultats exprimés en pourcentage des dépenses totales. Noter le changement d'échelle selon la ligne.

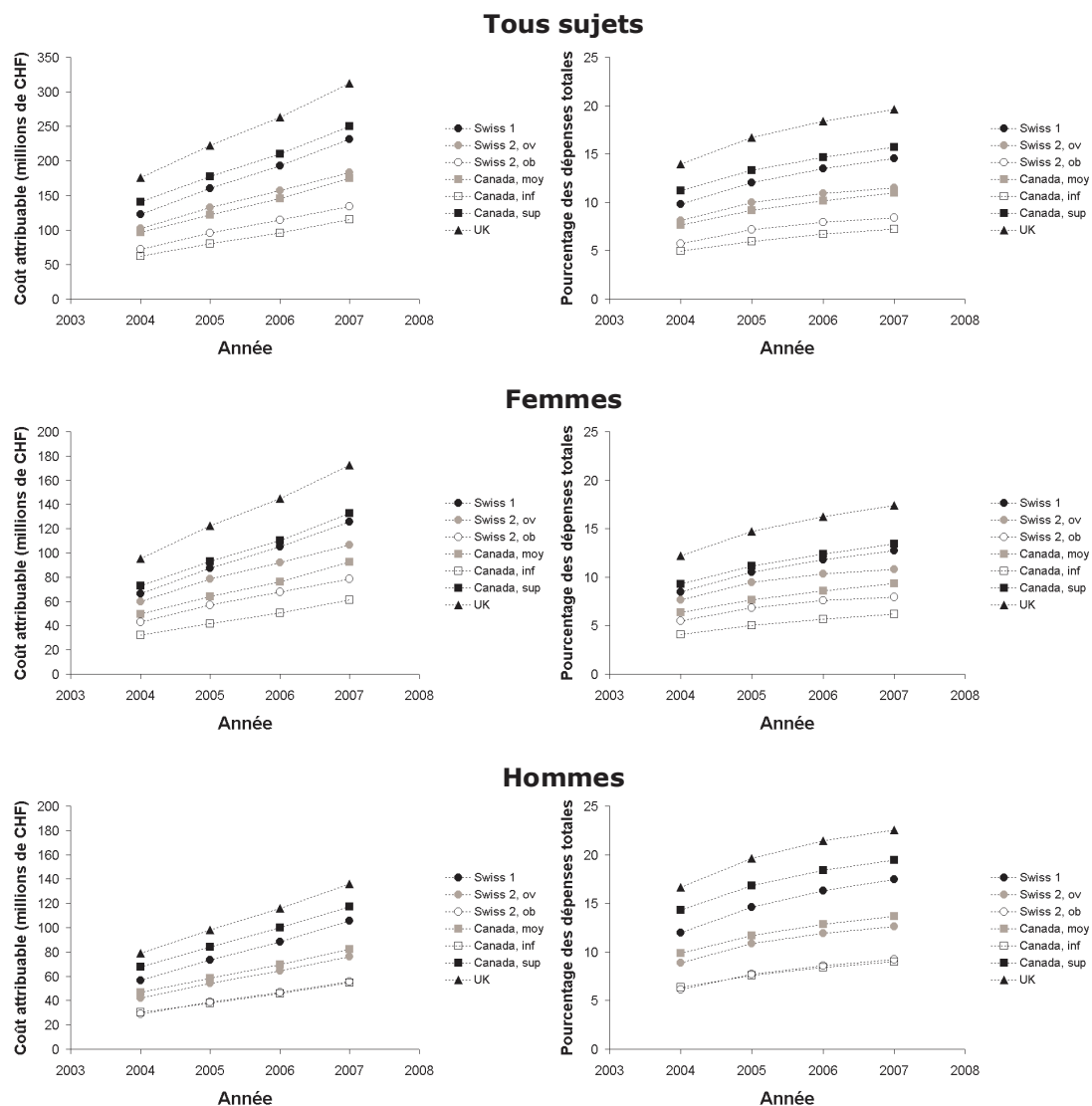


**Figure 11:** évolution des coûts induits par les personnes présentant certaines pathologies, selon le canton.



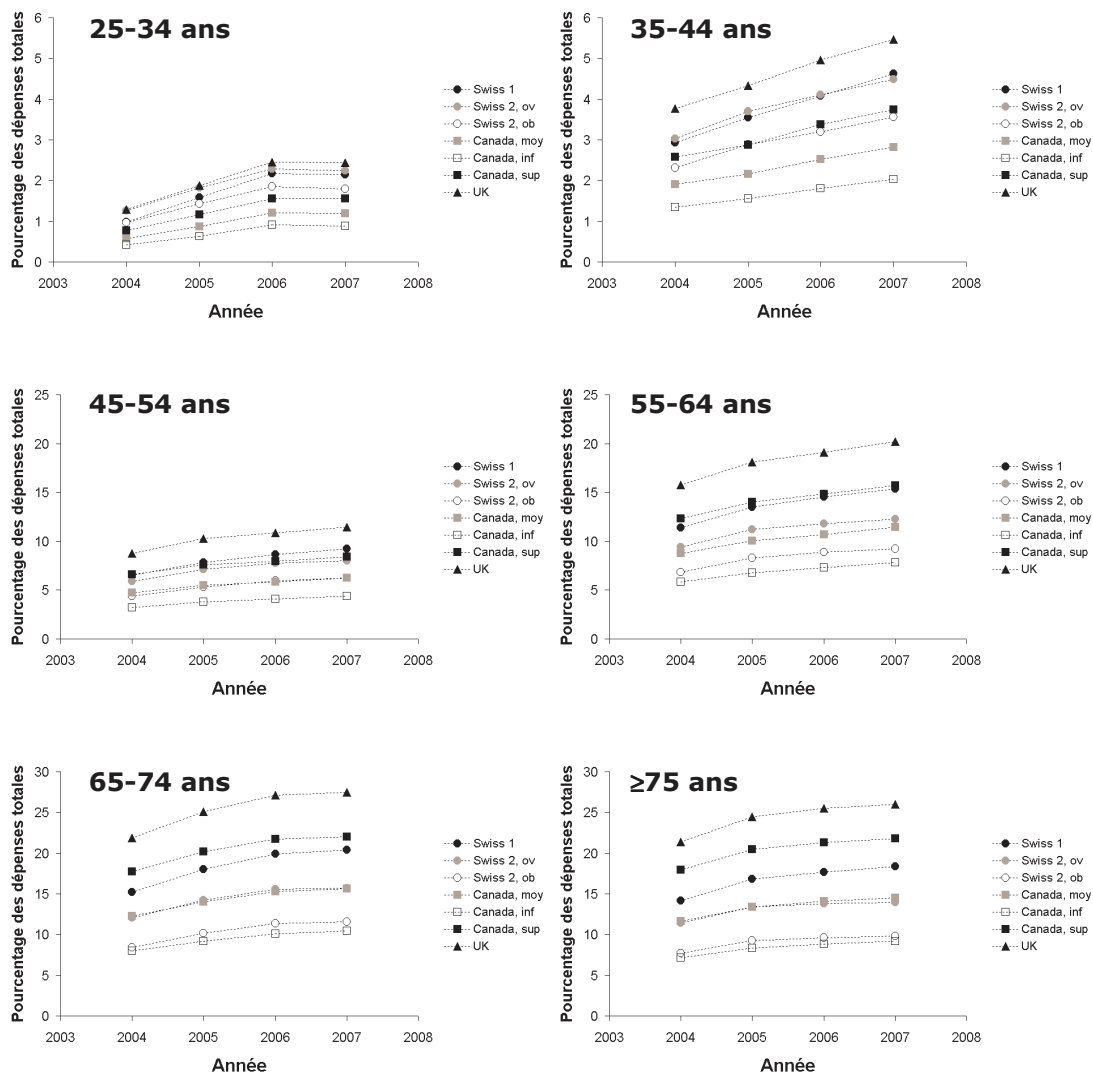
Résultats exprimés en millions de CHF (gauche) et en pourcentage des dépenses totales (droite).  
AG, Aargau ; TI, Tessin ; VD, Vaud.

**Figure 12** : évolution des dépenses attribuables au surpoids/obésité d'après différentes méthodes de calcul, en totalité et selon le sexe.



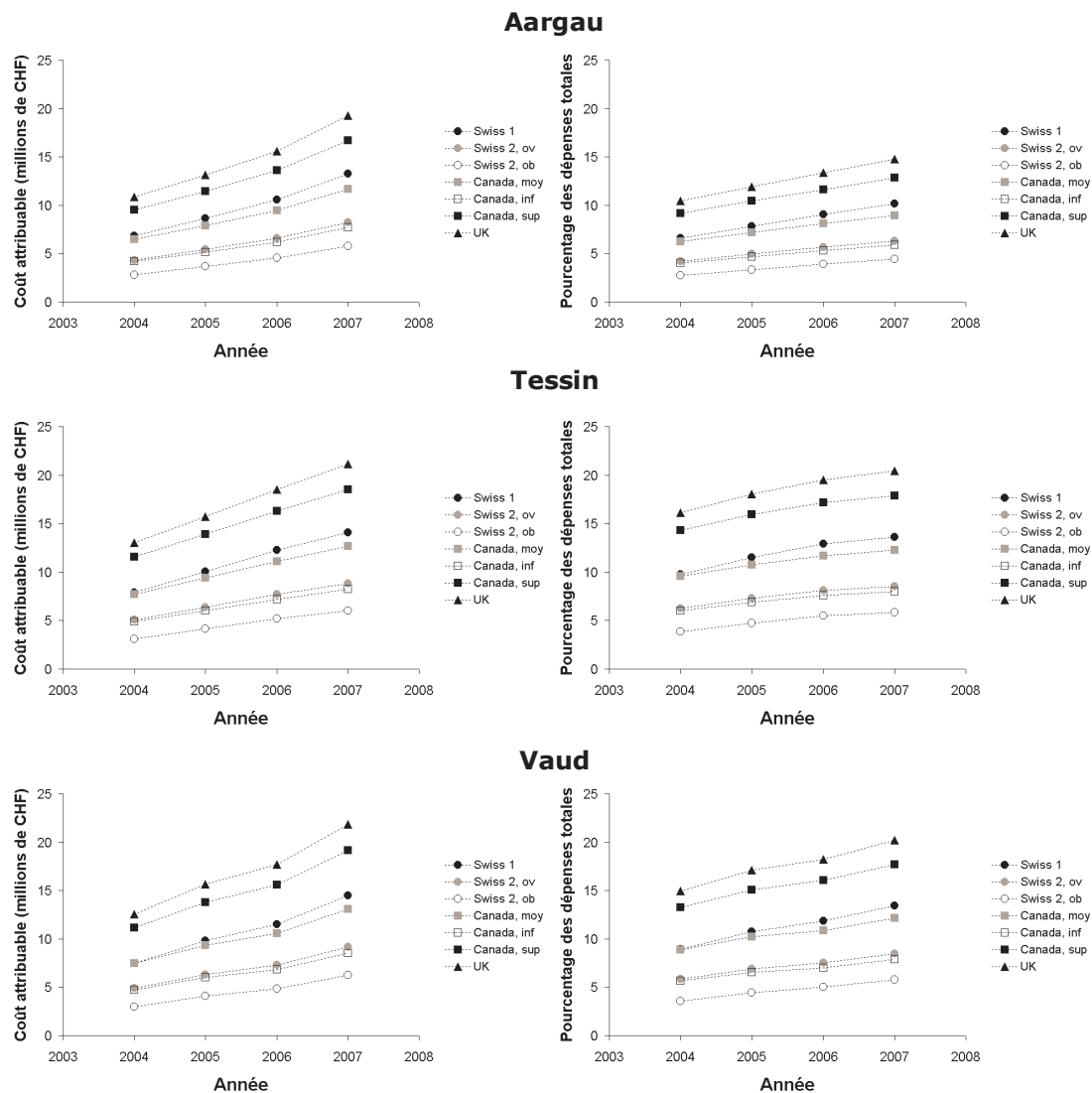
Gauche: coût, droite: pourcentage des dépenses totales attribuable au surpoids/obésité. Swiss 1: pour surpoids + obésité, d'après (6) ; Swiss 2 ov (pour le surpoids) et Swiss 2 ob (pour l'obésité), d'après (7) ; Canada inf, moy, sup (valeurs inférieure, moyenne et supérieure) pour l'obésité, d'après (5) ; UK: pour surpoids + obésité, d'après (4).

**Figure 13:** évolution du pourcentage des dépenses totales attribuable au surpoids/obésité, d'après différentes méthodes de calcul, selon la classe d'âge.



Gauche: coût, droite: pourcentage des dépenses totales attribuable au surpoids/obésité. Noter le changement de l'ordonnée selon la ligne. Swiss 1: pour surpoids + obésité, d'après (6) ; Swiss 2 ov (pour le surpoids) et Swiss 2 ob (pour l'obésité), d'après (7) ; Canada inf, moy, sup (valeurs inférieure, moyenne et supérieure) pour l'obésité, d'après (5) ; UK: pour surpoids + obésité, d'après (4).

**Figure 14** : évolution des dépenses attribuables au surpoids/obésité, d'après différentes méthodes de calcul, selon le canton.



Gauche: coût, droite: pourcentage des dépenses totales attribuable au surpoids/obésité.

## TABLEAUX

**Tableau I:** sources des valeurs des fractions attribuables dans la population.

Référence	Pays	Pathologies considérées	Commentaire
Neilson (6)	Suisse	Hypertension, diabète type 2, maladie coronaire, AVC, hypercholestérolémie, cancers (sein, colon/rectum, oesophage, foie, estomac, pancréas, prostate, corps utérin), lithiase biliaire, goutte, ostéoarthrite et dépression	PAF pour le surpoids et l'obésité combinés
Schmid (7)	Suisse	Hypertension, diabète type 2, maladie coronaire, AVC, hypercholestérolémie, cancers (sein, colon/rectum, oesophage, foie, estomac, pancréas, prostate, col utérin, ovaires, utérus, rein, voies biliaires), ovaires polykystiques, ostéoarthrite (hanche et genou), lithiase biliaire, goutte, apnée du sommeil, thrombose, fausse couche et dépression	PAFs pour le surpoids et l'obésité séparément
Birmingham (5)	Canada	Hypertension, diabète type 2, maladie coronaire, AVC, hypercholestérolémie, cancers (sein, colon/rectum, endomètre), lithiase biliaire et embolie pulmonaire	Valeurs moyenne, limite inférieure et supérieure des PAF pour BMI > 27 kg/m <sup>2</sup>
Allender (4)	Royaume-Uni	Hypertension, diabète type 2, maladie coronaire, AVC, cancers (sein, colon/rectum, corps utérin) et ostéoarthrite	PAF pour le surpoids et l'obésité combinés

AVC, accident vasculaire cérébral.

**Tableau II:** valeurs des fractions attribuables dans la population.

Référence	PAFs dans l'article (%)	PAFs utilisés (%)
Neilson (6)	Hypertension :	26.8
	Hypercholestérolémie :	6.5
	Diabète type 2 :	88.6
	Maladie coronaire :	17.4
	AVC :	9.2
	Ostéoarthrite :	21.4
	Cancer du sein :	15.7
	Cancer du colon/rectum :	7.6
	Cancer de l'œsophage :	24.7
	Cancer du foie :	7.3
	Cancer de l'estomac :	1.9
	Cancer du pancréas :	7.6
	Cancer de la prostate :	4.5
	Cancer du corps utérin :	20.1
	Lithiase biliaire :	24.4
	Goutte :	10.4
	Dépression :	5.7
Birmingham (5)	Hypertension :	31.6 [23.1-40.0]
	Hypercholestérolémie :	11.2 [0 - 28.9]
	Diabète type 2 :	50.7 [35.8 - 65.6]
	Maladie coronaire :	17.9 [8.3 - 34.5]
	AVC :	4.0 [0 - 11.1]
	Cancer du sein :	9.1 [0 - 15.7]
	Cancer du colon/rectum :	4.7 [0 - 15.7]
	Cancer de l'endomètre :	26.6 [8.6 - 58.3]
	Lithiase biliaire :	20.6 [12.6 - 31.8]
Embolie pulmonaire :	29.8 [7.3 - 52.3]	
Allender (4)	Hypertension :	58
	Diabète type 2 :	79
	Maladie coronaire :	34
	AVC :	34
	Ostéoarthrite :	21
	Cancer du sein :	12
	Cancer du colon/rectum :	16
Schmid (7)	Cancer du corps utérin :	49
	Hypertension :	17.0/9.7
	Hypercholestérolémie :	6.1/0.4
	Diabète type 2 :	46.2/42.5
	Maladie coronaire :	11.9/5.5
AVC :	5.6/3.7	

Ostéoarthrite (hanche) :	12.3/9.1	23.3/17.3
Ostéoarthrite (genou) :	34.2/26.3	
Cancer du sein :	9.5/6.2	} 10.0/10.0
Cancer du colon/rectum :	4.6/3.0	
Cancer de l'œsophage :	15.9/8.8	
Cancer du foie :	2.5/4.8	
Cancer de l'estomac :	1.1/1.0	
Cancer du pancréas :	5.3/2.3	
Cancer de la prostate :	2.8/1.6	
Cancer de l'utérus :	9.8/10.3	
Cancer du col utérin :	7.7/1.0	
Cancer des ovaires :	3.2/1.2	
Cancer du rein :	6.5/3.7	
Cancer des voies biliaires :	6.9/6.7	
Leucémies :	3.0/1.9	
Lymphome non Hogkin :	3.7/2.9	
Ovaires polykystiques :	3.4/3.6	Non utilisé
Lithiase biliaire :	14.7/9.7	Non utilisé
Goutte :	- /10.4	Non utilisé
Apnée du sommeil :	41.6/21.2	Non utilisé
Thrombose :	7.6/8.8	Non utilisé
Fausse couche :	5.4/2.7	Non utilisé
Dépression :	- /5.7	Non utilisé

Pour Schmid (7), les valeurs sont exprimées comme suit :  $PAF_{\text{surpoids}}/PAF_{\text{obésité}}$ . Pour Birmingham (5), les valeurs sont exprimées comme suit : moyenne [limite inférieure – limite supérieure] de l'intervalle de confiance à 95%.

**Tableau III** : évolution du nombre et de la prévalence des sujets traités, selon la pathologie, globalement et selon le sexe.

Année	Nombre de sujets	Maladies rhumatismales	Diabète type 2	Maladies cardiaques	Cancer	HTA, dyslipémie
<b>Tous</b>						
2004	358'805	22'553 (6,3)	8848 (2,5)	13'305 (3,7)	4531 (1,3)	22'904 (6,4)
2005	360'912	29'975 (8,3)	11'512 (3,2)	15'381 (4,3)	6143 (1,7)	26'995 (7,5)
2006	363'628	32'890 (9,0)	13'834 (3,8)	16'441 (4,5)	7266 (2,0)	30'044 (8,3)
2007	366'577	32'939 (9,0)	16'005 (4,4)	17'065 (4,7)	8291 (2,3)	32'901 (9,0)
% augment	2%	46% (43%)	81% (79%)	28% (77%)	83% (26%)	44% (41%)
<b>Femmes</b>						
2004	215'138	15'617 (7,3)	4232 (2,0)	7777 (3,6)	3320 (1,5)	10'967 (5,1)
2005	215'620	20'455 (9,5)	5484 (2,5)	8924 (4,1)	4391 (2,0)	12'993 (6,0)
2006	216'437	22'278 (10,3)	6617 (3,1)	9526 (4,4)	5086 (2,3)	14'506 (6,7)
2007	217'531	22'212 (10,2)	7625 (3,5)	9921 (4,6)	5704 (2,6)	15'986 (7,3)
% augment	1%	42% (41%)	80% (78%)	28% (26%)	72% (70%)	46% (44%)
<b>Hommes</b>						
2004	143'667	6936 (4,8)	4616 (3,2)	5528 (3,8)	1211 (0,8)	11'937 (8,3)
2005	145'292	9520 (6,6)	6028 (4,1)	6457 (4,4)	1752 (1,2)	14'002 (9,6)
2006	147'191	10'612 (7,2)	7217 (4,9)	6915 (4,7)	2180 (1,5)	15'538 (10,6)
2007	149'046	10'727 (7,2)	8380 (5,6)	7144 (4,8)	2587 (1,7)	16'915 (11,3)
% augment	4%	55% (49%)	82% (75%)	29% (25%)	114% (106%)	42% (37%)

Résultats exprimés en nombre de personnes et (prévalence). Le pourcentage d'augmentation pour les effectifs et les (prévalences) a été calculé comme suit :  $(\text{Valeur } 2007 - \text{valeur } 2004) / \text{valeur } 2004$



**Tableau IV** : évolution du nombre et de la prévalence des sujets traités, selon la pathologie et la classe d'âge.

<b>Classe d'âge / année</b>	<b>Nombre de sujets</b>	<b>Maladies rhumatismales</b>	<b>Diabète type 2</b>	<b>Maladies cardiaques</b>	<b>Cancer</b>	<b>HTA, dyslipémie</b>
<b>25-34 ans</b>						
2004	49'562	739 (1,5)	76 (0,2)	49 (0,1)	145 (0,3)	62 (0,1)
2005	43'395	943 (2,2)	161 (0,4)	59 (0,1)	183 (0,4)	69 (0,2)
2006	37'558	926 (2,5)	195 (0,5)	51 (0,1)	183 (0,5)	60 (0,2)
2007	32'052	740 (2,3)	174 (0,5)	40 (0,1)	169 (0,5)	60 (0,2)
% augment	-35%	0% (55%)	129% (254%)	-18% (26%)	17% (80%)	-3% (50%)
<b>35-44 ans</b>						
2004	76'469	2217 (2,9)	433 (0,6)	201 (0,3)	420 (0,5)	599 (0,8)
2005	75'181	2904 (3,9)	582 (0,8)	195 (0,3)	547 (0,7)	657 (0,9)
2006	73'555	3082 (4,2)	701 (1,0)	204 (0,3)	578 (0,8)	659 (0,9)
2007	71'564	2907 (4,1)	746 (1,0)	205 (0,3)	612 (0,9)	640 (0,9)
% augment	-6%	31% (40%)	72% (84%)	2% (9%)	46% (56%)	7% (14%)
<b>45-54 ans</b>						
2004	70'029	3575 (5,1)	1215 (1,7)	656 (0,9)	698 (1,0)	2324 (3,3)
2005	71'422	4901 (6,9)	1570 (2,2)	733 (1,0)	930 (1,3)	2612 (3,7)
2006	73'521	5375 (7,3)	1881 (2,6)	734 (1,0)	1041 (1,4)	2748 (3,7)
2007	75'502	5327 (7,1)	2120 (2,8)	720 (1,0)	1104 (1,5)	2814 (3,7)
% augment	8%	49% (38%)	74% (62%)	10% (2%)	58% (47%)	21% (12%)
<b>55-64 ans</b>						
2004	66'731	5535 (8,3)	2268 (3,4)	1785 (2,7)	1156 (1,7)	5887 (8,8)

2005	68'364	7195 (10,5)	2865 (4,2)	1947 (2,8)	1507 (2,2)	6685 (9,8)
2006	69'459	7720 (11,1)	3415 (4,9)	1939 (2,8)	1747 (2,5)	7208 (10,4)
2007	70'295	7540 (10,7)	3846 (5,5)	1838 (2,6)	1946 (2,8)	7651 (10,9)
% augment	5%	36% (29%)	70% (61%)	3% (-2%)	68% (60%)	30% (23%)
<b>65-74 ans</b>						
2004	53'743	5637 (10,5)	2934 (5,5)	3719 (6,9)	1179 (2,2)	8101 (15,1)
2005	55'193	7361 (13,3)	3615 (6,5)	4039 (7,3)	1587 (2,9)	9294 (16,8)
2006	56'965	8108 (14,2)	4155 (7,3)	4092 (7,2)	1969 (3,5)	10'147 (17,8)
2007	59'033	8302 (14,1)	4718 (8,0)	4056 (6,9)	2335 (4,0)	10'851 (18,4)
% augment	10%	47% (34%)	61% (46%)	9% (-1%)	98% (80%)	34% (22%)
<b>≥75 ans</b>						
2004	42'271	4850 (11,5)	1922 (4,5)	6895 (16,3)	933 (2,2)	5931 (14,0)
2005	47'357	6671 (14,1)	2719 (5,7)	8408 (17,8)	1389 (2,9)	7678 (16,2)
2006	52'570	7679 (14,6)	3487 (6,6)	9421 (17,9)	1748 (3,3)	9222 (17,5)
2007	58'131	8123 (14,0)	4401 (7,6)	10'206 (17,6)	2125 (3,7)	10'885 (18,7)
% augment	38%	67% (22%)	129% (67%)	48% (8%)	128% (66%)	84% (33%)

Résultats exprimés en nombre de personnes et (prévalence). Le pourcentage d'augmentation pour les effectifs et les (prévalences) a été calculé comme suit :

$$\text{Valeur 2007} - \text{valeur 2004}) / \text{valeur 2004}$$

**Tableau V** : évolution du nombre et de la prévalence des sujets traités, selon la pathologie et le canton.

<b>Canton / année</b>	<b>Nombre de sujets</b>	<b>Diabète type 2</b>	<b>Maladies cardiaques</b>	<b>Cancer</b>	<b>HTA, dyslipémie</b>
<b>Aargau</b>					
2004	33'935	443 (1,3)	1054 (3,1)	359 (1,1)	1833 (5,4)
2005	34'105	614 (1,8)	1167 (3,4)	455 (1,3)	2116 (6,2)
2006	34'478	814 (2,4)	1189 (3,4)	539 (1,6)	2389 (6,9)
2007	35'032	990 (2,8)	1231 (3,5)	621 (1,8)	2676 (7,6)
% augment	3%	123% (116%)	17% (13%)	73% (68%)	46% (41%)
<b>Tessin</b>					
2004	15'521	411 (2,6)	1018 (6,6)	235 (1,5)	1904 (12,3)
2005	15'725	551 (3,5)	1105 (7,0)	350 (2,2)	2086 (13,3)
2006	15'824	669 (4,2)	1137 (7,2)	438 (2,8)	2227 (14,1)
2007	15'735	796 (5,1)	1167 (7,4)	491 (3,1)	2393 (15,2)
% augment	1%	94% (91%)	15% (13%)	109% (106%)	26% (24%)
<b>Vaud</b>					
2004	18'606	365 (2,0)	1105 (5,9)	345 (1,9)	1936 (10,4)
2005	18'726	492 (2,6)	1175 (6,3)	417 (2,2)	2091 (11,2)
2006	18'915	647 (3,4)	1256 (6,6)	461 (2,4)	2238 (11,8)
2007	19'036	789 (4,1)	1331 (7,0)	536 (2,8)	2422 (12,7)
% augment	2%	116% (111%)	20% (18%)	55% (52%)	25% (22%)

Résultats exprimés en nombre de personnes et (prévalence). Le pourcentage d'augmentation pour les effectifs et les (prévalences) a été calculé comme suit :  $(\text{Valeur } 2007 - \text{valeur } 2004) / \text{valeur } 2004$

**Tableau VI** : évolution du nombre et de la prévalence de pathologies attribuables au surpoids/obésité, d'après différentes méthodes de calcul, globalement et selon le sexe.

	<b>Nombre de sujets</b>	<b>Swiss 1</b>	<b>Swiss 2ov</b>	<b>Swiss 2ob</b>	<b>Canada inf</b>	<b>Canada moy</b>	<b>Canada sup</b>	<b>UK</b>
<b>Tous</b>								
2004	358'805	17'853 (5,0)	14'666 (4,1)	10'437 (2,9)	8694 (2,4)	13'403 (3,7)	19'381 (5,4)	24'431 (6,8)
2005	360'912	22'347 (6,2)	18'609 (5,2)	13'402 (3,7)	10'683 (3,0)	16'357 (4,5)	23'516 (6,5)	29'985 (8,3)
2006	363'628	25'656 (7,1)	21'032 (5,8)	15'269 (4,2)	12'239 (3,4)	18'644 (5,1)	26'645 (7,3)	33'969 (9,3)
2007	366'577	28'414 (7,8)	22'634 (6,2)	16'542 (4,5)	13'668 (3,7)	20'717 (5,7)	29'456 (8,0)	37'298 (10,2)
% augm		59% (56%)	54% (51%)	58% (55%)	57% (54%)	55% (54%)	52% (48%)	53% (50%)
<b>Femmes</b>								
2004	215'138	9377 (4,4)	8419 (3,9)	10'437 (4,9)	4388 (2,0)	13'403 (6,2)	9870 (4,6)	12'819 (6,0)
2005	215'620	11'719 (5,4)	10'659 (4,9)	13'402 (6,2)	5392 (2,5)	16'357 (7,6)	11'951 (5,5)	15'723 (7,3)
2006	216'437	13'405 (6,2)	11'963 (5,5)	15'269 (7,1)	6175 (2,9)	18'644 (8,6)	13'529 (6,3)	17'769 (8,2)
2007	217'531	14'742 (6,8)	12'734 (5,9)	16'542 (7,6)	6887 (3,2)	20'717 (9,5)	14'943 (6,9)	19'428 (8,9)
% augm		57% (55%)	51% (51%)	58% (55%)	57% (60%)	55% (53%)	51% (50%)	52% (48%)
<b>Hommes</b>								
2004	143'667	8476 (5,9)	6247 (4,3)	4420 (3,1)	4306 (3,0)	6626 (4,6)	9511 (6,6)	11'612 (8,1)
2005	145'292	10'628 (7,3)	7950 (5,5)	5705 (3,9)	5291 (3,6)	8096 (5,6)	11'565 (8,0)	14'262 (9,8)
2006	147'191	12'251 (8,3)	9069 (6,2)	6571 (4,5)	6064 (4,1)	9231 (6,3)	13'116 (8,9)	16'200 (11,0)
2007	149'046	13'672 (9,2)	9900 (6,6)	7238 (4,9)	6781 (4,5)	10'269 (6,9)	14'513 (9,7)	17'870 (12,0)
% augm		61% (56%)	58% (53%)	64% (58%)	57% (50%)	55% (50%)	53% (47%)	54% (48%)

Résultats exprimés en nombre de personnes et (prévalence). Le pourcentage d'augmentation pour les effectifs et les (prévalences) a été calculé comme suit :

$$(Valeur\ 2007 - valeur\ 2004) / valeur\ 2004$$

Swiss 1 : pour surpoids + obésité, d'après (6) ; Swiss 2 ov (pour le surpoids) et Swiss 2 ob (pour l'obésité), d'après (7) ; Canada inf, moy, sup (valeurs inférieure, moyenne et supérieure) pour BMI>27 kg/m<sup>2</sup>, d'après (5) ; UK : pour surpoids + obésité, d'après (4).

Première ligne : travail sur les effectifs ; seconde ligne : travail sur les pourcentages ; troisième ligne : augmentation relative (valeur 2007/ valeur 2004) des pourcentages

**Tableau VII** : évolution du nombre et du pourcentage de pathologies attribuables au surpoids/obésité, d'après différentes méthodes de calcul, tous sujets, selon la pathologie concernée.

	<b>Swiss 1</b>	<b>Swiss 2ov</b>	<b>Swiss 2ob</b>	<b>Canada inf</b>	<b>Canada moy</b>	<b>Canada sup</b>	<b>UK</b>
<b>Diabète type2</b>							
2004	7857 (44,0)	4098 (27,9)	3770 (36,1)	3176 (36,5)	4497 (33,6)	5816 (30,0)	7007 (28,7)
2005	10'199 (45,6)	5318 (28,6)	4892 (36,5)	4122 (38,6)	5836 (35,7)	7551 (32,1)	9094 (30,3)
2006	12'259 (47,8)	6391 (30,4)	5878 (38,5)	4953 (40,5)	7013 (37,6)	9072 (34,0)	10'929 (32,2)
2007	14'180 (49,9)	7393 (32,7)	6804 (41,1)	5729 (41,9)	8114 (39,2)	10'499 (35,6)	12'645 (33,9)
% augm	80% (13%)	80% (17%)	80% (14%)	80% (15%)	80% (17%)	81% (19%)	80% (18%)
<b>Maladies rhumatismales</b>							
2004	2257 (12,6)	5255 (35,8)	3901 (37,4)				2257 (9,2)
2005	2998 (13,4)	6984 (37,5)	5185 (38,7)				2998 (10,0)
2006	3289 (12,8)	7662 (36,4)	5690 (37,3)				3289 (9,7)
2007	3296 (11,6)	7673 (33,9)	5699 (34,5)				3296 (8,8)
% augm	46% (-8%)	46% (-5%)	46% (-8%)				46% (-4%)
<b>Cancers</b>							
2004	454 (2,5)	454 (3,1)	454 (4,3)	454 (5,2)	454 (3,4)	454 (2,3)	680 (2,8)
2005	616 (2,8)	616 (3,3)	616 (4,6)	616 (5,8)	616 (3,8)	616 (2,6)	921 (3,1)
2006	726 (2,8)	726 (3,5)	726 (4,8)	726 (5,9)	726 (3,9)	726 (2,7)	1091 (3,2)
2007	830 (2,9)	830 (3,7)	830 (5,0)	830 (6,1)	830 (4,0)	830 (2,8)	1244 (3,3)
% augm	83% (16%)	83% (19%)	83% (16%)	83% (17%)	83% (18%)	83% (22%)	83% (18%)
<b>Maladies cardiovasculaires</b>							

2004	2314 (13,0)	1584 (10,8)	732 (7,0)	1103 (12,7)	2382 (17,8)	4590 (23,7)	4524 (18,5)
2005	2677 (12,0)	1831 (9,8)	847 (6,3)	1276 (11,9)	2753 (16,8)	5307 (22,6)	5228 (17,4)
2006	2861 (11,2)	1956 (9,3)	903 (5,9)	1364 (11,1)	2943 (15,8)	5671 (21,3)	5591 (16,5)
2007	2968 (10,4)	2031 (9)	938 (5,7)	1416 (10,4)	3055 (14,7)	5888 (20,0)	5801 (15,6)
% augm	28% (-20%)	28% (-17%)	28% (-19%)	28% (-18%)	28% (-17%)	28% (-16%)	28% (-16%)
<b>HTA / dyslipémie</b>							
2004	4971 (27,8)	3275 (22,3)	1580 (15,1)	3961 (45,6)	6070 (45,3)	8521 (44,0)	9963 (40,8)
2005	5857 (26,2)	3860 (20,7)	1862 (13,9)	4669 (43,7)	7152 (43,7)	10'042 (42,7)	11'744 (39,2)
2006	6521 (25,4)	4297 (20,4)	2072 (13,6)	5196 (42,5)	7962 (42,7)	11'176 (41,9)	13'069 (38,5)
2007	7140 (25,1)	4707 (20,8)	2271 (13,7)	5693 (41,7)	8718 (42,1)	12'239 (41,6)	14'312 (38,4)
% augm	44% (-10%)	44% (-7%)	44% (-9%)	44% (-9%)	44% (-7%)	44% (-5%)	44% (-6%)

Résultats exprimés en nombre de personnes et (pourcentage du nombre total de maladies attribuables au surpoids/obésité). Le pourcentage a été calculé en utilisant les données du **tableau VI** pour chaque année et méthode de calcul. Swiss 1 : pour surpoids + obésité, d'après (6) ; Swiss 2 ov (pour le surpoids) et Swiss 2 ob (pour l'obésité), d'après (7) ; Canada inf, moy, sup (valeurs inférieure, moyenne et supérieure) pour BMI>27 kg/m<sup>2</sup>, d'après (5) ; UK : pour surpoids + obésité, d'après (4). Les maladies rhumatismales n'étaient pas considérées dans la méthode de calcul de (5). Le pourcentage d'augmentation pour les effectifs et les (prévalences) a été calculé comme suit :

$$(\text{Valeur 2007} - \text{valeur 2004}) / \text{valeur 2004}$$

**Tableau VIII** : évolution du nombre et de la prévalence de sujets avec des pathologies attribuables au surpoids/obésité, d'après différentes méthodes de calcul et les données des Enquêtes Suisses sur la santé, globalement et selon le sexe.

	<b>Population</b>	<b>Swiss 1</b>	<b>Swiss 2ov</b>	<b>Swiss 2ob</b>	<b>Canada inf</b>	<b>Canada moy</b>	<b>Canada sup</b>	<b>UK</b>
<b>Diabète</b>								
<b>Tous sujets</b>								
2002	5'172'831	181'646 (3.5)	94'718 (1.8)	87'133 (1.7)	73'396 (1.4)	103'944 (2.0)	134'492 (2.6)	161'964 (3.1)
2007	5'241'764	240'366 (4.6)	125'338 (2.4)	115'300 (2.2)	97'123 (1.9)	137'546 (2.6)	177'969 (3.4)	214'322 (4.1)
<b>Femmes</b>								
2002	2'693'790	92'097 (3.4)	48'024 (1.8)	44'177 (1.6)	37'213 (1.4)	52'701 (2.0)	68'189 (2.5)	82'118 (3.0)
2007	2'706'465	112'598 (4.2)	58'714 (2.2)	54'012 (2.0)	45'497 (1.7)	64'433 (2.4)	83'368 (3.1)	100'398 (3.7)
<b>Hommes</b>								
2002	2'479'041	89'549 (3.6)	46'695 (1.9)	42'955 (1.7)	36'183 (1.5)	51'243 (2.1)	66'303 (2.7)	79'846 (3.2)
2007	2'535'300	127'768 (5.0)	66'624 (2.6)	61'288 (2.4)	51'626 (2.0)	73'113 (2.9)	94'600 (3.7)	113'924 (4.5)
<b>Hypertension</b>								
<b>Tous sujets</b>								
2002	5'172'831	183'870 (3.6)	116'634 (2.3)	66'550 (1.3)	158'485 (3.1)	216'802 (4.2)	274'433 (5.3)	397'928 (7.7)
2007	5'241'764	230'992 (4.4)	146'525 (2.8)	83'605 (1.6)	199'101 (3.8)	272'364 (5.2)	344'764 (6.6)	499'908 (9.5)
<b>Femmes</b>								
2002	2'693'790	102'935 (3.8)	65'294 (2.4)	37'256 (1.4)	88'723 (3.3)	121'371 (4.5)	153'634 (5.7)	222'769 (8.3)
2007	2'706'465	118'741 (4.4)	75'321 (2.8)	42'977 (1.6)	102'348 (3.8)	140'008 (5.2)	177'226 (6.5)	256'977 (9.5)
<b>Hommes</b>								
2002	2'479'041	80'936 (3.3)	51'340 (2.1)	29'294 (1.2)	69'762 (2.8)	95'432 (3.8)	120'800 (4.9)	175'159 (7.1)



2007	2'535'300	112'251 (4.4)	71'204 (2.8)	40'628 (1.6)	96'754 (3.8)	132'356 (5.2)	167'539 (6.6)	242'931 (9.6)
<b>Hypercholestérolémie</b>								
<b>Tous sujets</b>								
2002	5'172'831	17'481 (0.3)	16'405 (0.3)	1076 (0)		30'121 (0.6)	77'724 (1.5)	-
2007	5'241'764	25'814 (0.5)	24'226 (0.5)	1589 (0)		44'480 (0.8)	114'774 (2.2)	-
<b>Femmes</b>								
2002	2'693'790	7539 (0.3)	7076 (0.3)	464 (0)		12'991 (0.5)	33'522 (1.2)	-
2007	2'706'465	10'679 (0.4)	10'022 (0.4)	657 (0)		18'401 (0.7)	47'482 (1.8)	-
<b>Hommes</b>								
2002	2'479'041	9942 (0.4)	9330 (0.4)	612 (0)		17'130 (0.7)	44'202 (1.8)	-
2007	2'535'300	15'135 (0.6)	14'203 (0.6)	931 (0)		26'079 (1.0)	67'292 (2.7)	-

Résultats exprimés en nombre de personnes avec la pathologie et (prévalence). Swiss 1 : pour surpoids + obésité, d'après (6) ; Swiss 2 ov (pour le surpoids) et Swiss 2 ob (pour l'obésité), d'après (7) ; Canada inf, moy, sup (valeurs inférieure, moyenne et supérieure) pour BMI>27 kg/m<sup>2</sup>, d'après (5) ; UK : pour surpoids + obésité, d'après (4). L'hypercholestérolémie n'était pas considérée dans la méthode de calcul de (4).

**Tableau IX** : évolution des dépenses de santé des assurés CSS, selon la pathologie, globalement et selon le sexe.

Sexe/année	Toutes pathologies	Maladies rhumatismales	Diabète type 2	Maladies cardiaques	Cancer	HTA, dyslipémie
<b>Tous sujets</b>						
<b>Total des dépenses</b>						
2004	1256,5	151,2 (12,0)	53,0 (4,2)	111,1 (8,8)	51,5 (4,1)	167,8 (13,4)
2005	1332,5	198,3 (14,9)	75,7 (5,7)	136,5 (10,2)	73,4 (5,5)	196,5 (14,7)
2006	1433,6	222,4 (15,5)	96,8 (6,8)	156,1 (10,9)	97,0 (6,8)	223,6 (15,6)
2007	1593,1	240,3 (15,1)	121,1 (7,6)	180,0 (11,3)	125,5 (7,9)	258,8 (16,2)
% augment	27%	59% (23%)	128% (85%)	62% (30%)	144% (83%)	54% (27%)
<b>Dépense moyenne par personne</b>						
2004	3501,84	6706,05	5986,43	8351,07	11'357,43	7327,80
2005	3692,12	6616,30	6571,77	8872,12	11'947,76	7280,03
2006	3942,42	6761,88	6996,27	9494,92	13'346,09	7442,08
2007	4345,98	7296,23	7569,03	10'545,49	15'140,68	7864,99
% augment	24%	9%	26%	26%	33%	7%
<b>Femmes</b>						
<b>Total des dépenses</b>						
2004	782,8	108,0 (13,8)	26,4 (3,4)	65,0 (8,3)	35,4 (4,5)	79,4 (10,1)
2005	832,1	140,4 (16,9)	38,2 (4,6)	80,0 (9,6)	50,8 (6,1)	94,7 (11,4)
2006	891,5	157,2 (17,6)	48,9 (5,5)	91,0 (10,2)	66,0 (7,4)	108,4 (12,2)
2007	989,3	167,5 (16,9)	61,7 (6,2)	107,0 (10,8)	82,0 (8,3)	127,3 (12,9)

% augment	26%	55% (23%)	134% (85%)	65% (30%)	132% (83%)	60% (27%)
<b>Dépense moyenne par personne</b>						
2004	3638,76	6918,59	6248,33	8361,13	10'671,39	7237,37
2005	3859,27	6865,66	6959,82	8965,87	11'576,87	7290,75
2006	4119,21	7056,08	7388,16	9548,80	12'977,09	7472,99
2007	4548,00	7541,53	8087,53	10'783,89	14'373,69	7961,33
% augment	25%	9%	29%	29%	35%	10%
<b>Hommes</b>						
<b>Total des dépenses</b>						
2004	473,6	43,2 (9,1)	26,5 (5,6)	46,1 (9,7)	16,0 (3,4)	88,5 (18,7)
2005	500,4	57,9 (11,6)	37,5 (7,5)	56,5 (11,3)	22,6 (4,5)	101,8 (20,3)
2006	542,0	65,2 (12,0)	47,9 (8,8)	65,1 (12,0)	31,0 (5,7)	115,2 (21,3)
2007	603,8	72,8 (12,1)	59,5 (9,9)	73,0 (12,1)	43,5 (7,2)	131,5 (21,8)
% augment	27%	69% (32%)	125% (76%)	58% (24%)	172% (113%)	49% (17%)
<b>Dépense moyenne par personne</b>						
2004	3296,81	6227,49	5746,32	8336,91	13'238,25	7410,87
2005	3444,04	6080,51	6218,75	8742,54	12'877,34	7270,09
2006	3682,45	6144,28	6636,96	9420,69	14'206,95	7413,22
2007	4051,13	6788,29	7097,24	10'214,41	16'831,79	7773,94
% augment	23%	9%	24%	23%	27%	5%

Résultats exprimés en millions de CHF et (% des dépenses totales) ou en CHF pour la dépense moyenne par personne. Le pourcentage d'augmentation pour les dépenses et les (% des dépenses totales) a été calculé comme suit :

$$(Valeur\ 2007 - valeur\ 2004) / valeur\ 2004$$

**Tableau X** : évolution des dépenses de santé des assurés CSS, selon la pathologie et la classe d'âge.

<b>Classe d'âge / année</b>	<b>Total des dépenses</b>	<b>Maladies rhumatismales</b>	<b>Diabète type 2</b>	<b>Maladies cardiaques</b>	<b>Cancer</b>	<b>HTA, dyslipémie</b>
<b>25-34 ans</b>						
2004	112,9	4.0 (3,6)	0,3 (0,3)	0,5 (0,5)	1,7 (1,5)	0,9 (0,8)
2005	100,3	4,8 (4,8)	0,7 (0,7)	0,6 (0,6)	1,8 (1,8)	0,8 (0,8)
2006	89,0	4,8 (5,4)	1,1 (1,2)	0,5 (0,5)	2,7 (3,0)	0,6 (0,7)
2007	79,6	4,3 (5,4)	1,0 (1,2)	0,3 (0,4)	1,8 (2,2)	0,8 (1,0)
% augment	-29%	8% (52%)	233% (373%)	-40% (-15%)	6% (50%)	-11% (26%)
<b>35-44 ans</b>						
2004	184,2	12,7 (6,9)	2,4 (1,3)	2,0 (1,1)	5,3 (2,9)	5,4 (2,9)
2005	179,2	15,4 (8,6)	3,1 (1,7)	1,7 (0,9)	6,8 (3,8)	5,0 (2,8)
2006	181,9	16,7 (9,2)	3,8 (2,1)	2,2 (1,2)	7,3 (4,0)	5,8 (3,2)
2007	180,1	17,2 (9,5)	4,7 (2,6)	2,3 (1,3)	8,5 (4,7)	5,3 (3,0)
% augment	-2%	35% (39%)	96% (100%)	15% (18%)	60% (64%)	-2% (0%)
<b>45-54 ans</b>						
2004	202,0	21,5 (10,6)	6,2 (3,1)	5,9 (2,9)	8,7 (4,3)	16,9 (8,4)
2005	212,8	28,1 (13,2)	8,2 (3,9)	7,3 (3,4)	11,8 (5,6)	19,1 (9,0)
2006	216,3	31,1 (14,4)	10,2 (4,7)	6,4 (3,0)	13,9 (6,4)	18,6 (8,6)
2007	237,2	33,1 (13,9)	12,6 (5,3)	6,7 (2,8)	18,1 (7,6)	20,3 (8,6)
% augment	17%	54% (31%)	103% (73%)	14% (-3%)	108% (77%)	20% (2%)
<b>55-64 ans</b>						

2004	246,8	35,2 (14,3)	13,4 (5,4)	15,3 (6,2)	12,4 (5,0)	40,8 (16,5)
2005	255,9	44,2 (17,3)	17,6 (6,9)	16,7 (6,5)	18,6 (7,3)	44,9 (17,6)
2006	269,9	46,1 (17,1)	21,4 (7,9)	17,3 (6,4)	25,1 (9,3)	47,0 (17,4)
2007	287,9	48,0 (16,7)	24,2 (8,4)	18,4 (6,4)	31,2 (10,9)	53,7 (18,7)
% augment	17%	36% (17%)	81% (55%)	20% (3%)	152% (116%)	32% (13%)
<b>65-74 ans</b>						
2004	250,1	38,6 (15,4)	17,1 (6,8)	30,5 (12,2)	13,7 (5,5)	57,3 (22,9)
2005	266,1	50,2 (18,9)	23,3 (8,8)	34,9 (13,1)	18,7 (7,0)	65,9 (24,8)
2006	289,0	57,8 (20,0)	29,9 (10,4)	38,6 (13,4)	26,6 (9,2)	73,2 (25,3)
2007	325,0	61,6 (18,9)	35,7 (11,0)	40,8 (12,6)	37,1 (11,4)	81,7 (25,2)
% augment	30%	60% (23%)	109% (61%)	34% (3%)	171% (108%)	43% (10%)
<b>≥75 ans</b>						
2004	260,6	39,3 (15,1)	13,6 (5,2)	57,0 (21,9)	9,7 (3,7)	46,5 (17,8)
2005	318,3	55,6 (17,5)	22,7 (7,1)	75,3 (23,7)	15,6 (4,9)	60,9 (19,1)
2006	387,5	65,9 (17,0)	30,4 (7,8)	91,1 (23,5)	21,3 (5,5)	78,3 (20,2)
2007	483,4	76,3 (15,8)	42,9 (8,9)	111,4 (23,0)	28,8 (6,0)	96,9 (20,0)
% augment	85%	94% (5%)	215% (70%)	95% (5%)	197% (60%)	108% (12%)

Résultats exprimés en millions de CHF et (% des dépenses totales). Le pourcentage d'augmentation pour les dépenses et les (% des dépenses totales) a été calculé comme suit :

$$(Valeur\ 2007 - valeur\ 2004) / valeur\ 2004$$

**Tableau XI** : évolution des dépenses individuelles de santé des assurés CSS, selon la pathologie et la classe d'âge.

<b>Classe d'âge / année</b>	<b>Total des dépenses</b>	<b>Maladies rhumatismales</b>	<b>Diabète type 2</b>	<b>Maladies cardiaques</b>	<b>Cancer</b>	<b>HTA, dyslipémie</b>
<b>25-34 ans</b>						
2004	2277,04	5449,95	3743,71	10'634,93	11'688,88	14'442,38
2005	2311,08	5069,47	4626,33	10'155,73	10'071,54	11'137,63
2006	2370,08	5150,05	5606,44	9264,53	14'801,34	10'647,24
2007	2483,82	5762,83	5652,33	8268,33	10'455,53	13'642,70
% augment	9%	6%	51%	-22%	-11%	-6%
<b>35-44 ans</b>						
2004	2408,18	5718,96	5455,21	9842,25	12'540,30	8988,00
2005	2383,40	5309,44	5330,07	8514,66	12'487,22	7590,33
2006	2472,78	5403,98	5440,25	10'713,17	12'703,01	8753,26
2007	2516,83	5909,29	6363,15	11'386,57	13'924,10	8312,79
% augment	5%	3%	17%	16%	11%	-8%
<b>45-54 ans</b>						
2004	2883,97	6012,73	5128,46	8955,77	12'498,66	7291,88
2005	2979,50	5725,89	5232,87	9959,75	12'722,86	7297,23
2006	2941,51	5790,40	5417,39	8728,89	13'388,42	6785,32
2007	3141,17	6206,73	5947,82	9337,04	16'379,69	7206,37
% augment	9%	3%	16%	4%	31%	-1%
<b>55-64 ans</b>						

2004	3698,52	6355,02	5903,19	8565,65	10'751,02	6928,47
2005	3743,07	6145,51	6150,75	8564,19	12'369,57	6723,94
2006	3886,12	5971,12	6258,20	8926,30	14'392,59	6525,12
2007	4095,42	6367,90	6291,81	10'001,99	16'053,34	7019,37
% augment	11%	0%	7%	17%	49%	1%
<b>65-74 ans</b>						
2004	4653,42	6845,56	5827,77	8195,15	11'587,67	7078,27
2005	4820,38	6823,74	6441,84	8635,25	11'759,76	7086,12
2006	5073,43	7130,85	7200,30	9439,86	13'503,33	7217,15
2007	5504,85	7414,47	7570,45	10'058,02	15'890,29	7532,99
% augment	18%	8%	30%	23%	37%	6%
<b>≥75 ans</b>						
2004	6165,37	8098,15	7077,59	8262,38	10'380,07	7837,02
2005	6721,48	8336,89	8342,24	8961,67	11'220,71	7931,87
2006	7370,68	8586,67	8718,20	9670,41	12'158,13	8487,42
2007	8315,54	9387,60	9744,79	10'914,38	13'560,50	8902,43
% augment	35%	16%	38%	32%	31%	14%

Résultats exprimés en CHF par an. Le pourcentage d'augmentation a été calculé comme suit :

$$(\text{Valeur 2007} - \text{valeur 2004}) / \text{valeur 2004}$$

**Tableau XII** : évolution des dépenses de santé des assurés CSS, selon la pathologie et le canton.

<b>Canton / année</b>	<b>Total des dépenses</b>	<b>Diabète type 2</b>	<b>Maladies cardiaques</b>	<b>Cancer</b>	<b>HTA, dyslipémie</b>
<b>Aargau</b>					
2004	103,6	2,6 (2,5)	7,6 (7,3)	4,2 (4,0)	12,9 (12,4)
2005	110,0	3,9 (3,5)	8,6 (7,9)	5,4 (4,9)	14,5 (13,2)
2006	116,6	5,2 (4,5)	9,6 (8,2)	6,8 (5,8)	16,6 (14,3)
2007	130,1	6,8 (5,2)	11,6 (8,9)	8,9 (6,8)	19,8 (15,2)
% augment	26%	166% (108%)	53% (22%)	112% (70%)	54% (23%)
<b>Tessin</b>					
2004	80,8	2,5 (3,1)	10,7 (13,2)	3,7 (4,5)	15,7 (19,5)
2005	87,1	4,1 (4,7)	12,3 (14,1)	5,0 (5,8)	17,4 (20,0)
2006	95,0	5,6 (5,9)	13,9 (14,6)	7,6 (8,0)	19,0 (20,0)
2007	103,4	6,7 (6,5)	14,9 (14,4)	8,6 (8,3)	21,8 (21,1)
% augment	28%	165% (110%)	39% (9%)	136% (84%)	39% (8%)
<b>Vaud</b>					
2004	84,0	2,2 (2,6)	10,4 (12,4)	4,7 (5,5)	15,3 (18,2)
2005	91,3	3,7 (4,0)	12,1 (13,3)	6,2 (6,8)	17,7 (19,4)
2006	97,1	5,0 (5,1)	14,2 (14,6)	7,3 (7,5)	18,0 (18,6)
2007	107,9	6,6 (6,2)	16,3 (15,1)	10,1 (9,3)	21,9 (20,3)
% augment	29%	209% (138%)	57% (22%)	116% (69%)	43% (12%)

Résultats exprimés en millions de CHF et (% des dépenses totales). Le pourcentage d'augmentation pour les dépenses et les (% des dépenses totales) a été calculé comme suit :

$$\frac{(\text{Valeur 2007} - \text{valeur 2004})}{\text{valeur 2004}}$$



**Tableau XIII** : évolution du coût moyen du traitement individuel des assurés CSS, selon la pathologie et le canton.

<b>Canton / année</b>	<b>Coût moyen, toutes pathologies</b>	<b>Diabète type 2</b>	<b>Maladies cardiaques</b>	<b>Cancer</b>	<b>HTA, dyslipémie</b>
<b>Aargau</b>					
2004	3052,02	5801,19	7196,58	11'649,45	7023,23
2005	3224,24	6296,09	7399,50	11'900,23	6871,96
2006	3381,62	6393,61	8065,11	12'544,39	6958,46
2007	3714,27	6893,56	9404,06	14'271,19	7386,77
% augment	22%	19%	31%	23%	5%
<b>Tessin</b>					
2004	5202,72	6125,06	10'510,19	15'544,63	8268,03
2005	5540,33	7443,43	11'086,75	14'371,08	8344,05
2006	6002,51	8384,51	12'224,31	17'318,45	8512,42
2007	6573,26	8381,87	12'757,01	17'570,00	9116,27
% augment	26%	37%	21%	13%	10%
<b>Vaud</b>					
2004	4512,68	5900,57	9416,74	13'487,34	7883,45
2005	4876,84	7475,22	10'298,31	14'860,06	8452,29
2006	5133,02	7703,60	11'315,23	15'861,26	8047,59
2007	5670,70	8424,12	12'254,50	18'784,39	9029,92
% augment	26%	43%	30%	39%	15%

Résultats exprimés en CHF. Le pourcentage d'augmentation a été calculé comme suit :

$$(Valeur\ 2007 - valeur\ 2004) / valeur\ 2004$$

**Tableau XIV** : coûts attribuables au surpoids/obésité, d'après différentes méthodes de calcul, en totalité et selon le sexe.

<b>Sexe / année</b>	<b>Coûts totaux</b>	<b>Swiss 1</b>	<b>Swiss 2 ov</b>	<b>Swiss 2 ob</b>	<b>Canada, inf</b>	<b>Canada, moy</b>	<b>Canada, sup</b>	<b>UK</b>
<b>Tous sujets</b>								
2004	1256,5	123,0 (9,8)	102,1 (8,1)	72,1 (5,7)	62,4 (5,0)	96,4 (7,7)	140,7 (11,2)	175,5 (14,0)
2005	1332,5	160,6 (12,1)	132,8 (10,0)	95,7 (7,2)	79,7 (6,0)	122,2 (9,2)	177,2 (13,3)	222,5 (16,7)
2006	1433,6	193,4 (13,5)	156,8 (10,9)	114,2 (8,0)	96,0 (6,7)	146,0 (10,2)	210,2 (14,7)	263,6 (18,4)
2007	1593,1	231,4 (14,5)	182,9 (11,5)	134,3 (8,4)	115,6 (7,3)	174,8 (11,0)	250,4 (15,7)	312,3 (19,6)
% augment	22%	88% (48%)	78% (42%)	86% (47%)	84% (46%)	80% (43%)	79% (40%)	78% (40%)
<b>Femmes</b>								
2004	782,8	66,3 (8,5)	60,0 (7,7)	43,0 (5,5)	32,1 (4,1)	49,6 (6,3)	72,8 (9,3)	95,4 (12,2)
2005	832,1	87,4 (10,5)	78,5 (9,4)	57,1 (6,9)	41,8 (5,0)	63,9 (7,7)	93,0 (11,2)	122,5 (14,7)
2006	891,5	105,0 (11,8)	92,1 (10,3)	67,7 (7,6)	50,4 (5,7)	76,4 (8,6)	110,4 (12,4)	144,9 (16,3)
2007	989,3	125,8 (12,7)	106,7 (10,8)	78,7 (8,0)	61,2 (6,2)	92,3 (9,3)	132,9 (13,4)	172,4 (17,4)
% augment	26%	90% (49%)	77% (40%)	83% (45%)	91% (51%)	86% (48%)	83% (44%)	81% (43%)
<b>Hommes</b>								
2004	473,6	56,6 (12,0)	42,1 (8,9)	29,2 (6,2)	30,2 (6,4)	46,7 (9,9)	67,8 (14,3)	78,9 (16,7)
2005	500,4	73,2 (14,6)	54,3 (10,9)	38,6 (7,7)	38,0 (7,6)	58,3 (11,7)	84,2 (16,8)	98,3 (19,6)
2006	542,0	88,4 (16,3)	64,6 (11,9)	46,5 (8,6)	45,6 (8,4)	69,6 (12,8)	99,8 (18,4)	116,1 (21,4)
2007	603,8	105,6 (17,5)	76,3 (12,6)	55,6 (9,2)	54,5 (9,0)	82,4 (13,6)	117,5 (19,5)	136,1 (22,5)
% augment	28%	87% (46%)	81% (42%)	90% (48%)	80% (41%)	76% (37%)	73% (36%)	72% (35%)

Résultats exprimés en millions de CHF et en (% des coûts totaux). Le pourcentage d'augmentation pour les coûts et les (% des coûts totaux) a été calculé comme suit :

$$(Valeur\ 2007 - valeur\ 2004) / valeur\ 2004$$

Swiss 1 : pour surpoids + obésité, d'après (6) ; Swiss 2 ov (pour le surpoids) et Swiss 2 ob (pour l'obésité), d'après (7) ; Canada inf, moy, sup (valeurs inférieure, moyenne et supérieure) pour BMI>27 kg/m<sup>2</sup>, d'après (5) ; UK : pour surpoids + obésité, d'après (4).

**Tableau XV** : coûts attribuables au surpoids/obésité, d'après différentes méthodes de calcul, selon la classe d'âge.

<b>Classe d'âge / année</b>	<b>Coûts totaux</b>	<b>Swiss 1</b>	<b>Swiss 2 ov</b>	<b>Swiss 2 ob</b>	<b>Canada, inf</b>	<b>Canada, moy</b>	<b>Canada, sup</b>	<b>UK</b>
<b>25-34 ans</b>								
2004	112,9	1,1 (1,0)	1,4 (1,3)	1,1 (1,0)	0,5 (0,4)	0,6 (0,6)	0,9 (0,8)	1,4 (1,3)
2005	100,3	1,6 (1,6)	1,8 (1,8)	1,4 (1,4)	0,6 (0,6)	0,9 (0,9)	1,2 (1,2)	1,9 (1,9)
2006	89,0	1,9 (2,2)	2,0 (2,3)	1,6 (1,9)	0,8 (0,9)	1,1 (1,2)	1,4 (1,6)	2,2 (2,5)
2007	79,6	1,7 (2,1)	1,8 (2,2)	1,4 (1,8)	0,7 (0,9)	1,0 (1,2)	1,2 (1,6)	1,9 (2,4)
% augment	-29%	55% (110%)	29% (69%)	27% (80%)	40% (125%)	67% (100%)	33% (100%)	36% (85%)
<b>35-44 ans</b>								
2004	184,2	5,4 (2,9)	5,6 (3)	4,3 (2,3)	2,5 (1,3)	3,5 (1,9)	4,8 (2,6)	6,9 (3,8)
2005	179,2	6,3 (3,5)	6,6 (3,7)	5,2 (2,9)	2,8 (1,6)	3,9 (2,2)	5,1 (2,9)	7,8 (4,3)
2006	181,9	7,4 (4,1)	7,5 (4,1)	5,8 (3,2)	3,3 (1,8)	4,6 (2,5)	6,1 (3,4)	9,0 (5,0)
2007	180,1	8,3 (4,6)	8,1 (4,5)	6,4 (3,6)	3,7 (2,0)	5,1 (2,8)	6,8 (3,7)	9,9 (5,5)
% augment	-2%	54% (59%)	45% (50%)	49% (57%)	48% (54%)	46% (47%)	42% (42%)	43% (45%)
<b>45-54 ans</b>								
2004	202,0	13,2 (6,6)	11,9 (5,9)	8,8 (4,4)	6,5 (3,2)	9,6 (4,7)	13,3 (6,6)	17,7 (8,8)
2005	212,8	16,7 (7,8)	15,1 (7,1)	11,4 (5,3)	8,0 (3,8)	11,7 (5,5)	16,2 (7,6)	21,8 (10,3)
2006	216,3	18,7 (8,6)	16,8 (7,8)	12,9 (6,0)	8,8 (4,1)	12,6 (5,8)	17,2 (8,0)	23,5 (10,9)
2007	237,2	21,9 (9,2)	19,0 (8,0)	14,8 (6,2)	10,4 (4,4)	14,8 (6,2)	19,9 (8,4)	27,1 (11,4)
% augment	17%	66% (39%)	60% (36%)	68% (41%)	60% (38%)	54% (32%)	50% (27%)	53% (30%)

**55-64 ans**

2004	246,8	28,1 (11,4)	23,3 (9,4)	16,8 (6,8)	14,4 (5,8)	21,6 (8,7)	30,5 (12,3)	38,9 (15,8)
2005	255,9	34,6 (13,5)	28,7 (11,2)	21,2 (8,3)	17,3 (6,8)	25,7 (10,0)	35,9 (14,0)	46,4 (18,1)
2006	269,9	39,3 (14,6)	31,9 (11,8)	24,0 (8,9)	19,7 (7,3)	28,9 (10,7)	40,0 (14,8)	51,6 (19,1)
2007	287,9	44,2 (15,4)	35,4 (12,3)	26,6 (9,2)	22,6 (7,9)	32,9 (11,4)	45,3 (15,7)	58,2 (20,2)
% augment	17%	57% (35%)	52% (31%)	58% (35%)	57% (36%)	52% (31%)	49% (28%)	50% (28%)

**65-74 ans**

2004	250,1	38,1 (15,2)	30,1 (12,0)	21,1 (8,4)	19,9 (8,0)	30,7 (12,3)	44,4 (17,8)	54,7 (21,9)
2005	266,1	47,9 (18,0)	37,9 (14,2)	27,1 (10,2)	24,5 (9,2)	37,4 (14,0)	53,7 (20,2)	66,7 (25,1)
2006	289,0	57,6 (19,9)	45,0 (15,6)	32,8 (11,3)	29,2 (10,1)	44,1 (15,3)	62,9 (21,7)	78,4 (27,1)
2007	325,0	66,3 (20,4)	51,1 (15,7)	37,7 (11,6)	34,0 (10,5)	50,8 (15,6)	71,6 (22,0)	89,4 (27,5)
% augment	30%	74% (34%)	70% (31%)	79% (38%)	71% (31%)	65% (27%)	61% (24%)	63% (26%)

**≥75 ans**

2004	260,6	36,9 (14,2)	29,8 (11,4)	20,0 (7,7)	18,6 (7,1)	30,4 (11,7)	46,8 (18,0)	55,7 (21,4)
2005	318,3	53,5 (16,8)	42,7 (13,4)	29,4 (9,2)	26,5 (8,3)	42,7 (13,4)	65,1 (20,4)	77,9 (24,5)
2006	387,5	68,5 (17,7)	53,6 (13,8)	37,1 (9,6)	34,1 (8,8)	54,6 (14,1)	82,6 (21,3)	98,8 (25,5)
2007	483,4	88,9 (18,4)	67,6 (14,0)	47,4 (9,8)	44,2 (9,2)	70,2 (14,5)	105,5 (21,8)	125,9 (26,0)
% augment	85%	141% (30%)	127% (23%)	137% (27%)	138% (30%)	131% (24%)	124% (21%)	124% (21%)

Résultats exprimés en millions de CHF et en (pourcentage des coûts totaux). Le pourcentage d'augmentation pour les coûts et les (% des coûts totaux) a été calculé comme suit :

$$(\text{Valeur 2007} - \text{valeur 2004}) / \text{valeur 2004}$$

Swiss 1: pour surpoids + obésité, d'après (6) ; Swiss 2 ov (pour le surpoids) et Swiss 2 ob (pour l'obésité), d'après (7) ; Canada inf, moy, sup (valeurs inférieure, moyenne et supérieure) pour BMI>27 kg/m<sup>2</sup>, d'après (5) ; UK: pour surpoids + obésité, d'après (4).

**Tableau XVI** : coûts attribuables au surpoids/obésité, d'après différentes méthodes de calcul, selon le canton.

<b>Canton / année</b>	<b>Coûts totaux</b>	<b>Swiss 1</b>	<b>Swiss 2 ov</b>	<b>Swiss 2 ob</b>	<b>Canada, inf</b>	<b>Canada, moy</b>	<b>Canada, sup</b>	<b>UK</b>
<b>Aargau</b>								
2004	103.6	6.8 (6.6)	4.3 (4.2)	2.8 (2.7)	6.5 (6.3)	4.2 (4.1)	9.5 (9.2)	10.8 (10.5)
2005	110.0	8.6 (7.8)	5.4 (4.9)	3.7 (3.3)	7.9 (7.2)	5.2 (4.7)	11.5 (10.4)	13.1 (11.9)
2006	116.6	10.6 (9.1)	6.6 (5.7)	4.6 (3.9)	9.4 (8.1)	6.2 (5.3)	13.6 (11.6)	15.6 (13.4)
2007	130.1	13.2 (10.2)	8.2 (6.3)	5.8 (4.4)	11.7 (9.0)	7.7 (5.9)	16.7 (12.8)	19.3 (14.8)
% augment	19%	89% (55%)	85% (50%)	104% (63%)	74% (43%)	80% (44%)	68% (39%)	71% (41%)
<b>Tessin</b>								
2004	80.8	7.9 (9.8)	5.1 (6.3)	3.1 (3.9)	7.7 (9.6)	4.9 (6.0)	11.6 (14.3)	13.0 (16.1)
2005	87.1	10.0 (11.5)	6.3 (7.3)	4.1 (4.7)	9.4 (10.8)	6.0 (6.9)	13.9 (15.9)	15.7 (18.1)
2006	95.0	12.3 (12.9)	7.7 (8.1)	5.2 (5.5)	11.1 (11.7)	7.2 (7.6)	16.3 (17.1)	18.5 (19.5)
2007	103.4	14.1 (13.6)	8.8 (8.5)	6.0 (5.8)	12.7 (12.3)	8.3 (8.0)	18.5 (17.9)	21.1 (20.4)
% augment	17%	58% (39%)	55% (35%)	74% (49%)	44% (28%)	50% (33%)	40% (25%)	42% (27%)
<b>Vaud</b>								
2004	84.0	7.5 (8.9)	4.9 (5.8)	3.0 (3.6)	7.5 (8.9)	4.7 (5.6)	11.1 (13.3)	12.6 (15.0)
2005	91.3	9.8 (10.8)	6.3 (6.9)	4.1 (4.5)	9.3 (10.2)	6.0 (6.6)	13.8 (15.1)	15.6 (17.1)
2006	97.1	11.5 (11.9)	7.3 (7.5)	4.9 (5.0)	10.6 (10.9)	6.8 (7.0)	15.6 (16.1)	17.7 (18.2)
2007	107.9	14.5 (13.4)	9.1 (8.5)	6.2 (5.8)	13.1 (12.1)	8.5 (7.9)	19.1 (17.7)	21.8 (20.2)
% augment	24%	93% (51%)	87% (47%)	111% (61%)	73% (36%)	79% (41%)	68% (33%)	71% (35%)

Résultats exprimés en millions de CHF et en (pourcentage des coûts totaux). Le pourcentage d'augmentation pour les coûts et les (% des coûts totaux) a été calculé comme suit :

$$(Valeur\ 2007 - valeur\ 2004) / valeur\ 2004$$

Swiss 1: pour surpoids + obésité, d'après (6) ; Swiss 2 ov (pour le surpoids) et Swiss 2 ob (pour l'obésité), d'après (7) ; Canada inf, moy, sup (valeurs inférieure, moyenne et supérieure) pour BMI>27 kg/m<sup>2</sup>, d'après (5) ; UK: pour surpoids + obésité, d'après (4).



**Tableau XVII** : comparaison des PAFs selon la source bibliographique.

	<b>Hypertension</b>	<b>Maladie coronaire</b>	<b>Diabète type 2</b>	<b>Cancer corps utérus</b>
Swiss 1 ou 2 *	26.8	17.4	88.6	20.1
Canada moy	31.6	17.9	50.7	26.6
UK	58.0	34.0	79.0	49.0

\* pour surpoids et obésité