



ENQUÊTE DE SANTÉ 2013

RAPPORT 5: PRÉVENTION

Stefaan Demarest, Rana Charafeddine (éd.)

Institut Scientifique de Santé Publique
Direction Opérationnelle Santé publique et surveillance
rue Juliette Wytsman 14
B-1050 Bruxelles
+32 2 642 57 94
E-mail : stefaan.demarest@wiv-isp.be

Numéro de dépôt : D/2015/2505/23
Référence interne : PHS Report 2015-014

2. Méthodologie

AUTEURS

Stefaan DEMAREST

Johan VAN DER HEYDEN

Kalidou SARR

Sandrine DE WALEFFE (DG Statistique)

Erik MEERSSEMAN (DG Statistique)

Pour toute référence à ce chapitre, veuillez utiliser la citation suivante : Demarest S, Van der Heyden J, Sarr K, de Waleffe S, Meersseman E. Méthodologie. Dans : Demarest S, Charafeddine R (éd.). Enquête de santé 2013. Rapport 5 : Prévention. WIV-ISP, Bruxelles, 2015

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction	9
2. Les objectifs de l'enquête	9
3. Le cadre d'échantillonnage	9
3.1 La taille de l'échantillon	10
3.2. Composition de l'échantillon	10
3.3. Le remplacement des ménages	11
4. Organisation du travail de terrain	11
5. Le questionnaire	12
6. Réalisation du travail de terrain	13
7. Interview par proxy	14
8. Utilisation de chèque cadeau pour encourager la participation	15
9. Enquête sur la santé bucco-dentaire	15
10. Suivi du travail de terrain	16
11. Gestion et contrôle des données	16
12. Participation	17
13. Composition de la population d'étude	19
14. Présentation des résultats de l'enquête	21

1. INTRODUCTION

La tenue d'une enquête de santé en Belgique répond à une décision émise par la Conférence Interministérielle Santé Publique, sur base d'un protocole d'accord interministériel, publié au Moniteur Belge le 10 juillet 2012. Les pouvoirs publics (fédéraux, régionaux et communautaires) sont convaincus qu'une enquête de santé est nécessaire pour mieux décider des orientations à donner à leurs politiques. L'enquête de santé 2013 est la cinquième de ce type en Belgique. Les enquêtes précédentes ont eu lieu en 1997, 2001, 2004 et 2008.

Par souci de cohérence et d'économie d'échelle, les pouvoirs publics font réaliser en commun cette enquête par une seule institution. L'organisation de l'enquête de santé 2013 a été commanditée à la Direction Opérationnelle Santé Publique et Surveillance de l'Institut Scientifique de Santé Publique, (WIV-ISP) qui est donc l'opérateur de cette enquête. Pour ce qui est de la réalisation de l'enquête, un partenariat a été établi avec la Direction Générale Statistique - Statistics Belgium (DG Statistique) qui était responsable de la collecte des données (travail de terrain).

La réalisation de l'enquête a été suivie par une Commission des Commanditaires, au sein de laquelle chaque ministre compétent était représenté. Pour le soutien scientifique de l'enquête, on a pu faire appel au conseil scientifique consultatif, avec des membres provenant des universités ou des professionnels actifs dans le domaine de la santé publique. Le conseil scientifique rapporte à la Commission des Commanditaires.

2. LES OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE

L'enquête de santé a pour objectif de collecter des informations relatives à l'état de santé de la population et aux besoins en matière de soins de santé qui ne sont pas disponibles par ailleurs. Il s'agit d'un instrument contribuant à la prise de positions politiques en matière de santé publique.

La valeur ajoutée de ce genre d'enquête tient à l'approche horizontale de la collecte des données : différents types d'information (état de santé, style de vie, consommation de soins, caractéristiques socio-économiques, ...) sont en effet collectés simultanément auprès des mêmes individus. Cela permet d'obtenir une vue assez globale de la santé d'une population et de ses besoins prioritaires.

La répétition à intervalle régulier de ce genre d'enquête permet de suivre l'évolution au cours du temps de la santé et des besoins de la population, et d'assurer un suivi des interventions dans le domaine de la santé publique.

3. LE CADRE D'ÉCHANTILLONNAGE

L'enquête de santé s'adresse à toutes les personnes qui résident dans le pays, sans restrictions de nationalité, d'âge ou de statut légal. Le cadre d'échantillonnage le plus complet pour atteindre cette population est le Registre national de population. Les individus qui ne sont pas enregistrés au Registre national, comme les personnes "sans domicile fixe" ou les immigrés clandestins, ne peuvent dès lors pas être sélectionnés pour participer à l'enquête.

Pour des raisons pragmatiques, certaines catégories de personnes sont également exclues de l'échantillon : celles qui résident (et sont domiciliées) en prison ou dans une communauté religieuse de plus de 8 personnes, ainsi que les personnes vivant en institution, à l'exception des maisons de repos ou des maisons de repos et de soins pour personnes âgées. Ces dernières font partie de l'échantillon et sont considérées comme étant un ménage d'une personne.

3.1 LA TAILLE DE L'ÉCHANTILLON

Sur base d'un protocole d'accord entre les divers commanditaires de l'enquête de santé, il est déterminé que l'échantillon de base de l'enquête de santé 2013 consiste en 10.000 individus, soit 3.500 en Région flamande, 3.500 en Région wallonne (dont 300 en Communauté germanophone) et 3.000 en Région bruxelloise. Ces nombres sont en principe suffisants pour des estimations précises tant au niveau national que régional.

Comme prévu dans le cadre du protocole d'accord, les provinces qui le souhaitent pouvaient contribuer au financement d'un échantillon supplémentaire pour obtenir des estimations plus précises au niveau de leur propre population. Dans l'édition 2013 de l'enquête, la province du Luxembourg a fait valoir son droit en la matière en finançant 600 interviews supplémentaires à réaliser dans sa province.

Ceci signifie que la taille de l'échantillon prévu s'élevait à 10.600 unités pour l'enquête de santé 2013.

3.2. COMPOSITION DE L'ÉCHANTILLON

Pour la composition de l'échantillon, différentes techniques ont été utilisées : la stratification, le sondage systématique à plusieurs degrés et la constitution de grappes. Un aperçu détaillé de ces techniques peut être retrouvé dans le protocole d'étude. On ne donnera donc ici qu'une brève description à ce sujet.

L'ensemble du processus de sélection se compose des étapes suivantes :

Stratification régionale :

Pour chacune des trois Régions du pays, le nombre de personnes à interroger a été déterminé au préalable et fixé à 3.500 personnes pour les Régions flamande et wallonne (avec un échantillon supplémentaire de 600 personnes dans la province du Luxembourg) et à 3.000 personnes pour la Région bruxelloise.

Stratification provinciale :

Une stratification provinciale a été effectuée pour garantir une répartition géographique équilibrée de l'échantillon. Le nombre de personnes à sélectionner dans une province a été calculé en fonction de la taille de la population de cette province (pour la province du Luxembourg, le nombre de personnes à interroger a été augmenté de 600 personnes). En outre, un nombre fixe de personnes à interroger dans la Communauté germanophone (géographiquement localisée dans la province de Liège) a été prédéterminé à 300. A cet effet, la province de Liège a été scindée en deux strates : la Communauté germanophone et le reste de la province.

Sélection des communes :

L'enquête de santé ne couvre pas à chaque fois toutes les communes de Belgique, mais uniquement un certain nombre d'entre elles. Le nombre de communes sélectionnées par province est basé sur la taille (nombre d'habitants) de la province et des communes/villes au sein de cette même province. La taille de la province détermine le nombre de groupes (de 50 personnes) qui doivent être sélectionnés. En tenant compte de leur taille, certaines communes ou villes seront sélectionnées avec certitude ; s'il s'agit de très grandes villes, plusieurs groupes (de 50 personnes) pourront être sélectionnés au sein de ces entités, tandis qu'une ou plusieurs plus petites communes le seront aussi.

Sélection des ménages au sein des communes et des villes :

Pour chaque commune, la sélection des ménages qui participeront à l'enquête se fait selon une procédure de sélection par étape. Cette procédure garantit la sélection de ménages de tout genre : petits ménages, grands ménages, jeunes ménages (ménages dont la personne de référence est jeune) et vieux ménage (ménages dont la personne de référence est âgée).

Sélection des individus au sein des ménages :

Pour les ménages composés de 4 personnes ou moins, toutes les personnes sont sélectionnées pour participer à l'enquête. Pour les ménages composés de plus de 4 personnes, on sélectionne au maximum 4 personnes pour l'enquête. Pour cela, la règle suivante est utilisée : la personne de référence du ménage est toujours sélectionnée pour participer à l'enquête. Au cas où cette personne de référence a un/e partenaire au sein du ménage, il/elle sera également sélectionné(e) pour participer à l'enquête. Les autres membres du ménage, soit deux d'entre eux (dans le cas où la personne de référence a un/e partenaire au sein du ménage) ou trois d'entre eux (dans le cas où la personne de référence est sans partenaire) sont sélectionnés selon une procédure de tirage aléatoire implémentée dans le programme de saisie des données (Blaise®).

Il y a deux raisons pour lesquelles seulement quatre personnes sont interrogées au sein d'un même ménage : 1) les caractéristiques des membres d'un même ménage sont assez comparables, alors si plus que 4 personnes par ménage devaient participer à l'enquête, les personnes supplémentaires fourniraient peu d'informations utiles ; 2) interroger plus de quatre personnes par ménage risque de trop surcharger les ménages.

3.3. LE REMPLACEMENT DES MÉNAGES

La participation des ménages à l'enquête de santé n'est pas obligatoire. Il faut alors tenir compte du fait qu'un certain nombre de ménages refuserait de participer à l'enquête et que certains ne pourraient être contactés. Compte tenu de l'objectif de l'enquête de santé qui est formulé en termes d'un nombre fixe d'interviews (10.600 interviews réalisées), il a déjà été décidé en 1997 (année de la première enquête de santé) de remplacer ces ménages par des ménages de substitution. Les ménages de remplacement n'ont pas été choisis arbitrairement, mais possèdent une triade de caractéristiques en commun avec les ménages non participants : ils sont localisés dans le même secteur statistique et ils ont une taille identique et les personnes de référence ont le même âge. Pour chaque ménage sélectionné dans l'échantillon de base, dès le début, trois ménages de remplacement sont aussi sélectionnés. On obtient donc des groupes de 4 ménages. On les appelle des «clusters» de ménages.

Si un ménage sélectionné refuse de participer à l'enquête ou ne peut être contacté (par exemple pour cause de déménagement dans une autre commune ou pour absence de longue durée), ce ménage est remplacé par le ménage suivant du même cluster. Cette procédure continue jusqu'à épuisement du cluster (de 4 ménages). Ensuite un nouveau cluster, qui a plus les mêmes caractéristiques que le précédent (secteur statistique, l'âge de la personne de référence, la taille du ménage), est activé. Pour ce nouveau cluster, une procédure identique de remplacement des ménages non participants est appliquée.

4. ORGANISATION DU TRAVAIL DE TERRAIN

La collecte de données dans le cadre de l'enquête de santé 2013 a été effectuée sur l'ensemble de l'année calendrier 2013 et fractionnée en quatre trimestres. Dès lors, à chaque fin de trimestre, un nouvel échantillon, suffisamment large pour permettre de réaliser le quart du nombre prévu d'enquêtes est tiré au sein du Registre national (excluant les ménages déjà sélectionnés).

La division en quatre trimestres du travail de terrain est utile pour plusieurs raisons :

- mieux prendre en compte les effets saisonniers sur l'état de santé ;
- utiliser la version la plus récente de la base de sondage (Registre national) pour assurer une bonne correspondance entre les informations obtenues dans le Registre et la réalité sur le terrain ;
- étaler la charge de travail des enquêteurs sur toute l'année ;
- faciliter l'organisation et le suivi du travail de terrain.

En principe, un ménage sélectionné au cours d'un trimestre particulier doit être interrogé au cours de ce même trimestre. Mais ce principe ne peut s'appliquer complètement à l'enquête de santé, vu que nous utilisons la méthode du remplacement des ménages. Dans notre cas, il est possible qu'un ménage soit sélectionné au cours d'un trimestre particulier, mais que le ménage remplaçant ne soit interrogé qu'au trimestre suivant. Donc, il est important de souligner que la collecte de données pour un trimestre particulier ne se termine pas à la fin de ce trimestre. Deux exceptions existent :

- Dans le cadre de l'enquête de santé, l'objectif était de réaliser un nombre prédéterminé d'enquêtes par région et par an. Si, au cours de l'année, le nombre prévu d'enquêtes est réalisé, la collecte de données s'arrête. Les enquêteurs concernés sont alors informés de la nécessité d'arrêter la collecte, sauf si l'enquêteur a déjà fixé un rendez-vous avec un ménage. En pratique, la collecte de données pour l'enquête de santé 2013 s'est arrêtée, successivement dans les 3 Régions, au cours du mois de décembre 2013.
- Dès le début de l'enquête de 2013, il a été décidé que la collecte de données devrait être finalisée avant le 31 décembre 2013, sauf pour les enquêteurs qui ont déjà fixé un rendez-vous après cette date-là. Nous n'avons donc pas dû appliquer cette règle.

5. LE QUESTIONNAIRE

Traditionnellement, trois types de questionnaires sont utilisés dans l'enquête de santé :

- Une première partie consiste en une collecte d'un nombre de caractéristiques du ménage : sa composition, le revenu mensuel, les dépenses pour la santé, ... On utilise pour cela un questionnaire qui est rempli au niveau du ménage via une interview orale menée en face à face avec l'enquêteur, le plus souvent avec la personne de référence du ménage.
- Une deuxième partie consiste en une interview orale des membres sélectionnés du ménage. Dans certaines circonstances spécifiques, une personne (membre du ménage ou non) a pu répondre 'au nom' de la personne sélectionnée (interview via proxy). Des thèmes tels que les affections chroniques, les limitations, ... ont été pris en considération dans cette partie de l'enquête.
- Une troisième partie consiste en un questionnaire à remplir par écrit par les personnes elles-mêmes (auto-questionnaire) et est soumis à tous les membres sélectionnés âgés d'au moins 15 ans. La décision d'utiliser également un questionnaire par écrit est basée sur le fait que certains thèmes, tels que par exemple la santé mentale, la consommation d'alcool, ... sont plus sensibles ou intimes et se prêtent donc moins à une interview en face à face avec un enquêteur.

Dans le cadre de l'enquête de santé 2013, les informations qui concernent l'interview orale ont été, pour la première fois, collectées auprès des répondants via un entretien assisté par un ordinateur (CAPI, Computer Assisted Personal Interview). Grâce à ce programme de saisie, développé dans l'application Blaise®, les enquêteurs n'utilisent plus les questionnaires papier comme ce fut le cas pour les enquêtes précédentes. Les avantages du CAPI sont multiples. Cette technique permet de préprogrammer l'ordre des questions et d'automatiser la gestion des filtres (pour les questions qui ne s'appliquent pas à tous les répondants) réduisant ainsi le risque d'erreur lors de la collecte de données. De plus, elle permet d'éviter la saisie ultérieure des questionnaires puisque l'enquêteur exécute cette tâche en direct, réduisant ainsi les risques d'erreur lors de l'encodage des données.

En ce qui concerne l'auto-questionnaire, il n'y a pas eu en 2013 une modification dans l'approche utilisée pour collecter ce type de données.

Les questions de l'enquête de santé sont présentées dans des rapports, qui sont eux-mêmes subdivisés en modules (ou thèmes). Chaque module regroupe un ensemble de questions sur base desquelles les indicateurs sont créés. Les modules de l'enquête de santé 2013 sont subdivisés en cinq rapports :

- Etat de santé et bien-être

- Comportements de santé et style de vie
- Utilisation des services de santé et des services sociaux
- Environnement physique et social
- Prévention

La sélection finale des modules et des questions dépend de la Commission des Commanditaires, et de sa consultation intensive avec l'ISP-WIV. Diverses considérations sont prises en compte lors du développement des questionnaires :

- Une valeur ajoutée importante des enquêtes de santé réside dans le fait qu'elle permet de suivre l'évolution au cours du temps en matière de santé publique. Il est donc nécessaire de maintenir tels quels certains modules et questions au fil des enquêtes.
- L'enquête de santé est essentiellement un instrument de soutien à la prise de décision politique et à la recherche. Le contenu des enquêtes doit donc aussi évoluer au cours du temps et s'adapter aux nouveaux besoins en matière d'informations sanitaires. D'où l'importance de maintenir toujours la possibilité de pouvoir ajouter de nouveaux modules/questions aux enquêtes de santé.
- Dans le cadre de la Décision N° 1338/2008 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 2002 relative au programme statistique communautaire sur la santé publique et de la santé et de la sécurité au travail, la Belgique, comme tous les autres états membres, doit établir et communiquer à EUROSTAT (bureau statistique de la Commission Européenne) des données standardisées sur l'état de santé, les déterminants de santé, le système de santé et les caractéristiques socio-démographiques de la population âgée de 15 ans et plus. Ces informations, nécessaires au développement du Système européen d'enquêtes sur la santé (EHIS), sont incluses dans l'enquête de santé 2013.
- De plus, il est important que la longueur du questionnaire reste dans la limite de ce qui est acceptable pour les ménages et pour les enquêteurs. Des questionnaires trop longs pourraient avoir comme effet de réduire la volonté de participation des ménages et de diminuer la validité des informations recueillies.

6. RÉALISATION DU TRAVAIL DE TERRAIN

La réalisation du travail de terrain de l'enquête de santé 2013 était sous la responsabilité du Centre de la collecte de données de la DG Statistique, anciennement Direction générale Statistique et Information économique (DGSIE).

La DG Statistique réalise la collecte de données de plusieurs enquêtes nationales (ex. Enquête de la force du travail, enquête sur les revenus et conditions de vie (SILC) et enquête du budget des ménages) et dispose d'une infrastructure efficace pour l'organisation des enquêtes face à face à grande échelle :

- La DG Statistique peut compter sur son propre réseau d'enquêteurs qui s'élève à quelques 400 enquêteurs indépendants.
- Elle a mis en place une infrastructure CAPI (Blaise) qui permet la réalisation d'entretien face à face via ordinateur.
- Chaque enquêteur dispose d'un ordinateur portable avec un écran tactile.
- Sur le terrain, les enquêteurs de la DG Statistique travaillent avec une feuille de contact standardisée sur laquelle ils enregistrent chaque tentative de contact. Ceci permet non seulement de suivre le travail sur le terrain, mais aussi d'effectuer une analyse détaillée de non-réponse.
- De plus, une équipe est disponible pour la saisie des informations des questionnaires papier (dans le cas des auto-questionnaires) et pour le codage des questions ouvertes (y compris la classification des professions et des secteurs d'emplois).

Par souci d'efficacité, l'organisation et le suivi du travail sur le terrain par la DG Statistique sont hautement standardisés pour toutes les enquêtes. Néanmoins, une exception a été faite pour l'enquête de

santé pour permettre la mise en place de la procédure de remplacement des ménages décrite plus haut. Afin de limiter la charge administrative de cette procédure, les enquêteurs devaient indiquer via un site web les ménages à remplacer et, par conséquent, les ménages pour qui des lettres d'invitations devaient être envoyées.

Pour l'exécution du travail de terrain, la DG Statistique a fait appel à son propre réseau d'enquêteurs. Tous les enquêteurs ont été amenés à suivre une séance de formation spécifique, dont le but était de garantir une bonne standardisation des procédures à suivre lors des interviews auprès des ménages.

En bref, le travail de terrain se déroule comme suite :

Lorsqu'un ménage est sélectionné pour participer à l'enquête, il reçoit une lettre d'invitation à participer qui explique les objectifs et les modalités de l'enquête de santé, y compris le fait que la participation se fait sur base volontaire avec le droit de se retirer à tout moment de l'étude. La lettre d'invitation est jointe d'un dépliant d'information qui détaille quant à lui l'objectif, le contenu et le déroulement de l'enquête.

Au moment de l'envoi de la lettre d'invitation aux ménages sélectionnés, les coordonnées de ces mêmes ménages sont envoyées aux enquêteurs concernés pour qu'ils puissent les contacter. Sur la feuille de contact, l'enquêteur doit indiquer, entre autres, le nombre de tentatives de contact (par téléphone ou visite à domicile) qu'il a entrepris avec chacun des ménages de sa liste. Si le ménage accepte de prendre part à l'enquête, l'enquêteur fixe un rendez-vous à la meilleure convenance du ménage.

Si un ménage est signalé comme participant par l'enquêteur, l'application CAPI crée tous les fichiers nécessaires pour accomplir l'entretien en utilisant des informations extraites du Registre national. Le nom, la date de naissance et le sexe de chaque membre du ménage, comme ils sont présentés dans le Registre national, sont téléchargés automatiquement dans le système CAPI. Pour chaque individu dont le nom figure dans le système, une question est posée pour vérifier si la personne fait partie du ménage ou non. Les personnes qui ne font pas (plus) partie du ménage doivent être supprimées de la liste, et les personnes qui font partie du ménage mais ne figurent pas dans la liste du Registre national doivent être

ajoutées (ajout du nom, sexe et date de naissance).

Quand la composition du ménage a été établie, le programme CAPI détermine quels membres du ménage sont sélectionnés pour les questionnaires individuels et quel ensemble de questions doit être posé à chaque membre sélectionné. A ce moment, on saura aussi qui doit remplir un auto-questionnaire écrit.

Les informations, qui sont collectées par questionnaire auprès des répondants via l'application CAPI, sont envoyées dans une base de données centralisée sur le réseau informatique sécurisé à la DG Statistique. Les questionnaires papier auto-administrés sont rassemblés à la DG Statistique et encodés dans cette même base de données par le soin d'une équipe spécialisée. Ces bases de données constituées sont transférées au WIV-ISP pour le contrôle de qualité des données et pour les analyses.

7. INTERVIEW PAR PROXY

En principe, les personnes sélectionnées pour l'enquête doivent répondre elles-mêmes aux questions. Dans certains cas bien spécifiques, il est toutefois autorisé qu'une autre personne (membre du ménage ou non) réponde «au nom de» la personne sélectionnée. C'est ce que l'on appelle «utilisation d'un proxy». Attention, un proxy ne remplace pas la personne sélectionnée, il répond simplement pour cette personne, au nom de celle-ci.

L'utilisation d'un proxy est obligatoire pour toutes les personnes sélectionnées qui ont moins de 15 ans, pour les personnes gravement malades ou mentalement perturbées et aussi pour les personnes âgées qui vivent dans une institution, mais possèdent encore leur adresse officielle dans le ménage sélectionné.

Une interview par proxy est également autorisée lorsque la personne sélectionnée est absente pour une longue période (plus d'un mois). Enfin, une interview par proxy peut être utilisée dans le cas où la personne sélectionnée refuserait explicitement de participer à l'interview, mais accepte qu'un proxy réponde pour elle aux questions.

Un proxy peut, dans tous les cas cités ci-dessus, être utilisé pour répondre à la plupart des questions reprises dans le questionnaire face à face. Le proxy ne peut par contre en aucun cas répondre au questionnaire écrit à la place de la personne sélectionnée (questions trop personnelles).

Au total, dans l'enquête de santé 2013, 7.896 interviews (72,9%) ont été réalisées en interrogeant directement la personne sélectionnée. Dans 2.800 cas (25,9%), l'interview a été réalisée via un proxy faisant partie du ménage sélectionné. Dans 133 cas (1,2%), le proxy était une personne extérieure au ménage.

8. UTILISATION DE CHÈQUE CADEAU POUR ENCOURAGER LA PARTICIPATION

Pour la première fois dans l'enquête de santé belge, un incitatif (« incentive ») est offert pour stimuler la participation des ménages. Compte tenu des restrictions budgétaires, le montant de l'incitatif était très limité : un chèque cadeau de 10 euros par ménage. La lettre d'invitation envoyée aux ménages spécifie qu'un chèque cadeau est offert à chaque ménage répondant en guise de reconnaissance de sa participation. L'impact de ce chèque cadeau est cependant difficile à évaluer. Toujours est-il que le taux de participation à l'enquête de santé 2013 est légèrement supérieur à celui de l'enquête précédente, mais on ne peut déterminer si cette hausse est motivée par la promesse d'une récompense.

9. ENQUÊTE SUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

Dans le cadre de l'enquête de santé 2013, un accord a été signé entre le WIV-ISP et la Cellule Interuniversitaire Epidémiologie (ICE) qui regroupe cinq facultés de médecine dentaire belges (Universiteit Gent, Katholieke Universiteit Leuven, Vrije Universiteit Brussel, Université Libre de Bruxelles et Université Catholique de Louvain) pour organiser une enquête de santé bucco-dentaire auprès des participants de l'enquête de santé. Cette enquête, officiellement dénommée « Dataregistratie Mondgezondheid Belgische Bevolking 2012-2014 », est commanditée par le RIZIV-INAMI. Une enquête similaire a eu lieu en 2008, mais sans le support de l'enquête de santé. La collecte des données se fait au domicile des participants consentants par l'intermédiaire d'un dentiste agréé et consiste en deux parties : d'une part, un court questionnaire sur la santé dentaire, et d'autre part, un examen standardisé de la bouche et des dents. L'objectif de l'ICE était d'avoir 3000 participants (de 6 ans et plus) à cette enquête.

Concrètement, à la fin de l'entretien CAPI, l'enquêteur informe les membres du ménage qu'ils ont la possibilité de participer à une enquête bucco-dentaire et vérifie s'ils sont prêts à être recontactés dans le cadre de cette étude. Dans ce contexte, les enquêteurs ne demandent pas aux participants s'ils souhaitent ou non prendre part à l'enquête de santé bucco-dentaire, mais plutôt s'ils sont prêts à être recontactés par les dentistes-enquêteurs de l'ICE.

Les ménages qui désirent poursuivre l'enquête bucco-dentaire marquent leur accord explicite pour être recontactés dans le cadre de cette enquête. Les informations suivantes sont alors recueillies et transmises au secrétariat de l'ICE, qui est chargé du suivi : le code de la personne, son prénom, sa date de naissance, le numéro de téléphone où la joindre et/ou son email, et ses disponibilités pour la prise de contact.

Au total, 3.867 participants de l'enquête de santé ont marqué leur accord pour participer à l'enquête de santé bucco-dentaire.

10. SUIVI DU TRAVAIL DE TERRAIN

Un suivi assidu du travail de terrain est une condition indispensable pour la réussite d'une enquête. Il garantit non seulement que les objectifs soient réalisés (nombre d'enquêtes prévus par Région), mais aussi que les enquêtes soient menées conformément à la procédure préétablie. L'instrument par excellence pour permettre un suivi minutieux de la progression du travail des enquêteurs est la « feuille de contact » qui est utilisée par défaut à la DG Statistique et qui a été quelque peu modifiée pour répondre à la spécificité de l'enquête de santé (compte tenu du remplacement des ménages non-participants). La feuille de contact est informatisée afin que les données puissent être analysées dès leur réception.

Concrètement, pour chaque tentative de contact avec chaque ménage de leur liste, les enquêteurs devaient indiquer les informations suivantes sur la feuille de contact : la date, l'heure et le moyen de contact (téléphone, visite), le résultat de la tentative de contact et le statut temporaire ou définitif des ménages. La feuille de contact devait être renvoyée au moins une fois par semaine sur le serveur central de la DG Statistique. Ceci permettait d'avoir une mise à jour hebdomadaire de l'avancement du travail de terrain et d'en discuter lors d'une réunion hebdomadaire de suivi.

Au cours des réunions de suivi, la progression du travail de chaque enquêteur était dûment vérifiée. Les enquêteurs qui présentaient des profils singuliers (par exemple ceux qui réalisaient moins d'enquêtes par rapport aux autres, mais aussi ceux qui s'avéraient être trop rapides pour terminer les enquêtes) étaient examinés de plus près. La feuille de contact permettait de vérifier si l'approche utilisée par ces enquêteurs était différente de celle décrite dans la procédure standard. Les enquêteurs inactifs ou trop lents étaient contactés pour en connaître les raisons. Si la situation ne s'améliorait pas, les enquêteurs étaient remplacés ; les ménages de leur groupe étaient alors assignés à un autre/nouvel enquêteur.

Peu de temps après l'enquête, un formulaire de contrôle de qualité était envoyé aux ménages participants (en même temps qu'un chèque-cadeau de 10 €). Ce formulaire d'évaluation permettait d'établir si le ménage avait effectivement été contacté et interrogé dans le cadre de l'enquête de santé, et si l'enquêteur avait procédé conformément aux instructions de travail, etc. Selon les réponses renvoyées par les ménages, aucune dérogation ou faute systématique n'est apparue dans le travail des enquêteurs.

11. GESTION ET CONTRÔLE DES DONNÉES

Lorsque les informations collectées (via les questionnaires) par les enquêteurs auprès des participants étaient transférées à la DG Statistique, diverses étapes étaient mises en œuvre pour constituer une base de données cohérente et harmonisée. Pour ce faire, 5 fichiers de données étaient couplés :

- Les données de l'échantillonnage (issues du Registre national)
- Les données de l'interview en face à face (via CAPI)
- Les informations provenant de la feuille de contact (via CAPI)
- Les données du questionnaire auto-administré (après encodage)
- Les données de la codification des professions et des industries (initialement un champ de texte inclus dans le CAPI, plus tard converti en codes CITP et NACE)

La clé pour intégrer ces différents fichiers en une seule base de données était le numéro d'identification individuel, numéro propre à l'enquête de santé et attribué à chaque individu dans un ménage sélectionné avant le début de l'enquête. Bien qu'extrêmement important, ce seul numéro n'était pas suffisant pour parvenir à l'intégration parfaite de ces cinq fichiers. On ne pouvait en effet pas exclure qu'un numéro d'identification soit mal utilisé dans un des fichiers (par exemple, un même numéro d'identification erronément utilisé pour des individus différents dans deux fichiers différents).

L'harmonisation des différents fichiers a été élaborée en plusieurs étapes :

- Contrôle du fichier de données CAPI. La première étape consistait à vérifier, sur base du prénom et de la date de naissance des individus, si le numéro d'identification encodé dans le fichier CAPI correspondait bien aux informations provenant du Registre national. Dans un nombre limité de cas, c'est-à-dire pour les ménages où une correspondance n'avait pas pu être établie, la raison de l'incohérence a été recherchée. La majorité de ces inconsistances provenait du fait que (1) de nouveaux membres faisaient partie du ménage, (2) des personnes avaient quitté le ménage, et (3) les enquêteurs ont changé des informations pré-encodées sur les ménages dans le questionnaire CAPI. L'ensemble de ces problèmes a pu être résolu.
- Contrôle des données de la feuille de contact. Une deuxième vérification consistait à examiner, pour chaque ménage noté comme participant dans la feuille de contact, si des informations du CAPI étaient présentes et, à l'inverse, lorsque des données étaient présentes, vérifier si le statut « participant » était indiqué dans la feuille de contact pour ce ménage.
- Contrôle des données du questionnaire auto-administré. C'est à ce niveau qu'il y a eu le plus de problèmes, vu que l'enquêteur devait lui-même inscrire le numéro d'identification individuel sur le questionnaire papier. En cas d'incompatibilité des numéros d'identification, il s'est toutefois avéré possible de coupler certains auto-questionnaires avec les données CAPI sur base des informations inscrits par l'enquêteur sur la page de garde du questionnaire avant de le remettre au participant, c'est-à-dire le prénom de l'individu, la date de l'interview et le numéro d'enquêteur. Les auto-questionnaires « orphelins » pour lesquels aucune information provenant du CAPI n'a été enregistrée ont été exclus de la base de données.
- Contrôle des codes des professions et industries. Lorsque les codes relatifs au travail et à l'industrie ont été saisis, la vérification consistait à comparer la description de ceux-ci avec les informations collectées (texte libre) dans le fichier CAPI.
- La dernière étape avant d'entreprendre l'analyse des données à proprement parler visait à vérifier si les informations concernant les ménages étaient valides. Il fallait s'assurer que (1) seulement un ménage par grappe (de 2 fois 4 ménages : soit le premier cluster et le cluster de remplacement) ait participé et (2) qu'au moins la personne de référence dans ce ménage ait participé à l'enquête. C'est après toutes ces étapes que l'on a pu finalement établir que la base de données comprend au total 10.829 personnes interrogées appartenant à 5.049 ménages « valides ».

12. PARTICIPATION

La participation à l'enquête de santé n'est pas obligatoire. Les ménages pouvaient dès lors refuser de prendre part à l'enquête. Le statut final de chaque ménage qui a été invité à participer a été soigneusement consigné. En 2013, 14.549 ménages ont reçu une invitation pour participer à l'enquête. Pour chacun de ces ménages, l'enquêteur devait fournir un compte rendu détaillé des tentatives de contact qu'il a entrepris auprès des ménages concernés (cf. la feuille de contact). Sur cette base, l'enquêteur attribuait un statut définitif à tous les ménages de sa liste, selon ces critères :

- L'adresse mentionnée dans la liste des ménages n'existe pas : ce statut pouvait être accordé si l'enquêteur avait effectivement tenté de se rendre à l'adresse indiquée mais qu'il a découvert que le nom de la rue ou le numéro de maison ne semblait pas exister. Ce type d'erreur est rare et provient du Registre national.
- Le ménage ne réside pas à l'adresse mentionnée : ce statut était utilisé si l'enquêteur avait des indications claires que, par exemple, la maison était en construction, ou était en ruine, ou qu'il y avait des signes tangibles que le ménage invité ne vivait pas à cette adresse. Ici, ce n'était pas suffisant de simplement constater, par exemple, que le nom sur la sonnette ne correspondait pas au nom du ménage de la liste. L'enquêteur devait sonner, le cas échéant, pour vérifier ce qu'il était advenu du ménage invité (possible qu'il ait déménagé récemment).
- Le ménage ne répond pas aux critères de sélection : comme mentionné, certains critères excluaient la participation à l'enquête : lorsque les personnes étaient domiciliées dans une institution psychiatrique, un établissement pénitencier ou une communauté monastique.
- Le ménage n'est pas joignable : ce statut était octroyé par l'enquêteur après au moins cinq tentatives infructueuses de prise de contact avec un ménage. Ces tentatives de contact devaient

toutefois impliquer au moins une visite à domicile et se faire à différentes heures de la journée (matin, soir) et au cours de différents jours de la semaine (weekends compris).

- Le ménage refuse de participer : le fait que la participation à l'enquête de santé soit volontaire était stipulé dans la lettre d'invitation envoyée aux ménages. Ainsi, lorsqu'un ménage refusait explicitement de participer, l'enquêteur notait ce statut avec, si possible, la raison du refus (il était cependant facultatif de noter la raison).
- Le ménage participe : ce statut signifie en principe que tous les membres sélectionnés pour l'interview dans ce ménage, éventuellement par le biais d'un proxy, prenaient part à l'enquête (les refus intra-ménage étaient rarissimes).

Tableau 1 | Statut définitif en ce qui concerne la participation des ménages invités, Enquête de santé, Belgique, 2013

	Nombre	%
L'adresse n'existe pas	49	0,5
Le ménage ne réside pas à l'adresse mentionnée	246	2,5
Le ménage ne répond pas aux critères de sélection	9	0,1
Le ménage n'est pas joignable	497	5,1
Le ménage refuse de participer	3.801	39,4
Le ménage participe	5.049	52,3
Total	9.651	100,0

Le taux de participation est calculé en établissant le rapport entre le nombre de ménages participants divisé par la somme du nombre de ménages participants et de refus, soit : $5.049 / (3.801 + 5.049) = 57\%$. L'évolution du taux de participation au cours des années d'enquête figure dans le tableau 2.

Tableau 2 | Evolution du taux de participation selon les années de l'enquête de santé (1997 – 2013)

	Ménages participants		Ménages ayant refusé		Nombre total de ménages effectivement contactés
	Nombre	%	Nombre	%	
1997	4.664	57,5	3.455	42,5	8.119
2001 ¹	5.530	61,3	3.497	38,7	9.027
2004 ^{1,2}	6.530	61,2	4.135	38,8	10.665
2008 ^{1,2}	5.809	55,0	4.764	45,0	10.573
2013 ²	5.049	57,1	3.801	42,9	8.850

1 Enquête avec un suréchantillonnage provincial

2 Enquête avec un suréchantillonnage des personnes âgées

Par rapport à l'enquête de santé précédente, le taux de participation a légèrement augmenté (de 55,0% en 2008 à 57,1% en 2013), bien qu'une réelle comparaison soit difficile, notamment parce qu'en 2004 et en 2008, la population âgée de 65 et plus a été surreprésentée dans les échantillons de l'enquête. Le taux de participation actuel est néanmoins resté inchangé par rapport à celui enregistré en 1997.

13. COMPOSITION DE LA POPULATION D'ÉTUDE

L'objectif fixé était d'interroger 10.600 personnes dans le cadre de l'enquête de santé en 2013. L'échantillon de base (réalisé) devait se composer de 3.500 répondants pour chacune des Régions flamande et wallonne et 3.000 répondants pour la Région bruxelloise. En Région wallonne, 300 participants au moins devaient provenir de la Communauté germanophone. Compte tenu de la surreprésentation de 600 personnes dans la province de Luxembourg, le nombre total de participants prévus en Région wallonne était de 4.100 participants (3.500 + 600).

Composition par région

Le tableau 3 montre la répartition de la population interrogée selon les Régions (de résidence). Les objectifs en termes du nombre d'interviews à réaliser ont été atteints à tous les niveaux définis. Dans chacune des Régions, le nombre de répondants est légèrement supérieur à celui initialement escompté. C'est presque inévitable étant donné la complexité du plan d'échantillonnage et des procédures utilisées pour effectuer le travail de terrain.

Tableau 3 | Comparaison entre le nombre de ménages prévu et participant en fonction du lieu de résidence (Région), Enquête de santé, Belgique, 2013

Région	Prévu	Interrogé	Différence
Région flamande	3.500	3.512	+ 12
Région bruxelloise	3.000	3.103	+ 103
Région wallonne	4.100	4.214	+ 114
Communauté Germanophone	(300)	(306)	(+6)
Luxembourg (base + sur échantillonnage)	(300 + 600)	(944)	(+ 44)
Total	10.600	10.829	+ 229

Composition selon l'âge de la population d'étude

Le tableau 4 donne un aperçu de la répartition des répondants par groupe d'âge pour l'enquête de santé de 2013. Cette distribution reflète plus ou moins la structure par âge de la population recensée dans chaque Région individuelle, mais pas pour l'ensemble du pays, vu la surreprésentation à Bruxelles.

- La distribution par âge des répondants résulte de la méthode d'échantillonnage appliquée dans l'enquête de santé (sélection de villes/municipalités, sélection des ménages, sélection des membres du ménage). L'application de cette méthode fait que le nombre d'enfants est quelque peu sous-estimé.
- Le nombre de répondants par Région ne reflète pas la distribution de la population en Belgique, mais il est basé sur le nombre d'interviews à réaliser défini dans le protocole d'accord avec les commanditaires de l'enquête et, spécifiquement en Région wallonne, sur la surreprésentation de la province de Luxembourg.

Pour estimer les indicateurs de santé, il est donc nécessaire de travailler avec différents « poids » pour rétablir la représentativité de chaque répondant dans l'échantillon étudié en fonction de la composition réelle de la population en Belgique.

Tableau 4 | Distribution des répondants selon l'âge et par Région, Enquête de santé, Belgique, 2013

Age des répondants	Région flamande		Région bruxelloise		Région wallonne		Echantillon total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
0 – 14	521	14,8	571	18,4	624	14,8	1.715	15,8
15 – 24	332	9,5	344	11,1	475	11,3	1.151	10,6
25 – 34	396	11,3	510	16,4	500	11,9	1.404	13,0
35 – 44	519	14,8	465	15,0	538	12,8	1.522	14,0
45 – 54	505	14,4	431	13,9	622	14,8	1.559	14,4
55 – 64	494	14,1	355	11,4	601	14,3	1.450	13,4
65 – 74	368	10,5	207	6,7	457	10,8	1.030	9,5
75 +	377	10,7	220	7,1	397	9,4	995	9,2
Total	3.512	100	3.103	100	4.214	100,00	10.829	100,0

Composition selon la taille des ménages

Un tiers des répondants appartient à des ménages de 4 membres ou plus. La distribution des ménages selon leur taille est très semblable dans les Régions flamande et wallonne. En Région bruxelloise, le nombre de répondants faisant partie de grands ménages (4 personnes ou plus) est cependant plus important (41,2 % de tous les répondants de la Région bruxelloise).

Tableau 5 | Distribution de la population d'étude selon la taille des ménages et par Région, Enquête de santé, Belgique, 2013

Taille du ménage (personnes)	Région flamande		Région bruxelloise		Région wallonne		Echantillon total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
1	512	14,6	553	17,8	698	16,6	1.763	16,3
2	1.147	32,7	742	23,9	1.205	28,6	3.094	28,6
3	658	18,7	529	17,1	808	19,2	1.995	18,4
4+	1.195	34,0	1.279	41,2	1.503	35,7	3.977	36,7
Total	3.511	100	3.103	100	4.214	100	10.829	100

Composition selon le type de ménage

Les répondants de l'enquête proviennent le plus souvent d'un ménage défini comme « couple avec enfants » (41,3% d'entre eux). Un cinquième des répondants vivent en couple sans enfants (21,5%) et 16,3 % des répondants sont « isolés » (ménage d'une personne). Un peu plus de 11% des répondants appartiennent à une famille monoparentale.

Tableau 6 | Distribution de la population d'étude selon le type de ménage et par Région, Enquête de santé, Belgique, 2013

Type de ménage	Région flamande		Région bruxelloise		Région wallonne		Echantillon total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Une personne	512	14,6	553	17,8	698	16,6	1.763	16,3
Monoparental	278	7,9	432	13,9	492	11,7	1.202	11,1
Couple sans enfant	944	26,9	492	15,9	892	21,2	2.328	21,5
Couple avec enfant	1.513	43,1	1.251	40,3	1.715	40,7	4.479	41,3
Autre/inconnu	265	7,6	375	12,1	417	9,9	1.057	9,8
Total	3.512	100	3.103	100	4.214	100	10.829	100

Composition selon la nationalité

Dans l'enquête de 2013, 14,1 % des personnes interrogées n'ont pas la nationalité belge. Le nombre de non-Belges varie selon la Région (voir tableau 7). Dans la Région bruxelloise, un tiers des répondants n'ont pas la nationalité belge. Cela inclut les ressortissants européens (EU : 19,7%) et les ressortissants de pays en dehors de l'Union Européenne (non-EU : 12,5%).

Tableau 7 | Distribution de la population d'étude selon la nationalité et par région, Enquête de santé, Belgique, 2013

Nationalité	Région flamande		Région bruxelloise		Région wallonne		Echantillon total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Belge	3.318	94,5	2.102	67,8	3.871	91,9	9.291	85,9
Européen (EU)	103	2,9	611	19,7	262	6,2	976	9,0
Non-Européen	89	2,5	387	12,5	79	1,9	555	5,1
Total	3.510	100	3.100	28,7	4.212	100	10.822	100

14. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

Les résultats de l'enquête de santé sont présentés au travers d'une série d'indicateurs dans différents domaines liés à la santé et répartis en 5 rapports distincts.

Les résultats rapportés sont pondérés pour refléter au mieux la population de Belgique. L'utilisation des facteurs de pondération est nécessaire compte tenu du plan d'échantillonnage complexe adopté pour l'enquête (comprenant une stratification régionale, une stratification par âge, une surreprésentation provinciale, une sélection de personnes au sein d'un même ménage), ce qui fait qu'il ne s'agit pas d'un échantillon aléatoire simple.

Le principe fondamental d'un échantillon aléatoire simple est que chaque personne sélectionnée représente, en dehors d'elle-même, un groupe de la population qui présente les mêmes caractéristiques qu'elle, mais qui n'a pas été sélectionné. Toute personne sélectionnée grâce à un échantillonnage aléa-

toire simple – par exemple, pour un échantillon de 1% de la population – représente un groupe de cent personnes dans cette population. Le coefficient de pondération accordé à cette personne est donc inversement proportionnel à sa probabilité de sélection ($1/100 =$ possibilité de sélection, $100/1 =$ le poids).

Si l'on s'écarte de ce principe, par exemple dans le cas où l'on décide au préalable de sélectionner proportionnellement plus de résidents en Région bruxelloise ou dans la province de Luxembourg, alors un résident de Bruxelles a plus de chance d'être sélectionné par rapport à un résident de la Région flamande, et un résident de la province du Luxembourg a une probabilité de sélection supérieure à celle des résidents des autres provinces. Cette probabilité de sélection inégale rend l'utilisation de coefficients de pondération individuels nécessaire pour obtenir des résultats qui soient représentatifs de la population aux niveaux de la Belgique, des régions et des provinces.

Pour l'estimation de la valeur des coefficients de pondération individuels, différents aspects sont pris en compte (pour plus de détails, voir le protocole de recherche de l'enquête 2013) :

- La probabilité de sélection au sein du ménage. Dans les ménages de 4 personnes ou moins, tous les membres sont sélectionnés pour participer à l'enquête. La probabilité de sélection pour chaque personne y est de 1 ; chaque personne se représente donc elle-même au sein du ménage. Dans des ménages de plus de 4 personnes la probabilité de sélection est différente. Vu que dans un tel cas, la personne de référence et le/la partenaire (le cas échéant) est d'office sélectionné(e), leur probabilité de sélection est de 1. Parmi les autres membres du ménage, deux seulement seront aussi sélectionnés pour l'interview. Leur probabilité de sélection est donc inférieure à 1.
- La distribution de l'échantillon selon le sexe, l'âge, la taille du ménage au niveau de la province.
- Le trimestre au cours duquel l'interview est réalisée. Afin d'éliminer les influences dues aux variations saisonnières, et parce que le nombre d'interviews réalisé varie d'un trimestre à l'autre, le trimestre est pris en compte dans le calcul du coefficient de pondération.

L'estimation des coefficients de pondération s'est faite en référence aux données de population arrêtées au 01/01/2013.

Belgique et les régions

La présentation des résultats pour chacun des indicateurs liés à la santé se fait de manière structurée. Ainsi, les résultats de l'enquête sont décrits au niveau de la Belgique dans son ensemble et au niveau de chacune des trois Régions. A chaque niveau, les résultats sont décrits en fonction de toute une série de caractéristiques (sociodémographiques) de base.

Le sexe et l'âge

Les résultats sont présentés pour les hommes et les femmes ainsi qu'en fonction de groupes d'âge. Pour la plupart des indicateurs, un graphique est aussi produit montrant la distribution par âge, séparément selon le sexe. Les chiffres mentionnés dans le texte sont toujours des résultats bruts (mais pondérés!).

L'âge et le sexe sont souvent des déterminants majeurs en ce qui concerne les indicateurs de santé. Pour pouvoir interpréter correctement des différences observées pour un indicateur entre des groupes de population (par exemple en fonction de la région de résidence, du degré d'urbanisation, du niveau d'éducation), il est nécessaire de neutraliser l'effet potentiel de l'âge et/ou du sexe qui pourrait fausser l'interprétation des résultats. Imaginons par exemple qu'un indicateur donné soit plus fréquent parmi les personnes moins instruites que parmi celles ayant suivi une éducation universitaire. Cette différence n'est peut-être pas liée au niveau d'éducation en soi, mais pourrait très bien être due au fait qu'il y ait plus de femmes âgées au sein du groupe n'ayant pas bénéficié d'un niveau de scolarité élevé. Ce serait donc peut-être l'âge et/ou le sexe qui serait le facteur discriminant, et non pas le niveau d'éducation.

Pour déterminer si une différence est statistiquement significative ou non, des régressions logistiques (pour les variables binaires) et des régressions linéaires (pour les variables continues) ont été utilisées. Pour estimer l'effet d'un déterminant (le niveau d'éducation par exemple) sur un indicateur de santé

après un ajustement pour l'âge et le sexe, on utilise des modèles de régression dans lesquels l'âge et le sexe sont inclus comme co-variables du déterminant dans l'équation. Dans certains cas, on rapporte aussi ce qu'on appelle le risque relatif, qui rend compte de l'importance relative de la prévalence (combien de fois la prévalence est plus grande) dans le groupe à risque (par exemple, à faible niveau d'éducation) par rapport au groupe de référence (par exemple, ayant un niveau d'éducation supérieur). Le risque relatif a été calculé par le biais de modèles log-binomiaux.

Niveau d'éducation

Les résultats sont aussi présentés en fonction du niveau d'éducation. L'éducation est utilisée comme reflétant le niveau socio-économique du ménage et des membres qui le composent. Cet indicateur tient compte du plus haut niveau d'éducation atteint dans le ménage entre la personne de référence et son/sa partenaire. Ce niveau d'éducation est ensuite attribué à chacun des membres du ménage.

Dans le texte du rapport on peut parfois lire que « x % des personnes ayant fait des études supérieures souffre d'une limitation fonctionnelle » ; l'interprétation correcte est que « x % des personnes issues d'un ménage dont le plus haut degré de qualification atteint entre la personne de référence et son partenaire est un diplôme de l'enseignement supérieur ». Pour la lisibilité du texte, on a souvent opté de ne pas utiliser ces descriptions complexes. Le niveau d'éducation est connu pour la grande majorité des personnes interrogées, mais il arrive que l'on ait pas de réponse à ces questions pour certains répondants (données manquantes).

Degré d'urbanisation

Enfin, les résultats sont présentés en fonction du degré d'urbanisation de la commune de résidence. Cette information ne provient pas de l'enquête elle-même, mais a été rajoutée dans la base de données par après, selon la commune de résidence des répondants. La variable est issue de « l'enquête socio-économique » de 2001 et est basée sur une série de caractéristiques morphologiques et fonctionnelles des communes. Pour les résultats au niveau de la Région bruxelloise, cette variable n'apparaît pas car toutes les communes y sont considérées comme « zones urbaines ».

Evolution au cours du temps

Parce que certaines questions de l'enquête de santé de 2013 sont identiques à celles des enquêtes précédentes, il est possible dans ce cas de comparer les résultats dans le temps.

Analyses complémentaires

Si nécessaire, des analyses supplémentaires ont été réalisées et rapportées dans le texte, notamment avec d'autres variables que celles qui sont présentées dans les tableaux de base (par exemple nationalité, niveau d'éducation personnel...).

Tableaux de base

Les tableaux de base présentés dans ce rapport reprennent les résultats bruts (pondérés) que ce soit sous forme de proportions ou de moyennes, ainsi que les résultats standardisés, pour l'ensemble des indicateurs étudiés.

Les indicateurs sont présentés en fonction de certaines variables de base : le sexe, les groupes d'âge, le niveau d'éducation et le degré d'urbanisation. Si l'indicateur peut être calculé pour les enquêtes précédentes, les résultats sont aussi présentés pour chacune des années où c'est possible.

Les tableaux de base présentent à la fois des taux bruts et des taux standardisés. Les taux bruts correspondent à la situation réelle, c'est-à-dire la proportion de personnes avec la condition donnée dans le groupe de population étudié. Cette information est essentiellement descriptive et doit être interprétée avec caution lorsqu'il est question de faire des comparaisons entre les sous-groupes de population. Par exemple, un taux plus élevé à Bruxelles qu'en Flandre pour un indicateur de santé donné pourrait s'expliquer par le fait d'un plus grand nombre relatif de personnes âgées vivant en Région bruxelloise qu'en Région flamande. C'est la raison pour laquelle des taux standardisés figurent dans les tableaux de base : ils permettent de comparer les sous-groupes de population ajustés sur base de l'âge et du sexe. C'est-

à-dire qu'il s'agit dans ce cas des taux qui seraient obtenus dans les différents sous-groupes si ceux-ci comptaient tous le même nombre d'hommes et de femmes, et avaient la même structure d'âge. Il peut arriver, dès lors, que des différences observées au niveau des taux bruts disparaissent lorsque l'on examine les taux standardisés. Ceci est dû au fait que ces différences étaient quasi exclusivement dues aux variations dans la distribution par âge et par sexe entre les deux groupes de population qui faisaient l'objet de la comparaison.

Les tableaux de base indiquent un intervalle de confiance (de 95%) pour chaque résultat. Ces intervalles représentent les valeurs limite entre lesquelles on a 95% de chance de trouver la valeur de cet indicateur si l'on tirait autant d'échantillons possibles dans cette même population. L'intervalle de confiance donne une idée du niveau de précision du résultat ; il permet aussi d'estimer (grossièrement) si des différences de taux observées entre des sous-groupes de population sont statistiquement significatives. En effet, si les intervalles de confiance pour un indicateur dans chacun des sous-groupes ne se chevauchent pas, on peut conclure que les différences sont statistiquement significatives. Inversement, si ces intervalles se chevauchent, il est plus difficile de tirer une conclusion probante. Dans les deux cas, il est préférable de réaliser un test statistique (régression multiple) pour vérifier si la différence entre les deux groupes est significative.

© Institut Scientifique de Santé Publique
DIRECTION OPÉRATIONNELLE
SANTÉ PUBLIQUE ET SURVEILLANCE
rue Juliette Wytsman 14
1050 Bruxelles | Belgique
www.wiv-isp.be

Editeur responsable: Dr Johan Peeters
Numéro de dépôt: D/2015/2505/23