

---



# **Enquête de Santé par Interview Belgique 2001**

---



## **Livre 1 Méthodologie**



**Section d'Epidémiologie  
Rue Juliette Wytsman, 14  
1050 Bruxelles**

**Tél : 02/642.57.94**

**e-mail [his@iph.fgov.be](mailto:his@iph.fgov.be)**

**[http://www.iph.fgov.be/epidemie/epifr/  
index4.htm](http://www.iph.fgov.be/epidemie/epifr/index4.htm)**

**Equipe de recherche :**

**Jamila Buziarsist  
Stefaan Demarest  
Lydia Gisle  
Jean Tafforeau  
Johan Van der Heyden  
Herman Van Oyen**

**Avec la collaboration de :**

**Pieter-Jan Miermans  
Francis Sartor**

**Equipe logistique :**

**Monique Schoonenburg  
Véronique Verhocht**

# Table des Matières

## LIVRE 1 :

	<i>Pages</i>
<b>Introduction</b> .....	<b>5</b>
<b>Méthodologie</b>	
<b>I. Contenu du Questionnaire</b> .....	<b>6</b>
<b>II. Constitution de l'Echantillon</b> .....	<b>9</b>
<b>III. Présentation des Différents Intervenants</b> .....	<b>16</b>
<b>IV. Organisation du Travail sur le Terrain</b> .....	<b>18</b>
<b>V. Réseau d'Enquêteurs</b> .....	<b>20</b>
<b>VI. Contrôles de Qualité</b> .....	<b>24</b>
<b>VII. Degré de Participation</b> .....	<b>28</b>
<b>VIII. Facteurs de Pondération</b> .....	<b>34</b>
<b>IX. Tableaux de Base</b> .....	<b>36</b>
<b>X. Population de l'Etude</b> .....	<b>41</b>

## LIVRE 2 :

<b>1. Etat de Santé</b> .....	<b>45</b>
<b>1.1. Santé Subjective</b> .....	<b>47</b>
<b>1.2. Santé Physique</b> .....	<b>81</b>
<b>1.2.1. Maladies et Affections Chroniques</b> .....	<b>81</b>
<b>1.2.2. Affections Aiguës</b> .....	<b>237</b>
<b>1.3. Santé Mentale</b> .....	<b>307</b>
<b>1.4. Limitations de l'Activité et Restriction de la Participation</b> .....	<b>419</b>

## LIVRE 3 :

<b>2. Style de Vie</b> .....	<b>627</b>
<b>2.1. Activités Physiques</b> .....	<b>629</b>
<b>2.2. Nutrition</b> .....	<b>699</b>
<b>2.2.1. Etat Nutritionnel</b> .....	<b>699</b>
<b>2.2.2. Habitudes Nutritionnelles</b> .....	<b>769</b>
<b>2.3. Consommation d'Alcool</b> .....	<b>877</b>
<b>2.4. Consommation de Tabac</b> .....	<b>951</b>
<b>2.5. Usage de Drogues Illicites</b> .....	<b>1037</b>
<b>2.6. Santé et Sexualité</b> .....	<b>1081</b>

# Table des Matières

*Pages*

## **LIVRE 4 :**

<b>3. Prévention .....</b>	<b>1131</b>
3.1. Vaccination chez les Adultes .....	1133
3.2. Prévention Cardiovasculaire .....	1201
3.3. Dépistage du Diabète .....	1277
3.4. Dépistage du Cancer du Sein .....	1319
3.5. Dépistage du Cancer du Col de l'Utérus .....	1375

## **LIVRE 5 :**

<b>4. Consommation de Soins .....</b>	<b>1401</b>
4.1. Contacts avec des Professionnels de la Santé .....	1403
4.1.1. Contacts avec le Médecin Généraliste .....	1403
4.1.2. Contacts avec le Médecin Spécialiste .....	1533
4.1.3. Contacts avec le Service des Urgences .....	1629
4.1.4. Contacts avec le Dentiste .....	1679
4.1.5. Contacts avec les Professionnels Paramédicaux .....	1733
4.2. Hospitalisation .....	1773
4.3. Consommation de Médicaments .....	1857
4.4. Satisfaction du Patient .....	1985
4.5. Thérapies Non-Conventionnelles .....	2077

## **LIVRE 6 :**

<b>5. Santé et Société .....</b>	<b>2139</b>
5.1. Accès aux Soins de Santé .....	2141
5.2. Différences Socio-Economiques en Matière de Santé .....	2187
5.3. Santé et Environnement .....	2193
5.4. Accidents, Sécurité Routière et Violence .....	2235
5.5. Santé Sociale .....	2339
5.6. Services Sociaux et Préventifs .....	2407



# Méthodologie



*Cette enquête a été réalisée à l'initiative de :*

**J. Tavernier**

*Ministre de la Protection de la Consommation, de la Santé Publique  
et de l'Environnement*

**J. Chabert**

*Ministre des Travaux Publics, du Transport, de la Lutte contre l'Incendie  
et de l'Aide médicale urgente de la Région Bruxelles-Capitale*

**T. Detienne**

*Ministre des Affaires Sociales et de la Santé de Région Wallonne*

**D. Gosuin**

*Ministre de l'Environnement et de la Politique de l'Eau, de la Conservation de la Nature  
et de la Propreté Publique, et du Commerce Extérieur de la Région Bruxelles-Capitale*

**N. Maréchal**

*Ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé de la Communauté Française*

**H. Niessen**

*Ministre de la Jeunesse et de la Famille, des Monuments et Sites, de la Santé  
et des Affaires Sociales de la Communauté Germanophone*

**F. Vandenbroucke**

*Ministre des Affaires Sociales et des Pensions*

**M. Vogels**

*Ministre de l'Aide Sociale, de la Santé et de l'Egalité des Chances de la Communauté Flamande*

## VI. Contrôles de Qualité

Un projet à grande échelle tel que l'Enquête de Santé nécessite un contrôle de qualité permanent, autant du processus (travail sur le terrain) que du produit (base de données).

### VI.1. Contrôle du Processus

Le travail sur le terrain est en partie 'contrôlé' par l'application du logiciel conçu lors de la composition de l'échantillon, l'activation des ménages et le remplacement éventuel des ménages (pour les ménages qui refusent ou qui sont indisponibles). Ce logiciel permet d'obtenir à tout moment un 'état des lieux' du travail sur le terrain.

Les informations qui sont utilisées pour ce faire proviennent des enquêteurs chargés du travail sur le terrain (formulaires de communication, formulaires récapitulatifs, questionnaires remplis).

La précision d'un 'état des lieux' dépend par conséquent de la manière selon laquelle les enquêteurs abordent le travail sur le terrain. Avec l'organisation de sessions de formation (voir ci-dessus) il a été tenté d'obtenir ainsi une harmonie maximale *standardisée* de ces procédures, pour faire en sorte que les enquêteurs agissent d'une seule et même manière dans le contact des ménages, la réalisation de l'enquête et la communication avec le secrétariat de l'enquête.

L'envoi de bulletins périodiques d'information avait également comme objectif de standardiser au maximum les procédures. Enfin, les enquêteurs ont pu, dans les cas où ils étaient confrontés à des circonstances imprévues, demander une assistance technique et sur le contenu, autant au secrétariat qu'à l'équipe de recherche de l'ISP.

Pour obtenir une réponse (partielle) à la question de savoir si et dans quelle mesure les enquêteurs agissent conformément à la procédure prévue, un *contrôle de qualité* limité a été organisé dans le courant du dernier trimestre sur le travail sur le terrain, autant chez les ménages participants que chez ceux qui refusent. Ici, dans chaque groupe pour lequel un enquêteur était actif pendant le quatrième trimestre (n= 190), un contact téléphonique a été pris avec un ménage participant et avec un ménage refusant (au total 380 ménages). Pendant ce contact téléphonique, des informations ont été récoltées à l'aide d'un questionnaire structuré. Ces informations concernaient :

- La lettre d'introduction et le dépliant avec lequel les ménages sont invités pour participation à l'enquête
- Le premier contact de l'enquêteur avec les ménages
- L'interaction entre les enquêteurs et les personnes interrogées (pour les ménages participants) ou les raisons du refus de participer à l'enquête (pour les ménages qui refusent).

Au total, 249 ménages ont accepté de participer à l'Enquête du contrôle de qualité ; 164 ménages participant et 85 ménages qui refusent. Respectivement, 13 ménages participant à l'enquête et 48 ménages refusant, ont refusé de participer à l'enquête de qualité.

Concernant la lettre d'introduction et le dépliant – le premier contact important avec les ménages – on peut conclure que ceux-ci ne manquent pas leur objectif. Néanmoins, 66% des ménages qui refusent déclarent ne pas avoir reçu ces informations (affirmation douteuse). Le contenu de la lettre et l'objectif du questionnaire sont clairs, autant pour les ménages participants que pour ceux qui refusent. Plus d'un quart des ménages qui refusent doutent toutefois du caractère officiel du questionnaire.

Tableau 6.1. Relation entre les appréciations en ce qui concerne la lettre d'introduction et le dépliant avec le statut du ménage, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

	Ménages participants	Ménages qui refusent
Affirment avoir reçu la lettre d'introduction	86,5%	65,9%
Ont lu la lettre d'introduction	87,1%	83,6%
On trouve le contenu de la lettre compliqué	6,8%	5,4%
Comprennent l'objectif du questionnaire	94,9%	89,5%
Ont des questions quant au caractère du questionnaire	9,4%	25,6%

La manière selon laquelle les enquêteurs ont dû entrer en contact avec les ménages était libre, bien qu'il ait été souligné qu'un contact 'à domicile' résulterait probablement dans un plus grand nombre de ménages participants. Les résultats du bref questionnaire des ménages montrent toutefois que le premier contact avec les ménages participants (par la suite) était un contact téléphonique.

Tableau 6.2. Relation entre le mode de contact avec le ménage avec le statut du ménage, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

	Ménages participants	Ménages qui refusent
Contact téléphonique	52,2%	48,6%
Contact direct 'à domicile'	37,3%	42,9%
Laisser une carte de visite	9,3%	7,1%

La manière selon laquelle les enquêteurs ont travaillé, est perçue positivement par les ménages (participants): 98% de ces ménages a indiqué que l'enquêteur était attentif et poli, 98% ont apprécié la flexibilité des enquêteurs pour la prise d'un rendez-vous, 97 % ont apprécié la ponctualité avec laquelle l'enquêteur avait respecté les rendez-vous pris, ainsi que 97% des ménages qui indiquent que la vitesse à laquelle le questionnaire a été passé en revue était adéquate. Un pourcentage identique a déclaré – si nécessaire – avoir reçu des informations complémentaires à des questions difficiles et a affirmé que l'enquêteur avait effectué son travail comme il fallait. 89% des ménages participants ont indiqué que, dans le cas où ils devraient refaire le questionnaire, ils participeraient à nouveau. Les autres ménages ont affirmé que ce serait surtout la durée de l'enquête qui pourrait poser un problème de participation à l'enquête.

Le manque d'intérêt et/ou de temps sont les principales raisons pour lesquelles les ménages invités n'ont pas souhaité participer à l'enquête. Le caractère confidentiel des informations (santé) demandées a souvent été évoqué comme raison de refus.

Tableau 6.3. Aperçu des raisons de refus de participer à l'enquête, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

Je n'avais pas le temps pour participer	34,9%
Je n'aime pas confier des informations personnelles à d'autres.	22,0%
Je ne me sentais pas en état pour me laisser interviewer (vieux, malade,...)	21,2%
Participer à une enquête ne m'intéresse pas et m'ennuie.	19,5%
Normalement, j'aurais participé, mais les choses sont mal tombées.	18,3%
Je me sens gêné de parler de ma santé à un inconnu.	13,4%
Je n'ouvre la porte à personne et ne laisse personne entrer	6,1%
L'enquêteur/-trice ne me plaisait pas.	3,7%
J'ai hésité, ne sachant pas si les réponses resteraient confidentielles.	2,4%
Je doute de l'utilité d'une telle enquête.	2,4%
Autres raisons :	9,1%



Les principales conclusions de cette enquête de qualité sont les suivantes :

- La lettre d'invitation et le dépliant d'information sont primordiales lors du premier 'contact' avec le ménage. Tout doit dans le travail être organisé de sorte que le destinataire ouvre la lettre et la lise. Le caractère officiel et de base pour une politique de l'enquête doit être encore plus illustré.
- Un manque de temps et/ou d'intérêt sont les principales raisons de refus. Il sera probablement très difficile de changer cela. Ce qui peut par contre être abordé, c'est le développement de contre-arguments.
- Les enquêteurs ont mieux fait leur travail de manière exemplaire. L'intervention des enquêteurs n'a en aucun cas été une raison pour les ménages, éventuellement, de ne pas participer à l'enquête.
- La manière selon laquelle les enquêteurs prennent contact avec les ménages n'a que peu d'influence sur la participation. Il faut recommander également à l'avenir de leur laisser une liberté relative à ce sujet.

## VI.2. Contrôle du produit

Autant pendant le travail sur le terrain qu'après la fin de celui-ci, de nombreux fichiers sont créés et contrôlés en permanence. Les quatre fichiers principaux et essentiels sont :

1. Le fichier avec l'échantillon complet (ensemble des grappes de 4 ménages, voir ci-dessus);
2. Le fichier dans lequel les données en provenance des formulaires de communication sont enregistrées (nombre de tentatives de contact avec les ménages, statut temporaire ou définitif du ménage, nombre d'interviews effectuées,...). Ces informations sont essentielles pour activer des ménages au début de chaque trimestre et lors du remplacement de ménages qui refusent ou qui sont indisponibles;
3. Le fichier dans lequel les données en provenance des formulaires récapitulatifs sont conservées (information concernant le statut définitif du ménage, le nombre d'interviews réalisés, le nombre de questionnaires complétés,...);
4. Le fichier dans lequel les résultats du questionnaire sont introduits (questionnaire ménage, questionnaire face à face et écrit)

Les fichiers (1) et (2) sont très étroitement liés et forment le 'moteur' du travail sur le terrain. Les informations introduites dans le fichier (2) – par exemple indiquer qu'un ménage refuse de participer à une enquête – entraîne automatiquement l'activation d'un ménage de remplacement (c.-à-d. qu'un nouveau ménage recevra une invitation pour participer à l'enquête) dans le fichier (1).

Les fichiers (3) et (4) sont relativement indépendants, c.-à-d. qu'ils peuvent être modifiés sans que ceci n'ait de conséquences pour les fichiers (1) et (2). La principale raison pour cela est que les fichiers (1) et (2) sont gérés et modifiés au niveau *central* par le secrétariat de l'Enquête de Santé, tandis que les fichiers (3) et (4) sont adaptés dans les centres INS périphériques. En effet, outre le secrétariat central à Bruxelles, les centres INS de Gand, Anvers, Charleroi et Liège ont également été chargés de la collecte des questionnaires complétés et de l'informatisation des données. Les différents fichiers créés par les divers centres ont été assemblés à des moments précis en un seul fichier commun qui est ensuite transféré à l'ISP pour l'analyse.

### VI.2.1. Contrôle Vertical

Malgré l'informatisation poussée appliquée dans la réalisation du travail sur le terrain, les interventions humaines restent nécessaires : les informations présentes sur les formulaires de communication et les récapitulatifs doivent être reprises dans le fichier de données ainsi que les données du questionnaire... Les informations introduites doivent également parfois être confirmées par d'autres informations; ainsi un ménage peut être marqué comme participant sur le formulaire de communication, mais ceci ne pourra être confirmé qu'au moment de la réception des questionnaires (complétés). Pour vérifier si les informations correctes concernant chaque ménage activé (c.-à-d. un ménage qui a été invité à participer à l'enquête) étaient effectivement présentes, un contrôle dit *vertical* a été effectué.

Le principe du contrôle vertical était que pour chaque ménage activé, le *statut définitif* (participation, refus, indisponible) doit être connu.

Dans le cas d'un ménage *qui refuse* ou *est indisponible*, on vérifie si un *formulaire récapitulatif* est présent et s'il mentionne la raison du refus ou de l'indisponibilité. On vérifie également si les informations minimum à propos du logement de ce ménage sont mentionnées.

Dans le cas d'un ménage *participant*, on a contrôlé si, outre le formulaire récapitulatif, tous les questionnaires de tous les membres du ménage sélectionnés pour participer à l'enquête étaient présents. Il a également été vérifié si un nombre de données de base (date de l'enquête, taille du ménage, éventuelle raison de refus de participer d'un ou de plusieurs membres du ménage,...) étaient correctement mentionnées.

### **VI.2.2. Contrôle horizontal**

L'utilisation par un enquêteur ou par les membres d'un ménage sélectionnés d'un questionnaire à remplir nécessite l'introduction manuelle de données dans un fichier de données. Ce processus génère des erreurs inévitables, des incohérences entre ce que le questionnaire mentionne et ce qui est indiqué dans le fichier. Via un *contrôle horizontal*, on tente de minimiser de telles incohérences.

Par l'application de programmes spécifiques de contrôle, on recherche les incohérences dans les données et on contrôle le tout. On vérifie donc si ces incohérences sont dues à des écarts entre les questionnaires et le fichier de données ou si ces incohérences figuraient déjà sur le questionnaire. Dans le premier cas, les données (correctes) ont été introduites dans le fichier de données. Dans le deuxième cas, on a tenu compte de manière adéquate des incohérences permanentes dans l'analyse des résultats de l'enquête.