



Direction Opérationnelle Santé publique et surveillance | mars 2010 | Bruxelles, Belgique

N° de référence interne : 2010/006

N° de dépôt : D/2010/2505/09

ISSN 2032-9180

Rapport I : Etat de Santé

Résultats Principaux



Table des matières

Table des matières.....	2
Introduction	3
Santé subjective.....	5
Affections chroniques	7
Limitations	13
Douleur physique.....	17
Bien-être psychologique	19
Troubles émotionnels.....	21
Consommation de médicaments psychotropes	23
Comportements suicidaires.....	25
Santé bucco-dentaire.....	27
Etat nutritionnel.....	29
Méthodologie.....	31



Introduction

L'Enquête de Santé est réalisée à l'initiative des autorités politiques en charge de la santé

La quatrième Enquête Nationale de Santé a été menée en 2008. Les éditions précédentes de cette enquête ont eu lieu en 1997, 2001 et 2004. L'enquête de santé est réalisée à la demande des ministres compétents en matière de santé publique aux niveaux fédéral, régional et communautaire.

Six ménages invités sur dix ont pris part à l'enquête

La participation à l'enquête n'est pas obligatoire: parmi les 10.555 ménages sélectionnés qui ont pu être contactés par un enquêteur, 5.809 (55%) ont marqué leur accord de participation à l'enquête.

Les résultats donnent une image représentative de la santé de la population

Au total, 11.254 personnes ont été interrogées au moyen d'une interview structurée menée à domicile: 3.897 personnes résidant en Région Flamande, 3.351 personnes résidant en Région Bruxelloise et 4.006 personnes résidant en Région Wallonne. Des estimations représentatives au niveau du pays et de chacune des régions peuvent être obtenues grâce à la pondération des données récoltées.

Les résultats seront présentés dans six rapports séparés

- **Le rapport 1**, "Etat de santé", qui est présenté ce jour, porte sur les problèmes de santé physiques et mentaux auxquels la population se trouve confrontée et les conséquences qui en découlent sur le plan fonctionnel.
- **Le rapport 2**, "Style de vie et prévention", s'intéresse de près aux habitudes et modes de vie qui jouent un rôle dans le maintien de la santé, dans la prévention des troubles physique et dans l'amélioration du bien-être psychologique. Il aborde aussi certaines activités de prévention primaire et secondaire (*publication prévue pour avril 2010*).
- **Le rapport 3**, "Consommation des soins", se centre sur le recours aux soins de santé. Il s'agit notamment des contacts ambulatoires avec des prestataires de soins (médecin généraliste, spécialiste,...), mais aussi des admissions à l'hôpital. Une large part du rapport est dévolue à l'analyse de l'usage des médicaments (*publication prévue pour mai 2010*).
- **Le rapport 4**, "Santé et société", replace la notion de 'santé' dans un contexte plus large, qui dépasse le point de vue strictement médical. Y sont considérées des thématiques comme la relation entre la santé et l'environnement physique et l'entourage social, l'accès aux soins santé et les attitudes et choix en fin de vie (*publication prévue pour juin 2010*).



- **Le rapport 5**, “Personnes âgées”, se penche plus en détail sur la santé de nos aînés, ce qui a été rendu possible grâce à un suréchantillonnage des personnes âgées dans l'enquête de 2008 (*publication prévue pour septembre 2010*).
- **Le rapport 6**, “Inégalités sociales en santé”, étudie plus en profondeur les différences au niveau de l'état de santé, mais aussi, de la consommation des soins et des comportements de santé entre les personnes selon leur statut social (*publication prévue pour septembre 2010*).



Santé subjective

La santé subjective est une mesure globale qui reprend plusieurs dimensions de la santé (physique, émotionnelle et sociale). La mesure s'effectue en demandant aux individus d'évaluer leur propre état de santé sur une échelle comportant cinq niveaux allant de "très bonne" à "très mauvaise". Cette question n'est posée qu'aux personnes âgées de 15 ans ou plus.

Il est largement reconnu que l'évaluation subjective de la santé est un des meilleurs indicateurs de santé. La perception subjective de la santé reflète assez bien l'impact des plaintes et des maladies dont souffre la personne interrogée. Elle est aussi étroitement liée avec la mortalité, les limitations fonctionnelles et la consommation de soins.

"Plus d'une personne sur cinq déclare être en mauvaise santé"

Au total 23% de la population (de 15 ans ou plus) évalue leur état de santé comme mauvais. Ce pourcentage est plus élevé chez les femmes (25%) que chez les hommes (20%).

"Mauvaise santé et âge avancé vont de pair"

Tandis que 94% des personnes entre 15 et 24 ans évalue leur propre santé comme « bonne », ce pourcentage diminue progressivement avec l'âge: 84% chez les personnes de 35-44 ans et 61% chez les personnes de 65-74 ans. Chez les personnes de 75 ans ou plus, seulement 52% estiment être en bonne santé.

"Une mauvaise santé qui est déterminée par le niveau social"

La santé subjective varie en fonction du niveau d'éducation des individus: ceux qui ont un faible degré d'instruction déclarent plus souvent être en mauvaise santé que les plus instruits. Ce constat se confirme lorsque l'on tient compte des différences en ce qui concerne la distribution par âge et par sexe de chacun des niveaux d'éducation.

"Les Flamands sont en général plus satisfaits de leur état de santé"

21% des habitants de la Région flamande ne sont pas satisfaits de leur santé. Ce pourcentage s'élève à 26% de la population à Bruxelles et en Région wallonne. On observe aussi une différence notable chez les jeunes (de 15 à 24 ans): en Région bruxelloise, 15% de ce groupe se plaint d'une mauvaise santé alors que ce taux n'est que de 5-6% en Région flamande et en Région wallonne.

"La proportion de personnes avec une mauvaise santé reste relativement stable"

Entre 1997 et 2008, le pourcentage de personnes qui sont satisfaites de leur état de santé est resté assez stable. Il faut tenir compte du fait que durant cette période, la proportion de personnes âgées a augmenté au sein de la population. On peut donc considérer que l'état de santé (subjective) de la population s'est légèrement amélioré sur ce laps de temps. Cette amélioration est plus nette en Région wallonne, tandis que l'on observe plutôt un statu quo en Région flamande et en Région bruxelloise.



Tableau de synthèse pour la santé subjective				
	1997	2001	2004	2008
Pourcentage de la population de 15 ans ou plus qui:				
évalue leur propre état de santé comme moyen à très mauvais	22%	24%	23%	23%
évalue leur propre état de santé comme bon à très bon	78%	76%	77%	77%

Source: Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004, 2008



Affections chroniques

Les problèmes de santé chroniques ont des conséquences spécifiques sur la perception de la santé, le fonctionnement quotidien et l'utilisation des soins de la santé. Pour une politique de la santé, il est donc important de connaître la prévalence de ces affections et de savoir quelles affections sont les plus fréquentes.

Une enquête de santé informe sur la survenue des maladies dans la population générale sur base de ce que rapportent les gens eux-mêmes. Il ne s'agit donc pas de diagnostics médicaux. Pourtant les données d'enquête au sujet des maladies chroniques sont essentielles parce qu'elles représentent l'unique source d'information permettant d'estimer l'importance des problèmes de santé au sein de la population générale.

“Plus d'un habitant sur quatre a un problème de santé chronique”

À la question de savoir si les personnes ont une ou plusieurs maladies, affections ou handicaps de longue durée, 27% répondent positivement. Le pourcentage de personnes avec une affection de longue durée augmente fortement avec l'âge: il s'agit de 9% des enfants de moins de 15 ans à 60% des personnes de 75 ans ou plus.

“Les affections chroniques surviennent plus fréquemment parmi les femmes”

La plupart des affections chroniques sont plus souvent rapportées par les femmes que les hommes. C'est le cas notamment pour les problèmes du système locomoteur (les problèmes du bas du dos, les problèmes de nuque, l'arthrose, l'arthrite rhumatoïde, l'ostéoporose), les allergies, l'hypertension artérielle, les céphalées sévères, l'anxiété chronique, la dépression, troubles thyroïdiens et certains problèmes des yeux (glaucome, cataracte). En revanche, les maladies des coronaires, les séquelles permanentes suite à un accident et les calculs rénaux surviennent plus souvent chez les hommes.



“Les problèmes de dos, les allergies, l’hypertension artérielle et l’arthrose sont les problèmes de santé chroniques les plus fréquents”

Pourcentage de la population totale avec des maladies chroniques spécifiques (rapportées personnellement) au cours des 12 derniers mois

Top dix des affections les plus fréquentes, Enquête de Santé, Belgique, 2008

Hommes (tous âges confondus)		Femmes (tous âges confondus)	
Problèmes du bas du dos	15%	Problèmes du bas du dos	19%
Allergie	12%	Arthrose	17%
Hypertension artérielle	11%	Allergie	14%
Arthrose	9%	Hypertension artérielle	14%
Problèmes à la nuque	7%	Problèmes à la nuque	12%
Séquelles permanentes par accident	6%	Céphalées sévères telle que la migraine	12%
Céphalées sévères telle que la migraine	4%	Arthrite rhumatoïde	8%
Arthrite rhumatoïde	4%	Dépression	6%
Asthme	4%	Ostéoporose	6%
Maladies pulmonaires chroniques	4%	Troubles thyroïdiens	6%



“Les problèmes de santé chroniques surviennent surtout dans la population des personnes âgées”

Pourcentage de la population de 65 ans et plus avec des maladies chroniques spécifiques (rapportées personnellement) au cours des 12 derniers mois			
Top dix des affections les plus fréquentes, Enquête de Santé, Belgique, 2008			
Hommes (de 65 ans ou plus)		Femmes (de 65 ans ou plus)	
Hypertension artérielle	34%	Arthrose	50%
Arthrose	27%	Hypertension artérielle	39%
Problèmes du bas du dos	24%	Problèmes du bas du dos	37%
Problèmes de prostate	15%	Arthrite rhumatoïde	26%
Problèmes à la nuque	14%	Ostéoporose	23%
Arthrite rhumatoïde	13%	Problèmes à la nuque	22%
Affections pulmonaires chroniques	11%	Incontinence urinaire	14%
Diabète	11%	Cataracte	13%
Séquelle permanente par accident	9%	Allergie	11%
Allergie	9%	Anxiété chronique	11%



“La proportion des personnes avec des affections chroniques augmente, mais l'évolution varie en fonction du problème”

Le pourcentage global de personnes qui disent avoir une ou plusieurs affections de longue durée ou handicaps est resté constant de 1997 à 2004, mais il a clairement augmenté en 2008. Pour un certain nombre de ces affections, la hausse est progressive entre 1997 et 2008: c'est le cas de l'hypertension artérielle, du diabète, de l'arthrose, des troubles thyroïdiens, de la cataracte, du cancer et de l'ostéoporose. La progression de ces affections peut être expliquée en partie - mais pas entièrement - par le vieillissement de la population. Certains autres problèmes chroniques ont diminué au cours de cette période: l'affection pulmonaire chronique, la céphalée sévère comme la migraine, la fatigue chronique et les problèmes d'intestin.

“Après l'âge et le sexe, le niveau d'instruction reste, en tant que paramètre socio-économique, un des déterminants principaux des affections chroniques”

Pour 17 des 35 affections chroniques étudiées dans l'enquête de santé nous notons une progression importante du risque de maladie à mesure que le niveau d'instruction diminue. Ceci vaut entre autres pour les maladies graves comme l'infarctus du myocarde, le diabète, les affections pulmonaires chroniques et l'ulcère de l'estomac. La seule affection pour laquelle nous notons un risque plus élevé pour le niveau d'éducation le plus élevé est l'allergie.

“Les différences régionales au regard des affections chroniques s'estompent ”

Pour beaucoup d'affections chroniques, la prévalence est plus élevée en Région flamande qu'en Région wallonne. Pourtant, il y a les indications que ces différences régionales tendent à se réduire. Ainsi, en 1997, le diabète, la céphalée sévère comme la migraine, la fatigue chronique et l'ostéoporose étaient significativement plus fréquentes en Wallonie qu'en Flandre, ce n'est plus le cas en 2008.

“Certaines affections chroniques sont plus fréquentes chez les personnes qui résident en ville”

L'asthme, les affections pulmonaires chroniques et l'ulcère à l'estomac surviennent davantage chez les personnes qui vivent en ville que chez les habitants des zones rurales. Ce n'est pas le cas des autres maladies chroniques prises en compte dans l'enquête de santé. Il n'y a pas de signe que la population bruxelloise souffrirait davantage de maladies chroniques que la population des autres grandes villes de Belgique comme Gand, Anvers, Charleroi et Liège.

“La grande majorité de la population ayant une affection chronique est suivie pour ce problème par un médecin ou un autre professionnel de la santé”

Le pourcentage de personnes qui sont suivies par un médecin ou un autre professionnel de la santé en raison de leur affection chronique est élevé. Pour des maladies graves comme le diabète et l'infarctus du myocarde ce pourcentage est proche de 100%. Le suivi est également courant pour les affections comme la céphalée sévère et l'allergie, puisque 2 habitants sur 3 concernés par ces problèmes font appel pour cela à un professionnel de la santé.



Tableau de synthèse pour les affections chroniques

	1997	2001	2004	2008
Pourcentage de la population totale qui déclare souffrir* d'une ou plusieurs affections, maladies ou handicaps chroniques	24,6%	25,3%	23,8%	27,2%
Problèmes spécifiques:				
Problèmes du bas du dos	-	-	-	17,7%
Allergie	12,9%	13,8%	13,3%	13,0%
Hypertension artérielle	9,2%	11,6%	12,3%	12,7%
Arthrose	10,1%	11,9%	10,3%	12,7%
Problèmes à la nuque	-	-	-	9,4%
Maux de tête graves ou céphalées	9,7%	9,3%	7,8%	8,1%
Séquelles permanentes par accident	-	-	-	5,2%
Dépression	5,4%	5,2%	4,9%	4,9%
Anxiété chronique	-	-	-	4,6%
Asthme	-	4,6%	4,3%	4,2%
Maladies pulmonaires chroniques	-	5,5%	5,3%	3,7%
Ostéoporose	2,4%	3,6%	3,2%	3,7%
Troubles de la thyroïde	2,6%	3,4%	3,5%	3,7%
Diabète	2,3%	2,8%	3,5%	3,4%
Fatigue chronique	-	4,3%	4,0%	3,3%
Ulcère à l'estomac	2,6%	3,2%	2,7%	3,1%
Incontinence urinaire	-	-	-	2,9%
Affection cutanée grave ou chronique	3,3%	3,2%	3,6%	2,6%
Troubles intestinaux graves	3,1%	2,9%	2,8%	2,6%
Cataracte	1,1%	1,7%	1,9%	2,2%
Maladie des coronaires	-	-	-	1,7%
Cancer	1,0%	1,4%	1,0%	1,6%
Glaucome	1,1%	1,9%	1,9%	1,4%
Inflammation chronique de la vessie	1,6%	1,6%	1,8%	1,1%
Accident vasculaire cérébral	0,7%	0,5%	0,6%	0,9%
Epilepsie	0,6%	0,6%	0,8%	0,7%
Infarctus du myocarde	-	-	-	0,6%
Calculs rénaux	0,8%	0,9%	0,7%	0,6%
Pathologie rénale grave autre que les calculs rénaux	0,7%	0,6%	0,5%	0,6%
Calculs ou inflammation de la vésicule	0,7%	0,8%	0,8%	0,5%
Cirrhose ou autre maladie du foie	-	-	-	0,4%
Fracture de hanche	0,2%	0,5%	0,3%	0,3%
Maladie de Parkinson	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%

*au cours des 12 derniers mois

Source: Enquêtes de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004, 2008





Limitations

Les questions portant sur les limitations visent à évaluer dans quelle mesure les personnes rencontrent des problèmes dans l'exécution de leurs activités de tous les jours. Différents domaines d'activité sont pris en compte: les activités de base, les activités de la vie quotidienne et les activités dans le cadre du ménage.

“Quatre personnes sur dix éprouvent des difficultés dans la réalisation des activités de base”

En Belgique, 38% des personnes de 15 ans ou plus déclarent être soit moyennement, soit gravement limités dans la réalisation des activités de base comme marcher, monter ou descendre les escaliers, s'agenouiller ou se pencher, ... sans assistance et/ou avoir des problèmes de vue ou d'audition. Il s'agit de limitations modérées chez 18% des individus et de limitations sérieuses chez 20% des personnes.

“Une personne sur dix éprouve des difficultés en rapport avec les activités de la vie quotidienne...”

Au sein de la population âgée de 15 ans ou plus, 10% des individus déclarent avoir des difficultés dans l'exécution d'une série d'activités de la vie quotidienne (se lever ou se mettre au lit, s'habiller ou se déshabiller, prendre un bain ou une douche, ...). On distingue parmi ces personnes deux groupes de proportion égale : 5% éprouvent des difficultés modérées par rapport à ces activités et 5% rencontrent des problèmes sérieux, à tel point qu'ils ne peuvent les réaliser sans assistance.

“... mais reçoit le plus souvent l'aide dont elle a besoin ”

3,6% de la population déclare avoir des difficultés fonctionnelles mais pouvoir malgré tout se débrouiller sans l'aide d'un tiers. 4,3% de la population déclare avoir des difficultés fonctionnelles et recevoir (suffisamment) d'aide, soit de la part de professionnels, soit de la part de l'entourage. Il reste malgré tout 1,2% de personnes qui déclarent avoir des difficultés fonctionnelles pour lesquelles elles auraient besoin d'aide mais n'en reçoivent pas. Chez les personnes âgées de 65 -74 ans et les 75 ans ou plus, ce dernier groupe représente respectivement 2,4% et 4,0% de la population.

“14% de la population ne peut réaliser pleinement les activités dans le cadre du ménage...”

14% de la population déclarent être limités pour des raisons de santé ou à cause de leur âge dans l'exécution des activités courantes dans le ménage (préparation des repas, utilisation du téléphone, faire la vaisselle, ...). Plus précisément, 4% déclarent avoir des limitations modérées tandis que 10% ont des limitations sérieuses ou sont tout simplement dans l'incapacité de réaliser l'une de ces activités.



“... mais reçoit souvent suffisamment d’aide ”

Il est encourageant de constater que la plupart des personnes qui ont des problèmes en rapport avec la réalisation d’activités dans le cadre du ménage reçoivent le plus souvent l’aide dont ils ont besoin. Ainsi, 1,3% de la population présente des limitations pour effectuer les tâches ménagères mais déclare pouvoir se débrouiller malgré tout sans l’aide d’un tiers. 9,4% de la population déclare recevoir (suffisamment) d’aide pour pallier à ces limitations. Il reste malgré tout, il faut bien le constater, 1,8% de la population qui présente des difficultés dans la réalisation des activités de ménage et qui n’est pas suffisamment aidée dans ce domaine.

“Les limitations sont étroitement liées à l’âge”

Il est évident que les limitations dans les activités de base, les activités de la vie quotidienne et les activités dans le cadre du ménage augmentent avec l’âge. Par exemple, chez les plus jeunes (15 - 24 ans), 10% déclarent être limités dans la réalisation des activités de base; ce pourcentage augmente avec l’âge, jusqu’à atteindre 90% chez les 75 ans ou plus.

“Le niveau social est en lien avec la fréquence des limitations”

Globalement, la relation est très claire: les personnes avec un faible niveau d’éducation ont plus souvent des problèmes de limitations que les personnes avec un niveau d’éducation élevé. Par exemple, 25% des personnes sans diplôme (ou seulement avec un diplôme de l’enseignement primaire) ont des problèmes de limitation dans les activités de la vie quotidienne. Chez les personnes les plus instruites, cela ne touche que 4% des individus. Ces inégalités sont sans aucun doute renforcées par les différences en ce qui concerne la composition par âge de chaque groupe d’éducation ; mais lorsque l’on tient compte de ce facteur, les inégalités sociales persistent.

“Le problème des limitations fonctionnelles est un phénomène récurrent”

Sur base du (petit) nombre d’indicateurs qui ont été mesurés de manière répétée au cours des différentes enquêtes, on peut affirmer que la prévalence de ces problèmes de limitation fonctionnelle ne varie pas de manière sensible au cours du temps, ni à la hausse, mais pas non plus à la baisse.



Tableau de synthèse pour les limitations fonctionnelles

	1997	2001	2004	2008
Pourcentage de la population de 15 ans ou plus avec des limitations dans ...				
les activités de base	-	-	-	37,5
les activités de la vie quotidienne	-	-	-	9,5
les activités dans le cadre du ménage	-	-	-	14,2
la mobilité	3,8	5,8	4,9	3,6
les activités fonctionnelles	18,7	22,8	21,4	22,6
Pourcentage de la population avec des limitations comme conséquence de maladies de longue durée	15,1	15,6	13,7	17,1

Source: Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004, 2008





Douleur physique

La douleur physique est un élément déterminant du bien-être (ou mal-être) général. La douleur chronique a un impact important sur la qualité de vie des individus, aussi bien au niveau personnel que dans le domaine social.

Le **score de douleur physique**, calculé sur base de questions provenant d'un instrument reconnu au niveau international, donne une image générale de la nuisance due à la douleur physique dans la vie quotidienne de la population adulte (de 15 ans ou plus). Plus le score est élevé, plus il reflète la présence d'une douleur physique incommode.

“Les femmes éprouvent plus de douleur physique que les hommes”

Le score moyen de la douleur physique pour la population adulte (de 15 ans ou plus) est de 24 (sur un maximum de 100). Ce score est plus haut pour les femmes (28) que pour les hommes (20). Ce qui frappe, c'est que les femmes se sentent davantage incommodées par la douleur que les hommes dans l'exécution de leurs activités quotidiennes. La moitié de la population adulte est gênée par la douleur (quelle qu'en soit l'intensité): 39% décrit ressentir une douleur très faible à modérée et 12% rapporte une douleur intense à très intense. Le pourcentage de femmes éprouvant une douleur très intense (15%) est presque le double de celui des hommes (8%). Parmi les personnes ayant indiqué éprouver de la douleur physique (quelle que soit son intensité), quasiment la moitié (49%) rapportent être faiblement à moyennement incommodées et 18% évoquent être fortement à extrêmement incommodées par cette douleur dans la réalisation de leurs activités. Les femmes (20%) sont davantage incommodées par la douleur physique que les hommes (15%) dans leurs tâches quotidiennes.

“Plus on avance en âge, plus on éprouve de la douleur physique”

Il y a un lien évident entre l'âge et le fait de mentionner une douleur physique. Les personnes âgées (de 75 ans et plus), chez qui ce score de douleur atteint 35, sont plus nombreuses à être incommodées par la douleur physique. À partir de 75 ans, une personne sur cinq rapporte souffrir de douleur intense à très intense. L'interférence causée par la douleur dans les activités quotidiennes augmente avec l'âge et concerne 30% des aînés (75 et plus). En conséquence du vieillissement de la population, on peut s'attendre à ce que la prévalence de la douleur physique augmente encore à l'avenir.

“Le groupe des moins instruits dans la population sont davantage gênés par la douleur physique”

Le gradient socioéconomique (le score de douleur physique atteint 33 chez les personnes venant des milieux les moins scolarisés) s'explique peut-être en partie par la nature du travail et l'étendue de l'effort physique qui est exigé selon les milieux. 21% des individus avec le plus faible niveau d'éducation éprouvent une douleur intense à très intense. C'est presque trois fois plus élevé que parmi les individus issus des milieux les plus éduqués (8%). De plus, c'est dans le milieu le moins scolarisé qu'on trouve le plus de personnes qui se disent fortement à extrêmement incommodées par cette douleur dans la réalisation de leurs activités (30%, contre 10% seulement dans les milieux les plus instruits). Par conséquent, la prévention en milieu professionnel peut s'avérer essentielle.



“La douleur physique survient davantage en zones urbaines”

Le score moyen de douleur physique est plus élevé en zone urbaine (27) que dans les zones semi-urbaine (20) ou rurale (23). Aussi, 14% des gens qui habitent en zone urbaine éprouvent une douleur intense à très intense.

“Outre les restrictions physiques qu'elle entraîne, la douleur physique a également des conséquences négatives sur la santé mentale”

La douleur physique est liée à la santé mentale, et plus spécifiquement aux troubles dépressifs et aux troubles du sommeil. Les personnes éprouvant de la douleur physique ont 3,5 fois plus de chance de souffrir de troubles dépressifs que celles qui n'ont pas de douleur. Les troubles du sommeil sont 2,4 fois plus fréquents chez les personnes qui éprouvent de la douleur.

“La douleur physique nécessite toute l'attention qu'elle mérite ”

Il est nécessaire de prêter attention au profil de la douleur, et de reconnaître que les conséquences de la douleur chronique forment une maladie à part entière de grande importance pour la Santé Publique. Les gens doivent être davantage sensibilisés au fait qu'il est nécessaire d'alléger et de vaincre la douleur, afin d'améliorer la qualité de vie du patient et pour qu'il puisse à nouveau atteindre un équilibre personnel.



Bien-être psychologique

Des questions spécifiques ayant trait à l'état psychologique des individus, provenant d'un instrument reconnu au plan international, permettent de donner une image du sentiment de bien-être (mal-être) global de la population et de la possibilité de difficultés mentales plus sérieuses.

“Un quart de la population éprouve un sentiment de mal-être”

Les résultats de l'enquête montrent que 26% de la population (de 15 ans et plus) traverse une période de "mal-être" sur le plan psychologique, tandis que 14% de la population est aux prises avec des difficultés mentales plus sérieuses.

“Plus de femmes que d'hommes ressentent un état de mal-être psychologique”

30% des femmes éprouvent un sentiment de mal-être général, contre 22% des hommes. Cette différence n'est pas neuve; elle est également apparue dans les enquêtes précédentes.

“Les jeunes sont plus souvent confrontés à un sentiment de mal-être”

Le sentiment de mal-être touche surtout les jeunes entre 15 et 24 ans (29% d'entre eux) et tend à diminuer avec l'âge. C'est vers 55 à 64 que l'on trouve le moins de personnes ayant une détresse psychologique (21%).

“La détresse psychologique est liée au statut social”

La proportion de personnes qui éprouvent des problèmes psychologiques varie en fonction du niveau d'éducation. Celles qui proviennent d'un milieu défavorisé sur le plan de la scolarité rencontrent plus souvent des problèmes psychologiques que celles issues des milieux les plus éduqués.

“Le mal-être psychologique est moins courant en Région flamande que dans les deux autres régions”

Les analyses régionales indiquent une situation plus favorable en Région flamande que dans les deux autres régions: alors que 23% des habitants de la Région flamande rencontrent des difficultés psychologiques, on en compte 29% en Région Wallonne et jusqu' à 34% en Région bruxelloise.



“Le sentiment de mal-être gagne-t-il du terrain?”

En comparaison avec l'enquête précédente (2004), et en tenant compte de l'évolution de la structure de population en termes d'âge et de sexe, il apparaît que le pourcentage de personnes ayant des difficultés psychologiques augmente en Région flamande et en Région bruxelloise, alors que la situation demeure inchangée en Région Wallonne.

Tableau de synthèse pour le mal-être psychologique				
	1997	2001	2004	2008
Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui présente ...				
Un sentiment de mal-être global	31%	25%	24%	26%
Des difficultés psychologiques sérieuses	17%	13%	13%	14%

Source: *Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004, 2008*



Troubles émotionnels

Les "troubles émotionnels" recouvrent dans l'enquête de santé la présence de troubles dépressifs, de troubles anxieux, de troubles du sommeil et de troubles de somatisation. Il faut toutefois noter que les instruments utilisés, bien qu'ils soient valides, ne permettent pas de poser un diagnostic de l'affection, mais donnent une indication sur le type de problématique en cause à partir de la présence et de la sévérité de certains symptômes recensés dans ces échelles.

“Les troubles émotionnels sont plus fréquents qu'on ne pourrait le croire”

9% de la population de 15 ans et plus traverse un épisode dépressif au moment de l'enquête, 7,5% de la population se plaint de troubles somatiques, 6% éprouve des symptômes anxieux et 21% de la population manifeste des troubles du sommeil.

“Les troubles émotionnels touchent deux fois plus de femmes”

Qu'il s'agisse de troubles dépressifs (chez 13% des femmes et 6% des hommes), de troubles somatiques (chez 10% des femmes et 5% des hommes) ou bien anxieux (chez 8% des femmes et 4% des hommes), les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à en être affectées. Elles souffrent également à plus grande échelle de troubles du sommeil: 24% d'entre elles en font état, contre 18% des hommes.

“Plus vous prenez de l'âge, plus les troubles émotionnels vous guettent”

En règle générale, la prévalence des troubles émotionnels augmente avec l'âge, tant chez les femmes que chez les hommes. Ainsi, alors que 5% des jeunes présentent des symptômes dépressifs, ce pourcentage s'élève à 14% passé l'âge de 65 ans. De même, les troubles somatiques n'affectent que 3% des jeunes, alors que 15% des personnes âgées de 75 ans et plus s'en plaignent.

“Le statut socio-économique influence les troubles émotionnels”

Tant les troubles dépressifs, que les troubles somatiques, anxieux et de sommeil sont liés au niveau d'éducation: ils apparaissent plus fréquemment chez les personnes issues des milieux à plus faible niveau d'instruction, tandis que les personnes venant de milieux plus instruits sont clairement moins affectées.

“Les troubles émotionnels ne sont pas distribués de manière homogène dans le pays”

La prévalence des troubles émotionnels est la plus élevée au sein des bruxellois et la plus faible au sein de la population flamande. En Région bruxelloise, la prévalence de tous les troubles émotionnels considérés a connu une progression dans le temps, ce qui n'est pas le cas dans les deux autres Régions du pays.



“Les troubles émotionnels sont des troubles permanents”

De manière générale, il n'y a aucun signe d'une amélioration sur le terrain des troubles émotionnels. La prévalence de ces troubles est relativement stable au cours du temps, comme le démontre les résultats des enquêtes successives.

Tableau de synthèse pour les troubles émotionnels

	1997	2001	2004	2008
Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui présente ...				
des troubles dépressifs	-	9%	8%	9%
des troubles de somatisation	-	8%	8%	8%
des troubles anxieux	-	6%	6%	6%
des troubles du sommeil	-	20%	20%	21%

Source: *Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004, 2008*



Consommation de médicaments psychotropes

La consommation de médicaments psychotropes dans la population âgée de 15 ans et plus est considérée ici comme un indicateur de la santé mentale, et couvre la consommation rapportée de somnifères, de tranquillisants et d'antidépresseurs au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête. Une étude plus détaillée du type exact de médicaments consommés, sur base des nomenclatures, est présentée dans le rapport ultérieur concernant la consommation de soins.

“Les médicaments psychotropes restent populaires”

15% de la population a pris un ou plusieurs type(s) de médicaments psychotropes – prescrits ou non - au cours des 2 semaines qui ont précédé l'interview: 9% a utilisé des somnifères, 7% a consommé des tranquillisants et 6% est traité par antidépresseurs. Ces proportions sont très proches de celles déjà observées en 2004.

“Les femmes sont deux fois plus nombreuses à consommer des médicaments psychotropes”

L'utilisation d'une médication psychotrope est plus courante auprès des femmes (20% d'entre elles) qu'auprès des hommes (10%). Cette différence par sexe se retrouve pour chaque type de médicament psychotrope envisagé séparément.

“Plus on prend de l'âge, plus on est susceptible de consommer des médicaments psychotropes”

Le nombre de consommateurs de médicaments psychotropes augmente en fonction de l'âge. Cette expansion est plus importante chez les femmes (de 3% parmi les plus jeunes à 43% parmi les aînés) que chez les hommes (de 3% à 22%). Pas moins de 28% des personnes âgées de 75 ans et plus utilisent des somnifères, par exemple.

“Les médicaments psychotropes sont plus souvent utilisés dans les milieux les moins scolarisés”

La consommation de médicaments psychotropes est plus importante chez les personnes issues des milieux les moins scolarisés (27%) et diminue jusqu'à 10% chez les personnes ayant accédé à des études supérieures. Cette différence entre les classes sociales n'est pas assujettie à la composition des groupes en termes d'âge et de sexe. Les analyses qui tiennent compte de ces facteurs démontrent qu'il y a bien, au-delà de l'âge et du sexe des individus par classe d'éducation, des différences sociales en matière de médication psychotrope.

“Le recours aux médicaments psychotropes varie selon les Régions”

C'est en Région flamande que l'utilisation des médicaments psychotropes est la moins courante (13%), en comparaison avec la Région bruxelloise (17%) et Wallonne (19%). Cette différence régionale s'observe tant pour les somnifères que pour les tranquillisants et les antidépresseurs.



Tableau de synthèse pour l'utilisation de médicaments psychotropes

	1997	2001	2004	2008
Pourcentage de la population de 15 ans ou plus qui consomme...				
des médicaments psychotropes, soit:	10%	13%	15%	16%
des somnifères	5%	8%	9%	10%
des tranquillisants	4%	6%	7%	7%
des antidépresseurs	4%	5%	6%	6%

Source: Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004, 2008



Comportements suicidaires

Les comportements suicidaires recouvrent ici le fait d'avoir sérieusement pensé à se suicider, d'une part, et le fait d'avoir tenté de se suicider, d'autre part.

“Plus d'une personne sur 10 a déjà pensé au suicide”
“1 personne sur 20 est déjà passée à l'acte”

12% de la population de 15 ans et plus a sérieusement pensé à se suicider au moins une fois dans sa vie et 4,8% a déjà fait une tentative de suicide au cours de son existence. Quatre personnes sur mille rapportent avoir tenté de se suicider dans les 12 mois qui ont précédé l'enquête, ce qui revient à une estimation moyenne d'environ 40.000 belges par an!

“Les femmes admettent plus souvent penser au suicide ...”

Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses (14%) que les hommes (9%) à avoir sérieusement pensé en finir avec la vie. Il est alarmant de constater que les pensées suicidaires dans l'année écoulée sont les plus fréquentes chez les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans.

“... et reconnaissent plus souvent être passées à l'acte ”

6,2% des femmes de 15 ans et plus ont tenté de se suicider au moins une fois au cours de leur existence, tandis que ce chiffre est de 3,4% chez les hommes. Une femme sur dix âgée aujourd'hui de 45 à 54 ans admet avoir déjà essayé de mettre fin à sa vie.

“Le comportement suicidaire est socialement déterminé”

Qu'il s'agisse des pensées suicidaires ou des tentatives de suicide, il faut se rendre à l'évidence: les estimations de prévalence sont toujours plus élevées dans les milieux à faible niveau d'éducation par rapport aux milieux les plus éduqués: par exemple, 5% des personnes ayant une faible scolarisation ont pensé au suicide au cours de l'année écoulée, contre 2,8% des personnes ayant eu l'opportunité d'accéder à des études supérieures.

“Le mauvais score de la Région Bruxelloise...”

16% des habitants de la Région Bruxelloise a déjà fait l'expérience de pensées suicidaires, ce qui est plus élevé qu'en Région flamande (10%) et wallonne (14%). Pour ce qui est du passage à l'acte, les chiffres de la Région bruxelloise et wallonne se rejoignent: 6,2% des habitants ont déjà fait au moins une tentative de suicide – ce chiffre est de 3,9% en Région flamande. Il faut cependant signaler que le nombre de personnes ayant fait une tentative de suicide en Flandre a progressé de manière significative depuis la dernière enquête (2% de plus).



"... serait dû à son caractère urbain"

Il apparaît que les prévalences élevées en matière de comportements suicidaires trouvées à Bruxelles sont équivalentes à celles obtenues dans les autres grandes villes du nord (Gand et Anvers) et du sud (Liège et Charleroi) du pays.

Tableau de synthèse pour les comportements suicidaires				
	1997	2001	2004	2008
Pourcentage de la population de 15 ans ou plus qui ...				
a déjà sérieusement pensé à se suicider	-	-	12%	12%
a déjà tenté de se suicider	-	-	4%	5%
a pensé à se suicider dans les 12 derniers mois	-	-	-	4%
a tenté de se suicider dans les 12 derniers mois	-	-	0,4%	0,4%

Source: Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004, 2008



Santé bucco-dentaire

Une enquête de santé ne se prête pas à une évaluation d'indicateurs directs (tels que par exemple la prévalence des caries au sein de la population) ; elle permet néanmoins, grâce à quelques indicateurs spécifiques, de dresser un tableau global de la santé bucco-dentaire de l'ensemble de la population ainsi que des déterminants qui y contribuent.

“Une partie importante de la population à une mauvaise santé bucco-dentaire dentaire”

12% de la population de 15 ans et plus ne possède plus sa propre dentition naturelle, 13% éprouve des difficultés à mastiquer des aliments durs et 35% déclare porter une prothèse dentaire.

“Les conséquences d'une mauvaise santé bucco-dentaire ne se limite pas aux personnes âgées”

Les conséquences des problèmes buccodentaires apparaissent bien entendu à des âges plus avancés. Et pourtant, dans le groupe d'âge de 45-54 ans déjà, 7% déclare ne plus avoir sa propre dentition, 7% rapporte avoir des problèmes de mastication quand il s'agit d'aliments durs et 40% dit porter une prothèse dentaire.

“Un certain nombre d'indicateurs globaux de santé bucco-dentaire évoluent favorablement”

Bien que l'on n'ait pas examiné la totalité de ces indicateurs lors de chaque enquête, on peut toutefois estimer certaines évolutions dans le temps. Aussi observe-t-on une diminution du nombre de personnes n'ayant plus aucune de leurs propres dents naturelles, une diminution du nombre de personnes ayant des difficultés de mastication et une diminution de celles portant une prothèse dentaire. Cette évolution positive est sans doute liée à une amélioration de l'hygiène bucco-dentaire dans le passé, mais ne donne pas d'information sur les modifications récentes à ce sujet.

“Le brossage des dents est à améliorer”

La moitié de la population déclare se brosser les dents au moins deux fois par jour. Étant donné que ces chiffres sont basés sur des déclarations subjectives et que les personnes interviewées ont tendance à vouloir donner des réponses socialement souhaitables, nous pouvons estimer que la proportion réelle d'individus qui se brossent les dents au moins deux fois par jour est plus faible. De plus, on ne constate aucune amélioration dans ce domaine depuis 2004 au regard de cet indicateur. En Région wallonne, le nombre de personnes qui se brossent les dents au moins deux fois par jour a même diminué en 2008. Les femmes se brossent les dents plus fréquemment que les hommes.



“Dans le domaine de la santé bucco-dentaire les différences socio-économiques restent importantes”

Lorsque le niveau d'éducation est moindre, on compte un plus grand nombre de personnes qui ont perdu toutes leurs dents, qui portent une prothèse dentaire, qui éprouvent des difficultés à mastiquer et qui se brossent moins régulièrement les dents. Ces inégalités sociales peuvent être expliquées en partie par des différences dans les habitudes alimentaires, dans l'utilisation des soins dentaires préventifs et par le manque d'intérêt pour une dentition saine et d'une bonne hygiène en général. La santé bucco-dentaire est l'un des domaines où les inégalités sociales s'expriment avec le plus de force.

Tableau de synthèse pour la santé bucco-dentaire

	1997	2001	2004	2008
Nombre de personnes (en %) qui déclarent:				
ne plus avoir aucune de ses propres dents (naturelles) (personnes de 15 ans ou plus)	-	15,9%	14,7%	10,9%
porter une prothèse dentaire (personnes de 15 ans ou plus)	-	-	37,6%	35,0%
avoir des problèmes de mastication (personnes de 15 ans ou plus)	15,2%	16,2%	14,5%	12,6%
se brosser les dents au moins deux fois par jours	-	-	48,9%	50,1%

Source: Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004, 2008



Etat nutritionnel

L'**Indice de Masse Corporelle (IMC)** est une mesure du poids relatif du corps, c'est-à-dire le poids en fonction de la taille des personnes. Ainsi, l'IMC équivaut au poids (P) exprimé en kilos, divisé par la taille (T) exprimée en mètres et élevée au carré (P/T^2). L'IMC est un indicateur de l'état de santé de la population belge. Grâce à cet indice, on peut vérifier si quelqu'un souffre de surcharge ($IMC \geq 25$) ou carence ($IMC < 18,5$) pondérale.

“Le Belge est, en moyenne, trop gros”

L'IMC moyen des personnes de 18 ans ou plus est de 25,3 en 2008. En fait, la limite à partir de laquelle on considère qu'il y a une surcharge pondérale est fixée à 25, cela signifie donc que le Belge est en moyenne trop gros. L'IMC moyen chez les hommes (25,8) est plus élevé que chez les femmes (24,8). Au fur et à mesure qu'on vieillit, la moyenne de l'IMC augmente, mais à partir de l'âge de 65 ans, on observe à nouveau une baisse de celui-ci. L'IMC moyen est le plus élevée parmi ceux qui ont le niveau d'éducation le plus bas.

“Presque la moitié de la population présente une surcharge pondérale (IMC de 25 ou plus)”

Non moins de 47% de la population adulte (de 18 ans ou plus) entre dans une catégorie d'IMC élevé et peut être qualifié comme ayant une surcharge pondérale; en fait, 33% présente un simple excès de poids (IMC entre 25 et 30) et 14% souffre réellement d'obésité ($IMC \geq 30$). La surcharge pondérale ($IMC \geq 25$) est plus courante chez les hommes (54%) que chez les femmes (40%); en ce qui concerne l'obésité, il n'y a aucune différence entre les hommes et les femmes. Il est alarmant de constater qu'à partir du groupe d'âge 45-54 ans, plus de la moitié de la population adulte est en surcharge pondérale et dans le groupe d'âge des 55-64 ans, une personne sur cinq est véritablement obèse. Plus le niveau d'instruction est faible, plus ce problème est fréquent: 58% des personnes ayant le niveau d'éducation le plus faible est en surpoids, et 20% d'entre elles souffrent d'obésité.

“Presqu'un jeune sur cinq est déjà en surcharge pondérale”

Ce qui est très alarmant, c'est que 18% des jeunes âgés de 2 à 17 ans (inclus) souffrent de surpoids. C'est surtout le cas dans le groupe d'âge entre 5 et 9 ans (22%). La surcharge pondérale concerne tant les garçons que les filles. Sa prévalence chez les jeunes est la plus élevée dans la région bruxelloise (27%). C'est un problème très important puisque cet état chez les enfants contribuera dans le futur à l'épidémie de surpoids chez les adultes.



“Tant l’IMC moyen que le pourcentage de surpoids ont constamment augmenté depuis 1997”

Par rapport aux trois enquêtes précédentes (1997, 2001 et 2004), l’IMC moyen ainsi que le pourcentage de personnes en surpoids ont augmenté linéairement depuis 1997 chez les adultes; c’est le cas au niveau national ainsi qu’au niveau régional - excepté pour la Région wallonne, où ces chiffres sont restés constants au cours du temps. Bien que l’on observe une plus grande proportion de personnes en état de surpoids en Région wallonne (49%) que dans les deux autres Régions (47% dans la Région flamande, 40% dans la Région bruxelloise), la Flandre voit, elle, augmenter cette proportion au cours du temps. L’organisation mondiale de la santé prédit qu’en 2010, le pourcentage d’hommes belges ayant une surcharge pondérale s’élèvera à 54%, mais selon les données de notre enquête, ce chiffre a déjà été atteint en 2008. Il y a donc de fortes chances que le chiffre réel pour 2010 soit encore plus élevé.

Tableau de synthèse pour l’état nutritionnel

	1997	2001	2004	2008
Adultes (de 18 ans ou plus):				
IMC moyen	24,7	25,0	25,1	25,3
Surpoids (IMC \geq 25)	41%	44%	44%	47%
Obésité (IMC \geq 30)	11%	12%	13%	14%
Carence pondérale (IMC < 18,5)	4%	4%	3%	3%
Jeunes (de 2 à 17 ans):				
Surpoids	15%	18%	18%	18%
Obésité	5%	5%	6%	5%

Source: Enquêtes de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004, 2008

“Ces résultats sont donc un signal au gouvernement pour qu’il consacre davantage d’attention à la promotion de l’alimentation saine et de l’exercice physique dans leur politique de la santé »



Méthodologie

Bien qu'il y ait déjà beaucoup d'informations disponibles sur la santé en Belgique, une enquête de santé (par interview) offre quelques avantages importants :

- elle offre une description de l'état de santé de la population dans son ensemble, et ce, du point de vue des personnes qui sont elles-mêmes concernées;
- l'information touche l'ensemble de la population, y compris les personnes qui n'ont pas recours, ou rarement, aux services de soins;
- elle offre la possibilité d'établir un lien entre toute une série de facteurs liés avec la santé;
- la répétition périodique des enquêtes permet de mesurer l'évolution au cours du temps.

Les résultats de l'enquête de santé par interview doivent être interprétés dans un cadre précis : tout d'abord, il existe une composante subjective (il s'agit de ce que les personnes interrogées ont bien voulu déclarer). Par ailleurs, il faut rappeler que les résultats sont extrapolés à partir d'un échantillon sur la population totale et que cela comporte bien entendu une certaine marge d'erreur. Ce phénomène est lié au fait que la représentativité de l'échantillon ne peut jamais être garantie à 100%, et ce malgré tous les efforts consentis pour en améliorer la qualité. Il est lié aussi à des raisons d'ordre purement statistique.

Il est important aussi de mentionner que les résultats décrits ici sont des estimations; ces dernières peuvent être légèrement différentes de ce que l'on aurait obtenu si l'on avait interrogé l'ensemble de la population. Ceci est vrai surtout quand le nombre de personnes sur lequel on se base pour présenter les résultats est relativement faible; les chiffres présentés au niveau régional sont par exemple un peu moins précis que ceux que l'on estime pour le pays dans son ensemble.

Dans l'enquête de santé de 2008, **11.254 personnes** ont été interrogées par le biais d'interviews structurés à domicile entre le 19 mai 2008 et le 30 juin 2009. Ces personnes ont été choisies au hasard parmi tous les habitants de la Belgique. Les résultats donnent une image représentative de la santé de la population. Toutes les personnes reprises dans le Registre National de la Population faisaient partie de la base de sondage, à l'exception des personnes qui résidaient dans:

- une institution, à part les personnes vivant en maison de repos ou de repos et de soin (qui faisaient partie quant à elles de l'échantillon);
- une communauté religieuse de plus de 8 personnes;
- une prison.

Le profil de l'échantillon au point de vue démographique a suivi autant que possible celui de la population totale. La sélection aléatoire des ménages a été faite sur base du Registre National de la Population, après stratification par région, par province et par commune (échantillonnage systématique). L'échantillon de base était de 3.500 interviews en Région Flamande, 3500 en Région Wallonne et 3000 en Région Bruxelloise. Au sein de chaque région, le nombre de personnes sélectionnées par province était proportionnel au nombre total d'habitants de chacune d'elles. En outre, à la demande du Service Public Fédéral (SPF) Sécurité Sociale, l'échantillon a été adapté pour inclure 1.250 personnes supplémentaires âgées de 75 ans ou plus (avec un nombre suffisant de personnes très âgées, c'est-à-dire de 85 ans ou plus).



Le mode de sélection des villes ou des communes dans chaque province a été adapté de telle façon qu'aussi bien les grandes villes que les petites communes puissent être représentées. Dans chaque ville ou commune sélectionnée, au moins 50 personnes devaient être interrogées. Pour atteindre cet objectif, des ménages ont été sélectionnés, et au sein de chaque ménage, 4 personnes au maximum devaient être interrogées. La personne de référence du ménage et, le cas échéant, le/la partenaire devaient toujours figurer parmi les personnes interrogées.

Au final, 3.897 interviews ont été réalisées en Région flamande, 3.351 en Région bruxelloise et 4.006 interviews en Région wallonne. Au total, 1.980 personnes de 75 ans ou plus ont été interrogées.

Afin de produire des résultats représentatifs pour l'ensemble du pays, mais aussi au niveau de chaque région, un facteur de pondération a été attribué à chaque individu qui a participé à l'enquête; ce facteur est calculé sur base de la probabilité de sélection de l'individu au sein du ménage, de la commune, de la province, de la région et du trimestre au cours duquel l'interview a eu lieu.

Le but poursuivi est bien entendu d'obtenir un échantillon dont la composition soit aussi proche que possible de la composition de la population belge; il n'est cependant pas possible de réaliser un échantillon totalement représentatif. Par exemple, les personnes qui ne sont pas inscrites au Registre National ne sont bien entendu pas reprises non plus dans l'échantillon. Par ailleurs, certains ménages n'ont pas pu être contactés. Enfin vu que la participation à l'enquête n'était pas obligatoire, 55% seulement des ménages qui ont pu être contactés ont accepté de participer à l'enquête.

Dès lors, 45% des ménages contactés ont refusé de participer pour différentes raisons, mais le plus souvent c'était par manque d'intérêt ou de temps. En prévision de ces refus, et afin de produire malgré tout des résultats de qualité, des ménages de remplacement ont été sélectionnés dès le départ pour chaque ménage qui devait participer à l'enquête; ces remplaçants ont été sélectionnés en fonction de caractéristiques similaires au ménage de départ: habiter la même commune, avec le même nombre de personnes dans le ménage, avec le même âge pour la personne de référence. Dès qu'un ménage s'avérait être injoignable (après plusieurs tentatives de contact) ou refusait de participer, un ménage de remplacement était choisi.

Trois types de questionnaire ont été utilisés pour l'enquête de santé :

- (1) le premier concerne la taille et la composition du ménage, les revenus, les dépenses de santé et les facteurs environnementaux. Toutes les questions étaient posées par l'enquêteur.
- (2) le deuxième concerne l'état de santé et la consommation de soins. Les questions étaient aussi posées par l'enquêteur à chaque membre (sélectionné) du ménage. Si la personne n'était pas en état de répondre elle-même, pour cause de maladie ou d'absence prolongée par exemple, ou si elle était âgée de moins de 15 ans, une autre personne répondait à sa place, le plus souvent un autre membre du ménage.
- (3) enfin, chaque participant âgé de 15 ans ou plus remplissait lui-même un questionnaire concernant des sujets plus personnels comme la santé mentale, la consommation de tabac ou d'alcool, ...