


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

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

LIVRE 2 :

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

LIVRE 3 :

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

Table des Matières

Pages

LIVRE 4 :

3. Prévention	1131
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 :

4. Consommation de Soins	1401
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 :

5. Santé et Société	2139
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

IX. Tableaux de base

Dans les chapitres suivants, les résultats de l'Enquête de santé 2001 sont examinés en détails. Ces résultats se situent à différents *niveaux* : le niveau du *ménage*, le niveau *individuel* et le niveau du *contact* avec les services de santé. Dans les tableaux de base, le lecteur pourra trouver des résultats bruts et pondérés (voir ci-dessus) en fonction d'un nombre limité de variables.

Ces résultats – une prévalence, une moyenne,.... – sont très informatifs et utiles, mais doivent être interprétés avec la prudence nécessaire. Les écarts entre les catégories distinctes – entre les hommes et les femmes par exemple – peuvent parfois être occultés ou exacerbés si d'éventuels écarts d'âge entre ces deux catégories sont pris en compte dans le calcul. Les résultats de telles analyses seront présentés dans les tableaux standardisés (par âge et par sexe) : voir ci-dessous.

Il a été choisi de reprendre une série limitée et fixe de variables indépendantes dans les tableaux de base. Ces variables sont expliquées dans ce chapitre, tout d'abord pour les tableaux au niveau *des individus*.

- **Sexe**
- **Age**

Dans l'Enquête de santé (questionnaire au niveau du ménage) la composition complète du ménage est enregistrée. Pour chaque membre du ménage – également pour ceux qui ne participeront pas à l'enquête – on demande aussi bien la date de naissance (jour, mois, année) que l'âge. La question sur l'âge ne sert ici que de contrôle de la date de naissance. L'âge noté par l'enquêteur n'est pas utilisé pour l'analyse. Pour calculer l'âge, la date de naissance est comparée avec la date de l'enquête (notée sur la page de garde du formulaire d'enquête). La différence entre les deux permet de calculer l'âge de la personne interrogée. Outre l'âge en nombre d'année, quelques catégories d'âge ont été construites. Pour les tableaux de base, on a opté pour une subdivision en 8 catégories d'âge. Dans certains modules toutefois, les questionnaires n'étaient d'application que pour les 15 ans ou plus.

- **Niveau d'instruction**

Le niveau d'instruction est considéré par l'OMS comme une variable importante pour permettre de différencier les personnes suivant leur état de santé (1). Les informations concernant le niveau d'instruction sont utilisées pour distinguer les personnes avec une position élevée dans la hiérarchie sociale de celles dans le bas de l'échelle (niveau socio-économique). Ce genre d'étude n'est cependant pas direct. On peut supposer bien entendu que des personnes plus éduquées disposent probablement de plus d'informations à propos de la promotion de la santé et les mettent en pratique. L'attention consacrée à ce sujet dans le cadre d'une Enquête de santé s'est portée surtout sur le lien qui existe entre le niveau d'instruction et le niveau de revenu/niveau de vie d'une part, et la cohésion entre le niveau de revenus/niveau de vie et l'état de santé d'autre part (donc une liaison indirecte entre le niveau d'instruction et l'état de santé) (2).

Pour déterminer l'indicateur "niveau d'instruction", on compare le diplôme le plus élevé obtenu soit de la personne de référence, soit de son/sa partenaire. La variable ET03 du questionnaire est utilisée si la formation est achevée et la variable ET02 (on prend sa valeur -1, soit un année d'étude inférieure que celle qui est actuellement en cours) si la formation n'est pas achevée. Pour les enfants âgés de 6 ans ou moins, la question concernant le niveau d'instruction ne se pose pas.

Le diplôme le plus élevé est attribué à tous les membres du même ménage. Le niveau d'enseignement est regroupé en 5 catégories.

Pour 10.624 personnes, le niveau d'instruction (de chaque personne) est connu (551 personnes n'ont pas souhaité répondre à la question du niveau d'instruction ou ne connaissaient plus ce niveau). Par ailleurs, 929 personnes interrogées ont 6 ans ou moins, de sorte que pour eux, la question du niveau d'instruction ne se pose pas.

L'attribution du plus haut niveau d'instruction à tous les membres du même ménage a deux conséquences importantes: (a) après l'application de cette procédure, le nombre de cas pour lesquels un niveau d'instruction est connu augmente (de 10.624 à 11.721), (b) on constate un 'transfert' vers les catégories d'instruction plus élevée.

Tableau 9.1: Nombre personnes (en %) du niveau d'instruction propre vers le plus haut niveau d'instruction au sein du ménage, Enquête de santé, Belgique, 2001.

Niveau d'instruction	Niveau d'instruction de chaque individu		Le plus haut niveau d'instruction au sein du ménage	
	%	Nombre absolu	%	Nombre absolu
Pas de diplôme	2,6	279	2,3	272
Enseignement primaire	21,8	2.313	13,4	1.568
Secondaires inférieures	22,2	2.359	18,8	2.201
Secondaires supérieures	27,6	2.931	30,1	3.529
Enseignement supérieur	25,8	2.742	35,4	4.151
Total	100	10.624	100	11.721

Il est probablement conseillé pour certaines analyses d'utiliser le diplôme de l'individu concerné plutôt que le plus haut diplôme au sein du ménage. Cependant, l'utilisation du plus haut diplôme est indiquée pour obtenir une description du niveau d'instruction de la population globale. Ceci garantit d'une part que les enfants peuvent être classés dans la catégorie de formation de leurs parents et ne tombent pas dans une catégorie vraisemblablement inférieure. En outre, l'application d'une telle procédure assure une réduction raisonnable du taux de non-réponse à la question des revenus propres.

• Niveau d'urbanisation

Les informations quant au niveau d'urbanisation des communes sélectionnées ne proviennent pas de l'Enquête de santé elle-même, mais ont été ajoutées ultérieurement au fichier de données. Pour ce faire, on a utilisé un travail publié dans « La Belgique – Diversité territoriale » (B. Mérenne, H. Van Der Haegen and E. Van Hecke – 1997) qui prend en compte toute une série de caractéristiques morphologiques et fonctionnelles des communes.

Pour les caractéristiques morphologiques, deux critères ont été utilisés : la densité de population et la part de l'espace occupée par le logement. Sur la base de ces deux critères, 3 groupes de communes ont été différenciés: celles à haut, moyen et faible degré (morphologique) d'urbanisation. Pour les caractéristiques fonctionnelles, trois critères ont été utilisés: la fonction commerciale, éducative et d'emploi. Sur cette base, on retrouve les communes avec un degré élevé, moyen ou faible d'urbanisation (fonctionnelle).

La combinaison des deux caractéristiques, a permis la formation de 9 catégories de communes. A côté de cela se sont rajoutées les communes centrales des zones urbaines les plus importantes et les zones explicitement rurales. Comme cette subdivision en onze catégories est trop détaillée dans le cadre d'une Enquête de santé, les groupes ont été ramenés à 4 catégories : la zone urbaine de Bruxelles-Capitale, les communes urbaines, les communes sub-urbaines et les communes rurales⁶.

⁶ Les tableaux de base pour les Régions flamande et wallonne comprennent – pour ce qui est du degré d'urbanisation – pas la catégorie 'Région de Bruxelles-Capitale'.

- **Année**

Lors de la composition de l'Enquête de santé 2001, la comparabilité avec les résultats de l'Enquête de santé 1997 a été mise à l'avant-plan. Chaque fois que c'était possible et souhaitable, l'enquête a utilisé un seul questionnaire afin de pouvoir comparer les résultats de 1997 et de 2001. Comme de nouveaux modules ont été ajoutés en 2001, une telle comparaison n'est pas possible pour tous les indicateurs de santé.

Certaines informations ont été recueillies au *niveau du ménage*: l'accessibilité des soins de santé, le logement, la santé et l'environnement. Pour les indicateurs repris, *au niveau du ménage*, les variables indépendantes suivantes ont été retenues :

- **Sexe**

Sexe de la personne de référence.

- **Age**

Age de la personne de référence.

- **Niveau d'instruction**

Voir ci-dessus.

- **Revenu équivalent du ménage**

L'utilisation du 'revenu' comme caractéristique socio-économique des ménages (ou des individus) est courante dans les enquêtes de santé. Néanmoins, un certain nombre de problèmes méthodologiques se posent pour l'évaluation de ce revenu. Tout d'abord, force est de constater que la question du revenu est une question très sensible. Les personnes interrogées ne sont pas très enclines à répondre à ce genre de question, ce qui entraîne un taux élevé de non-réponse pour cet item.

De plus, on peut supposer que la validité des réponses est plutôt faible ; nombreux sont ceux qui sous-estiment leur revenu par rapport à la réalité. Enfin, il n'est pas évident de comparer les revenus de différents ménages les uns avec les autres. En effet, des revenus identiques de ménages différents en taille et en composition sont-ils effectivement comparables ?

Autant dans la manière de poser la question du revenu que pour la construction de l'indicateur de revenu ("équivalent" du ménage), il a été tenu compte – dans la mesure du possible – des problèmes susmentionnés. Tout d'abord, dans l'introduction des questions à propos du revenu, il est clairement décrit ce que nous entendons dans notre enquête par revenu. L'enquêteur devait pour sa part souligner qu'ici, il s'agissait du "revenu mensuel total disponible du ménage", c.-à-d. les salaires nets et rémunérations des prestations effectuées (activité principale et éventuelles annexes) ou la moyenne nette –revenus d'entreprise pour les indépendants, les allocations sociales comme les allocations familiales, allocations de chômage, pensions, indemnités pour incapacité de travail (maladie et invalidité), accidents de travail, minimum vital et allocations du CPAS ainsi que les revenus complémentaires tels que loyers, rentes, intérêts... .

La somme de tous ces revenus pour toutes les personnes du ménage est considérée comme le revenu total disponible du ménage. Un taux éventuel de non-réponse pour l'élément 'revenu' a été évité en appliquant un algorithme pour ces questions spécifiques. On commence avec la question sur le revenu. Pour les ménages qui n'ont pas de problèmes, ce montant est enregistré. Dans le cas d'un ménage réticent à indiquer ce montant, la possibilité lui est offerte de seulement indiquer une catégorie de revenus. Pour les ménages qui n'acceptent pas non plus ce mode de cotation, les informations concernant le revenu ne sont pas disponibles pour l'analyse.

Pour les ménages où le revenu précis n'est pas connu, mais bien la catégorie, un processus d'imputation est effectué portant sur les revenus précis. Le système indique automatiquement, pour chaque ménage dont le revenu précis est connu, la catégorie de revenus. Sur base de cette valeur et du code, un revenu moyen par catégorie peut être calculé. Ce revenu moyen est alors imputé pour chaque catégorie de revenu.

Une deuxième phase consiste à appliquer une échelle d'équivalence, afin de pouvoir comparer les situations de revenus des ménages, qui peuvent fortement varier pour ce qui est de leur ampleur et de leur composition. Il existe de nombreuses échelles d'équivalence; l'OCDE (1982) a initialement proposé les pondérations suivantes: 1,0 pour le premier adulte dans le ménage, 0,7 pour les autres adultes et 0,5 pour les enfants. Vu que l'application de cette échelle est très rigide (de nombreux ménages dans les catégories inférieures, très peu de ménages dans les catégories les plus élevées), cette échelle a été modifiée ("Echelle OCDE modifiée"). Les pondérations deviennent : 1.0 pour le premier adulte dans le ménage, 0,5 pour tout adulte suivant et 0,3 pour les enfants. L'application d'une alternative – la racine carrée de la taille totale du ménage – donne des résultats similaires à la norme OECD modifiée (3).

En résumé, dans l'analyse des résultats de l'enquête, l'échelle d'équivalence suivante est appliquée:

- La personne de référence reçoit toujours la pondération '1'. Ceci implique que pour un ménage d'une personne, le revenu équivalent est égal au revenu indiqué pour le ménage;
- Chaque personne adulte supplémentaire au sein du ménage reçoit la pondération '0,5'. Chaque personne (autre que la personne de référence), à partir de 18 ans ou plus, est considérée comme personne adulte (certaines applications de l'échelle OCDE utilisent 14 ans comme "âge-seuil")
- Chaque enfant à charge reçoit la pondération '0,3'. Chaque personne (autre que la personne de référence) en dessous de 18 ans est considérée comme enfant.

Pour le calcul du revenu équivalent, le revenu indiqué est divisé par la somme des pondérations de chaque individu dans le ménage. Le revenu équivalent ainsi obtenu a ensuite été divisé en cinq catégories distinctes. Vu que le travail de terrain de l'enquête a été effectué en 2001, le questionnaire était encore en francs belges. Pour l'analyse et les rapports, ces mêmes montants ont été convertis en Euro.

Tableau 9.2 : Nombre de ménages (en %) selon le niveau de revenus (au niveau du ménage) pour et après imputation des données manquantes et après application de l'échelle d'équivalence, Enquête de santé, Belgique, 2001

	Résultats bruts		Après imputation de la moyenne		Après application de l'échelle d'équivalence	
< 500 €	47	1,1	55	1,1	206	4,2
500 - 750 €	408	9,5	433	8,9	886	18,3
750 - 1.000 €	679	15,8	741	15,3	1231	25,4
1.000 - 1.500 €	1152	26,8	1286	26,5	1627	33,6
> 1.500 €	2005	46,7	2334	48,1	899	18,5
Total	4291	100,0	4849	100,0	4849	100,0

Sur un total de 5.530 ménages participants, 1.239 ménages étaient réticents (558) ou opposés (681) à révéler le montant des revenus du ménage. Pour 4.291 ménages, la question des revenus n'a pas constitué un problème majeur. Dès lors, l'information sur les revenus de ces derniers ménages a été utilisée pour calculer une moyenne de revenus par catégorie (celles prédéfinies dans le questionnaire de l'enquête) et cette valeur moyenne a ensuite été ré-imputée aux ménages dont seule la *catégorie de revenus* était connue. 558 ménages ont par conséquent reçu le revenu moyen de la catégorie à laquelle ils avaient indiqué appartenir. Pour 681 ménages, aucune information n'était disponible concernant le revenu. Ces ménages n'ont donc pas été retenus pour les analyses ultérieures dans lesquelles le revenu est impliqué, et celles-ci se limiteront donc aux 4.849 ménages dont le revenu est connu.

- **Type de ménage**

Pour la création de la typologie de ménage, il a été tenu compte de critères tels que l'âge, la taille du ménage et la composition des générations. Ici, une distinction est faite entre les types suivants de ménages: "Célibataire", "Célibataire + enfant(s)", "Couple", "Couple + enfant(s)" et un "Ménage complexe". Un ménage complexe est chaque type de ménage qui ne peut pas être classé dans l'une des autres catégories. Chaque personne cohabitante de moins de 18 ans, ou de plus de 18 ans qui suit un enseignement de jour complet, est considérée comme enfant, avec la notion "enfant" en relation avec la personne de référence.

- **Année du questionnaire**

Voir ci-dessus

En principe, tous les tableaux de base sont composés cette série de variables décrite ci-dessus. Seuls des cas exceptionnels permettent de s'écarter de cette série définie de variables. C'est le cas lorsqu'il est jugé d'un intérêt exceptionnel de présenter une variable d'arrière-plan *supplémentaire*. L'aspect rationnel d'une telle décision sera expliqué dans la discussion des résultats de l'enquête.

Les taux bruts sont repris dans les tableaux de base (moyennes, proportions, ...). Ces résultats reflètent l'état réel, effectif de la situation. Cette information est purement descriptive.

Quel que soit l'intérêt pour cette information, elle doit être interprétée avec la plus grande prudence. Un exemple (fictif) permet d'illustrer ce propos: les résultats bruts (pondérés) montrent que la proportion de fumeurs chez les personnes rousses est de 50%, tandis que cette proportion est de 25% chez les personnes blondes. On pourrait donc en conclure que les personnes rousses fument deux fois plus que les personnes blondes. Ceci est a priori correct mais peut cacher aussi d'autres différences.

Supposons que l'on trouve chez les personnes rousses un grand nombre de personnes âgées, tandis que chez les personnes blondes la majorité soit des jeunes. Supposons aussi qu'il y ait plus d'hommes parmi les personnes rousses, tandis que chez les personnes blondes la majorité soit des femmes. Supposons que l'on trouve plus de fumeurs parmi les jeunes que parmi les personnes âgées. Supposons enfin qu'il y ait plus de fumeurs chez les hommes que chez les femmes.

Si l'on prend en compte toutes ces différences liées au sexe et à l'âge, et qu'on ajuste les groupes en fonction de ces caractéristiques, il est bien possible que la variation observée entre les personnes rousses et blondes disparaisse. Ces différences n'étaient en fait attribuables qu'à des variations dans la distribution par sexe et par âge des deux groupes étudiés.

En termes techniques, on dit que la relation entre la couleur de cheveux et la consommation de tabac est biaisée par les facteurs âge et sexe. Il existe différentes méthodes qui permettent de tenir compte de ces facteurs de confusion et d'effectuer entre les groupes des comparaisons qui ont un sens. Dans le présent rapport, le choix s'est porté sur la méthode de standardisation mathématique. Ce choix se justifie surtout par le fait qu'il est possible d'interpréter immédiatement le résultat obtenu, même pour un lecteur non averti en matière de statistique.

A côté des taux standardisés pour le sexe et pour l'âge (qui figurent dans les "Tableaux standardisés"), les tableaux présentent également les intervalles de confiance à 95%. L'intervalle de confiance donne les limites entre lesquelles la valeur de la mesure se trouverait dans 95% des cas si l'on tirait un ou plusieurs autres échantillons de la même taille dans la même population pour effectuer la même mesure. Outre l'information sur le niveau d'incertitude que cet intervalle donne, cela permet aussi de comparer aisément les mesures effectuées dans deux groupes de population indépendants et de vérifier si cette différence est significative. Dans ce cas, lorsque les intervalles de confiance ne se chevauchent pas, on peut conclure que la différence entre les valeurs étudiées est statistiquement significative. Quand les intervalles de confiance des deux valeurs se chevauchent, alors la différence n'est probablement pas significative.

Quoiqu'il en soit, il faut toujours être prudent dans l'interprétation des résultats et dans la généralisation de ceux-ci à l'ensemble de la population.