

# MÉTHODOLOGIE

Enquête de santé 2018



STEFAAN DEMAREST • FINABA BERETE • RANA CHARAFEDDINE •  
JOHAN VAN DER HEYDEN

## Sciensano

Epidémiologie et santé publique - Mode de vie et maladies chroniques

### HIS 2018

Juillet 2019 • Bruxelles • Belgique  
Numéro de référence interne : 2019/006



**Auteur principal : Stefaan Demarest**



**Traducteur et réviseur : Finaba Berete**



**Éditeurs : Rana Charafeddine, Johan Van der Heyden**

Personne de contact : Stefaan Demarest • T +32 2 642 57 94 • [stefaan.demarest@sciensano.be](mailto:stefaan.demarest@sciensano.be)

Merci de citer cette publication comme suit :

S. Demarest, F. Berete, R. Charafeddine, J. Van der Heyden. Enquête de santé 2018 : Méthodologie. Bruxelles, Belgique : Sciensano. Numéro de rapport : D/2019/14.440/25. Disponible en ligne : [www.enquetesante.be](http://www.enquetesante.be)

# TABLE DES MATIÈRES



<b>1. Introduction</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Objectif de l'enquête</b> .....	<b>5</b>
<b>3. Le cadre de l'échantonnage</b> .....	<b>5</b>
3.1. Taille de l'échantillon.....	5
3.2. Composition de l'échantillon.....	6
3.3. remplacement des ménages.....	7
<b>4. Organisation du travail de terrain</b> .....	<b>7</b>
<b>5. Les questions et les thèmes de l'enquête</b> .....	<b>8</b>
<b>6. L'exécution du travail de terrain</b> .....	<b>9</b>
<b>7. Interviews par proxy</b> .....	<b>11</b>
<b>8. Enquête de santé par examen</b> .....	<b>12</b>
<b>9. Suivi du travail de terrain</b> .....	<b>13</b>
<b>10. Gestion et contrôle des données</b> .....	<b>14</b>
<b>11. Participation</b> .....	<b>15</b>
<b>12. Refus intra-ménage</b> .....	<b>15</b>
<b>13. Composition de l'échantillon</b> .....	<b>15</b>
13.1. Composition selon la taille du ménage.....	19
13.2. Composition selon le type de ménage.....	19
13.3. Composition selon la nationalité.....	20
<b>14. Présentation des résultats de l'enquête</b> .....	<b>20</b>
14.1. Belgique et les Régions.....	22
14.2. Le sexe et l'âge.....	22
14.3. Le niveau d'éducation.....	22
14.4. Evolution au cours du temps.....	22
14.5. Tableaux de base.....	23
14.6. Analyses complémentaires.....	23

## 1. Introduction

L'enquête de santé 2018 répond à une décision émise par la Conférence interministérielle "Systèmes de santé" telle que définie dans le Protocole d'accord entre le gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution concernant l'organisation et le financement de l'enquête de santé 2018, publié au Moniteur belge (MB) le 21 mars 2016.

L'Enquête de santé 2018 est la sixième de la série. Les enquêtes précédentes ont été réalisées en 1997, 2001, 2004, 2008 et 2013.

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 2018 a été confiée à Sciensano, Direction scientifique épidémiologie et santé publique, Service style de vie et maladies chroniques. Pour ce qui est de la collecte de données, Sciensano a signé un contrat de sous-traitance avec Statbel qui était responsable du travail de terrain. L'enquête de santé 2018 a été suivie par le groupe de travail Intercabinet (IKW) « Systèmes de santé » et par la Commission des commanditaires. Pour le soutien scientifique de l'enquête, Sciensano a fait appel à un conseil consultatif scientifique composé de membres d'universités ou de professionnels actifs dans le domaine de la santé publique.

## 2. Objectif de l'enquête

L'objectif de l'enquête de santé est de recueillir les informations qui ne sont pas disponibles ailleurs sur l'état de santé de la population et les besoins en soins de santé. Il s'agit donc explicitement d'un instrument qui contribue à la politique de santé publique. La valeur ajoutée de ce type d'enquête réside dans l'approche horizontale de la collecte de données : différents types d'informations (sur l'état de santé, le mode de vie, la consommation de soins, les caractéristiques socio-économiques,...) sont en effet collectées simultanément auprès des mêmes individus. Cela permet d'obtenir une vision globale de la santé de la population et des besoins prioritaires en matière de soins de santé. La répétition à intervalle régulier de l'enquête permet de suivre l'évolution dans le 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 de l'échantillonnage

L'enquête de santé s'adresse à toutes les personnes résidant dans le pays, sans restrictions en termes de nationalité, d'âge ou de statut légal. Le cadre d'échantillonnage le plus complet pour atteindre cette population cible est le Registre national de population. Toutefois, les personnes qui ne sont pas inscrites au Registre national, comme les personnes "sans domicile fixe" ou les immigrés clandestins, ne peuvent pas être sélectionnées pour participer à l'enquête. Pour des raisons pragmatiques, certaines catégories de personnes sont également exclues de l'échantillon : les personnes qui résident (et sont inscrites) dans une prison ou une communauté religieuse comptant plus de 8 personnes et les résidents d'une institution, à l'exception des résidents d'une maison de repos ou d'une maison de repos et de soins (MR/MRS).

### 3.1. TAILLE DE L'ÉCHANTILLON

Sur base d'un protocole d'accord entre les différents commanditaires de l'enquête de santé, il a été déterminé que l'échantillon de base de l'enquête de santé 2018 consiste en 10 700 individus : 4 200 en Région flamande, 3 500 en Région wallonne (dont 300 en Communauté germanophone) et 3 000 en Région bruxelloise. Ces chiffres sont en principe suffisants pour permettre des estimations précises tant au niveau national que régional. La taille de l'échantillon en Région flamande (4.200 personnes interrogées) diffère de celle des enquêtes de santé précédentes, où elle était traditionnellement fixée à 3.500 personnes interrogées. L'augmentation de la taille de l'échantillon en Région flamande est liée à la demande de la Communauté flamande de collecter des informations au niveau des "régions sanitaires" (voir section "composition de l'échantillon"). Comme le prévoit

Le protocole d'accord, les régions et les communautés qui le souhaitent peuvent contribuer au financement d'un échantillon supplémentaire pour obtenir des estimations plus précises au niveau de leur propre population. Pour l'enquête de santé 2018, la Communauté germanophone a fait valoir son droit en finançant 600 interviews supplémentaires à réaliser dans sa Communauté. Ceci signifie que la taille de l'échantillon prévu de l'enquête de santé 2018 s'élevait à 11 300 individus.

### 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 la méthodologie utilisée se trouve dans le protocole de recherche. On ne donnera donc ici qu'une brève description à ce sujet. Le processus de sélection se compose des étapes suivantes :

**Stratification régionale :** Pour chacune des trois régions, le nombre de personnes à interroger - pour l'échantillon de base - a été déterminé à l'avance : 4 200 pour la Région flamande, 3 500 pour la Région wallonne (hors échantillon supplémentaire de 600 personnes en Communauté germanophone) et 3 000 pour la Région bruxelloise.

**Stratification par région sanitaire ou circonscription électorale :** Afin de déterminer un deuxième niveau de stratification, la Belgique a été divisée en 29 strates géographiques. En Région flamande, il s'agit des 14 régions sanitaires et en Région wallonne, des 13 circonscriptions électorales. La circonscription de Verviers a été divisée en 2 strates : les communes de la Communauté germanophone (Cantons de l'est) et le reste de la circonscription électorale. La Région bruxelloise ne forme qu'une seule strate. Dans les Régions flamande et wallonne, le nombre de personnes à enquêter au sein d'une strate a été déterminé en fonction de la part de population de la strate dans la région, mais avec un minimum de 200 personnes. Les régions de soins et les circonscriptions électorales étant toujours situées dans une province, la répartition proportionnelle au niveau des strates a permis d'obtenir un nombre proportionnel de répondants au niveau des provinces. Un nombre fixe de personnes à interroger en Communauté germanophone a été prévu : 300 personnes ont dû être interrogées conformément au protocole d'accord et 600 autres personnes ont dû l'être à la demande de la Communauté germanophone et à son financement. Cette surreprésentation de la Communauté germanophone a été prise en compte dans le calcul des poids de l'enquête.

**Sélection des communes :** L'enquête de santé n'a pas été organisée dans chaque municipalité ou ville. Dans chaque strate, seul un certain nombre de municipalités ont été sélectionnées. Ce nombre dépendait de la taille de la strate (nombre d'habitants) et de la taille des municipalités/villes qui la composent. Un ou plusieurs groupes (d'environ 50 personnes à interroger) ont été sélectionnés par municipalité. En tenant compte de leur taille, il est certain que les grandes communes ou villes sont sélectionnées ; s'il s'agit de très grandes villes, plusieurs groupes (de 50 personnes) pourront être sélectionnés au sein de ces entités, tandis que pour les plus petites communes certaines seront sélectionnées mais d'autres pas.

**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 et grands ménages, ainsi que des ménages jeunes et âgés (c'est-à-dire les ménages dont la personne de référence est jeune ou âgée). En outre, les ménages ont été sélectionnés de telle sorte qu'ils étaient géographiquement dispersés dans la municipalité ou la ville.

**Sélection des individus au sein des ménages :** Pour les ménages composés d'un maximum de 4 personnes, toutes les personnes sont sélectionnées pour participer à l'enquête. Pour les ménages composés de plus de quatre personnes, on sélectionne au maximum 4 personnes pour participer à l'enquête. 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) ont été choisis au hasard à l'avance, c'est-à-dire pendant la composition de l'échantillon. Cette approche est nouvelle : lors des enquêtes de santé précédentes, les autres membres du ménage à interroger ont été déterminés au moment de l'entretien. La principale raison en est que si l'on sait à l'avance qui a été sélectionné pour participer à l'enquête, il est plus probable que les membres du ménage concernés soient présents lors de l'entretien (ce qui réduirait la nécessité d'utiliser un entretien par procuration). Un inconvénient de cette nouvelle approche est que les nouveaux membres du ménage - les membres du ménage qui n'étaient pas connus au moment de la sélection de l'échantillon - ne peuvent pas être sélectionnés pour participer (par exemple, les nouveau-nés, les nouveaux partenaires,...).

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. 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, 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 n'a plus les mêmes caractéristiques que le précédent (secteur statistique, âge de la personne de référence, 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 2018 s'est étalée sur la période allant du 22 janvier 2018 à la fin janvier 2019, divisée en quatre trimestres. Pour chaque trimestre, un échantillon suffisamment large pour permettre la réalisation d'un 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 diverses 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 national 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.

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 dans les trois régions s'est arrêtée en janvier 2019.

## 5. Les questions et les thèmes de l'enquête

Le questionnaire de l'enquête de santé se divise en 3 parties :

- 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 (4 au maximum). Dans certains cas, une personne (membre du ménage ou non) a pu répondre 'au nom' de la personne sélectionnée (interview via proxy). Des thèmes tels que les maladies chroniques, les limitations, ... ont été abordés dans cette partie de l'enquête.
- Une troisième partie consiste en un questionnaire écrit à remplir 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 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.

Les informations qui concernent l'interview orale ont été, comme pour l'enquête de santé 2013, 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 de 1997 à 2008. 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.

Pour les questions sur la santé mentale des enfants et des adolescents, une nouvelle approche permettant aux répondants d'entrer leurs propres réponses sur l'ordinateur portable (la méthode "Computer Assisted Self-completion Interview", CASI) a été utilisée. Ce sous-module a été développé pour être rempli par les parents ou par les jeunes de 15 à 18 ans eux-mêmes. Les parents devaient remplir cet ensemble de questions pour tous les enfants âgés de 2 à 15 ans, ou lorsqu'une interview par proxy a été utilisée pour les adolescents âgés de 15 à 18 ans. Les adolescents âgés de 15 à 18 ans qui ont donc été interrogés eux-mêmes (par l'intermédiaire du CAPI), devaient remplir eux-mêmes le CASI.

Les questions de l'enquête de santé peuvent être regroupées en plusieurs grands chapitres (correspondant aux titres des rapports), comprenant chacun un certain nombre de modules (ou sous-modules). Chaque (sous-)module contient une série de questions sur la base desquelles des indicateurs de santé sont créés.

Les rapports suivants seront produits dans le cadre de l'enquête de santé 2018 :

- Santé et bien-être (juillet 2019)

- Comportements de santé et style de vie (septembre 2019)
- Prévention (septembre 2019)
- Enquête de santé par examen (HES) (octobre 2019)
- Santé mentale (novembre 2019)
- Utilisation des services de santé et des services sociaux (décembre 2019)
- Environnement physique et social (décembre 2019)
- Rapport de la Communauté germanophone (février 2020)
- Santé bucco-dentaire (mars 2020)

Le choix des thèmes, des (sous-)modules et des questions a été fait par le groupe de travail Inter-cabinet et la Commission des commanditaires, après une consultation intensive avec Sciensano. Diverses considérations sont prises en compte lors du développement des questionnaires :

- Une valeur ajoutée importante de l'enquête 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 du règlement (UE) n° 2018/255 de la Commission du 19 février 2018 portant application du règlement (CE) n° 1338/2008 du Parlement européen et du Conseil en ce qui concerne les statistiques fondées sur l'enquête européenne de santé par interview (EHIS), la Belgique, comme tous les autres États membres, doit fournir à Eurostat (l'office statistique de la Commission européenne) des données standardisées sur l'état de santé, les déterminants de santé, l'utilisation du 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 de santé (EHIS), sont incluses dans l'enquête de santé 2018 <sup>1</sup>.
- 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. L'exécution du travail de terrain

Le travail de terrain pour l'enquête de santé 2018 a été effectué par Statbel - Service Enquêtes auprès des citoyens. Statbel réalise également d'autres enquêtes nationales telles que l'enquête de la force du travail (EFT), l'enquête sur les revenus et conditions de vie (EU-SILC) et l'enquête du budget des ménages, sous sa propre direction et dispose de l'infrastructure efficace pour l'organisation des enquêtes face à face à grande échelle :

- Statbel peut compter sur son propre réseau d'enquêteurs qui s'élève à quelques 400 enquêteurs indépendants.

---

<sup>1</sup> La Belgique a demandé et obtenu deux dérogations à ce règlement : (1) le règlement prévoit une collecte de données au cours de l'année civile 2019, mais la Belgique peut organiser la collecte de données en 2018, (2) les questions sur le report de la consommation des soins (questions AC) peuvent être collectées en Belgique au niveau des ménages, même si le règlement prévoit une collecte de données au niveau individuel.



- Statbel a mis en place une infrastructure CAPI (Blaise) pour que l'enquête puisse être réalisée en face à face via ordinateur.
- Tous les enquêteurs disposent d'un ordinateur portable (UMPC) avec écran tactile.
- Sur le terrain, les enquêteurs de Statbel 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 de terrain par Statbel 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, Statbel 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 suit :

Lorsqu'un ménage est sélectionné pour participer à l'enquête, il reçoit une lettre d'invitation 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. La liste des membres du ménage qui doivent participer à l'enquête est alors créée dans l'application CAPI et doit être confirmée par l'enquêteur : les personnes ne faisant plus partie du ménage doivent être désignées comme telles 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). Comme mentionné ci-dessus, les nouveaux membres du ménage ne peuvent pas participer à l'enquête.

Une fois la composition du ménage confirmée, le programme CAPI détermine parmi les membres (présélectionnés) du ménage ceux qui sont sélectionnés pour les questionnaires individuels et quel ensemble de questions doit être posé à chaque membre sélectionné. En outre, les membres (présélectionnés) du ménage âgé d'au moins 15 ans sont invités à remplir un questionnaire écrit, lorsqu'elles ont elles-mêmes répondu au questionnaire face à face et non par procuration (voir ci-dessous).

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 de Statbel à la fin de l'enquête et - après vérification - intégrées dans la base de données de l'enquête santé.

Les questionnaires papier auto-administrés sont envoyés à Statbel pour encodage. Afin d'éviter les erreurs lors de la saisie des données, un "double encodage" est utilisé. Chaque questionnaire écrit est ainsi encodé deux fois dans deux différents centres Statbel, après quoi, les résultats de chaque questionnaire encodé sont comparés. En cas d'incohérence, le questionnaire en question est encodé de nouveau afin d'identifier et de corriger soit la première, soit la deuxième erreur de saisie des données. Les questionnaires sont ensuite à nouveau comparés. Ce n'est que si aucune incohérence n'est signalée que le questionnaire est considéré comme ayant été rempli et envoyé à Sciensano.

Une feuille de contact a été utilisée afin de faciliter le suivi du travail de terrain et la communication entre les enquêteurs et Statbel. Une telle feuille de contact est générée automatiquement dès qu'un ménage est activé (c'est-à-dire lorsqu'une lettre d'invitation est envoyée au ménage). Les coordonnées du ménage concerné sont alors automatiquement ajoutées à la feuille de contact.

Les enquêteurs doivent noter soigneusement les informations ci-dessous pour chaque contact ou tentative de contact avec le ménage :

- La date du contact ou de la tentative de contact (jour, mois, année, jour de la semaine, heure dans un format de 24 heures)
- Le mode de contact (visite personnelle, personnelle mais par interphone, contact téléphonique)
- Le résultat de ce contact :
  - entretien réalisé
  - rendez-vous pris avec le ménage pour l'entretien (avec la date et l'heure du rendez-vous)
  - problèmes d'adresse
  - refus
  - entretien impossible
  - ménage non disponible au moment du contact, la porte n'était pas ouverte, il n'y avait personne à la maison au moment du contact.

Lorsqu'un enquêteur indique qu'il a des problèmes à communiquer avec le ménage, que le ménage refuse de participer ou qu'un entretien est impossible, il doit donner des explications plus détaillées à ce sujet. Il s'agit en principe du statut final du ménage en question.

Si l'enquêteur indique que le ménage n'était pas disponible, que la porte n'était pas ouverte ou que personne n'était à la maison au moment du contact, il doit indiquer si la tentative de contact était la dernière ou non. Au cas où il s'agissait de la dernière tentative de contact, le ménage est définitivement considéré comme " non joignable ". Un tel statut ne peut être accordé qu'après 5 tentatives de contact. Toutefois, l'enquêteur peut dépasser ce nombre minimum.

Si le ménage n'était pas contactable, refusait de participer ou si l'entretien était impossible, le ménage en question était remplacé par un ménage différent mais similaire (voir section 'substitution des ménages').

## 7. Interviews 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 "interview par proxy". Attention, un proxy ne remplace pas la personne sélectionnée, il répond simplement pour cette personne, au nom de celle-ci.

L'interview par 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).

## 8. Enquête de santé par examen

En 2018, et pour la première fois, une enquête belge de santé par examen (BELHES, Belgian Health Examination Survey) a été organisée grâce à un financement de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Dans BELHES, les participants de l'enquête de santé 2018 sont recrutés. Le BELHES a plusieurs objectifs. Il s'agit entre autres : (1) de recueillir des informations sur la santé et les risques pour la santé de la population, et plus particulièrement d'identifier les facteurs de risque cardiovasculaire et le risque de diabète, (2) d'estimer la carence en iode et la consommation de sel au niveau de la population, (3) d'estimer la prévalence de la fragilité chez les personnes âgées, sur la base de mesures subjectives et objectives. L'approche adoptée dans le cadre du projet BELHES est conforme à celle recommandée par l'enquête européenne de santé par examen (EHES, European Health Examination Survey).

Seuls les participants de l'enquête de santé âgés de 18 ans et plus, et qui ont répondu personnellement aux questions (c'est-à-dire qui n'ont pas eu recours à une entrevue par procuration) pouvaient participer à l'enquête BELHES. Pour des raisons pratiques, les participants résidant dans la Communauté germanophone ne sont pas inclus dans BELHES. Aussi, pour des raisons logistiques mais surtout budgétaires, l'échantillon net, c'est-à-dire le nombre maximum de participants au BELHES a été fixé à 1 100 individus. L'objectif est de recruter 450 participants en Région flamande, 350 en Région wallonne et 300 en Région bruxelloise. Ces chiffres sont des objectifs et n'ont pas été imposés comme tels par le commanditaire.

Le recrutement des participants (potentiels) à BELHES a été effectué par les enquêteurs de l'enquête de santé. A la fin de l'entretien, l'enquêteur pose la question aux participants éligibles pour savoir s'ils sont d'accord d'être recontactés pour participer à une enquête par examen. En cas d'accord, les personnes éligibles communiquent leurs coordonnées aux enquêteurs (nom, adresse, numéro de téléphone, adresse e-mail, meilleurs moments pour être contactées par les infirmiers/infirmières de BELHES) et reçoivent un dépliant explicatif sur le BELHES. Ces données sont ensuite envoyées via une connexion sécurisée à Statbel, qui est responsable de l'envoi de ces informations au médecin responsable de BELHES (à Sciensano), au gestionnaire de la base de données et aux infirmiers/infirmières responsables de l'exécution du travail de terrain. Le suivi du travail de terrain est effectué sur base d'un code d'identification unique. Après réception des coordonnées, les infirmiers/infirmières contactent les participants (potentiels) à BELHES afin de fixer un rendez-vous pour l'examen. Cet examen a lieu au domicile des participants. Les infirmiers/infirmières réalisent les tâches suivantes :

- expliquer davantage l'enquête de santé par examen et demander aux participants de signer le formulaire de consentement,
- remplir un court questionnaire (CAPI),
- effectuer l'examen de santé (mesure de la tension artérielle, de la taille et du poids, du tour de taille et, dans le cas des participants âgés de 50 ans et plus, de la force de préhension),
- prélever un échantillon de sang,

- prélever un échantillon d'urine.

Les échantillons de sang et d'urine prélevés par les infirmiers/infirmières sont collectés le jour même par un laboratoire central qui est sélectionné pour le projet et qui effectue les analyses. Les données de l'examen sont transmises par les infirmiers/infirmières au gestionnaire de la base de données BELHES via une connexion sécurisée et sur la base d'un numéro d'identification unique. Une fois les objectifs régionaux atteints, les enquêteurs de l'enquête de santé sont prévenus qu'ils doivent arrêter le recrutement pour BELHES.

Le premier trimestre de l'enquête de santé 2018 (jusqu'au 31 mars) a été une période de test pour BELHES. La collecte des données BELHES a réellement commencé à partir du deuxième trimestre de l'enquête de santé et s'est poursuivie jusqu'à ce que les objectifs régionaux soient atteints, soit jusqu'à la fin de la collecte des données de l'enquête de santé.

Le tableau suivant donne un aperçu de la participation au projet BELHES.

**Tableau1 | Participation au projet BELHES 2018**

	Belgique	Région flamande	Région bruxelloise	Région wallonne
Participation au HIS pendant la période BELHES	9708	3463	2774	3471
Eligibles pour participer au BELHES	6511	2573	1992	1946
Consentement pour un nouveau contact pour BELHES	1757	697	533	527
Nombre cible de participants BELHES	1100	450	300	350
Nombre effectif de participants BELHES	1184	546	275	363

Des informations plus détaillées du projet BELHES et ses résultats seront inclus dans un rapport spécifique "Enquête de santé par examen", prévu pour octobre 2019.

## 9. 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 par Statbel 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 doivent 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 doit être renvoyée au moins une fois par semaine sur le serveur central de Statbel. Ceci permet 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 est dûment vérifiée. Les enquêteurs qui présentent des profils singuliers (par exemple ceux qui réalisent moins d'enquêtes par rapport aux autres, mais aussi ceux qui s'avèrent être trop rapides pour terminer les enquêtes) sont examinés de plus près. La feuille de contact permet de vérifier si l'approche utilisée par ces enquêteurs est différente de celle décrite dans la procédure standard. Les enquêteurs inactifs ou trop lents sont contactés pour en connaître les

raisons. Si la situation ne s'améliore pas, les enquêteurs sont remplacés ; les ménages de leur groupe sont alors assignés à un autre/nouvel enquêteur.

Un formulaire d'évaluation a été envoyé à tous les ménages participants peu de temps après l'entretien. Sur la base de ce formulaire d'évaluation, il a été vérifié si le ménage a été effectivement interrogé dans le cadre de l'enquête de santé, si l'enquêteur a travaillé conformément à la procédure, etc. Selon les réponses renvoyées par les ménages, aucune dérogation ou faute systématique n'est apparue dans le travail des enquêteurs.

## 10. Gestion et contrôle des données

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

- 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 est 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'est pas suffisant pour parvenir à l'intégration parfaite de ces cinq fichiers. On ne peut 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 consiste à vérifier, sur base du prénom et de la date de naissance des individus, si le numéro d'identification encodé dans le fichier CAPI correspond bien aux informations provenant du Registre national. Dans un nombre limité de cas, c'est-à-dire pour les ménages où une correspondance n'a pas pu être établie, la raison de l'incohérence est recherchée. La majorité de ces inconsistances est liée à des erreurs dans le prénom.
- Contrôle des données de la feuille de contact : une deuxième vérification consiste à examiner, pour chaque ménage noté comme participant dans la feuille de contact, si des informations du CAPI sont présentes et, à l'inverse, lorsque des données sont présentes, vérifier si le statut « participant » est indiqué dans la feuille de contact pour ce ménage.
- Contrôle des données du questionnaire auto-administré : le "double encodage" (associé au contrôle et à la correction des incohérences qui s'en sont suivis) garantit que les données codées correspondent bien aux réponses des répondants. En combinant les résultats de l'enquête CAPI avec les questionnaires écrits du même participant, des contrôles supplémentaires ont été effectués pour garantir la correspondance (vérification du prénom et du sexe du répondant). Ici aussi, les erreurs/cohérences dans les prénoms sont le problème principal.
- Contrôle des codes des professions et industries : lorsque les codes relatifs au travail et à l'industrie ont été saisis, la vérification consiste 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 vise à vérifier si les informations concernant les ménages sont valides. Il faut 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.

## 11. Participation

La participation à l'enquête de santé n'est pas obligatoire. Les ménages peuvent dès lors refuser de prendre part à l'enquête. Le statut final de chaque ménage qui a été invité à participer a été soigneusement noté. Pour chaque ménage, l'enquêteur doit fournir un compte rendu détaillé des tentatives de contact qu'il a entreprises auprès des ménages concernés. Sur cette base, l'enquêteur attribue un statut définitif à tous les ménages de sa liste, selon des critères fixes définis par Statbel :

- le ménage n'est pas joignable : ce statut est octroyé par l'enquêteur après au moins cinq tentatives infructueuses de prise de contact avec un ménage. Ces tentatives de contact doivent 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 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, prennent part à l'enquête (les refus intra-ménage sont rarissimes).

## 12. Refus intra-ménage

La participation d'un ménage à l'enquête n'implique pas que tous les membres du ménage invités à participer y participeront : les membres du ménage peuvent donc refuser de participer. Une telle situation est très différente de celle dans laquelle une interview par proxy est utilisée : bien qu'un membre invité à participer à l'enquête ne réponde pas personnellement aux questions, il/elle accepte qu'une autre personne (membre du ménage ou non) le fasse à sa place (voir section 'interview par proxy').

## 13. Composition de l'échantillon

Au total, 11 250 ménages ont reçu une invitation pour participer à l'enquête de santé 2018. Parmi eux, 5 692 ménages ont participé, ce qui correspond à 12 742 membres effectifs. De ce nombre, 12 038 ont été sélectionnés pour participer à l'enquête. Les autres (580 membres) n'ont pas été sélectionnés pour les raisons suivantes :

- ils appartiennent à des ménages de plus de 4 membres (le nombre maximum de personnes sélectionnées par ménage est de 4),
- il s'agit de " nouveaux " membres du ménage, par exemple les nouveau-nés. La sélection des participants potentiels à l'enquête a été effectuée sur la base des informations du Registre national au début de chaque trimestre, les nouveaux membres (non encore enregistrés) n'ont donc pas pu être sélectionnés,
- ils font partie du ménage mais ne sont pas officiellement enregistrés à l'adresse de la personne de référence.

Pour 427 membres sélectionnés (3,5%), l'enquête n'a pas été réalisée, même par procuration. Cela concerne les situations dans lesquelles le membre du ménage sélectionné a explicitement refusé de participer, mais aussi

les situations dans lesquelles un autre membre du ménage a explicitement refusé de répondre aux questions en tant que proxy. Au total, 11 611 individus ont participé à l'enquête de santé 2018.

Le Tableau 2 donne un aperçu du statut définitif en ce qui concerne la participation des ménages invités à participer à l'enquête.

**Tableau 2 | Statut final en ce qui concerne la participation des ménages invités, Enquête de santé, Belgique 2018**

Statut final du ménage	Nombre	%
Le ménage n'est pas contactable	1.351	12,0
Le ménage refuse	4.207	37,4
Le ménage participe	5.692	50,6
Total	11.250	100

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  $5\,692 / (5\,692 + 4\,207) = 57,5\%$ . L'évolution du taux de participation au cours des années d'enquête figure dans le Tableau 3.

**Tableau 3 | Evolution du taux de participation au cours des années de l'enquête de santé**

Année d'enquête	Ménages participants		Ménages ayant refusé		Ménages effectivement contactés
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
1997	4.664	57,5	3.455	42,5	8.119
2001 <sup>1</sup>	5.530	61,3	3.497	38,7	9.027
2004 <sup>1 2</sup>	6.530	61,2	4.135	38,8	10.665
2008 <sup>1 2</sup>	5.809	55,0	4.764	45,0	10.573
2013 <sup>1</sup>	5.049	57,1	3.801	42,9	8.850
2018 <sup>1</sup>	5.692	57,5	4.207	43,6	9.899

<sup>1</sup>: Enquête avec un suréchantillonnage provincial

<sup>2</sup>: Enquête avec un suréchantillonnage des personnes âgées

Sur la base des informations du Registre national, il est possible de comparer un certain nombre de caractéristiques sociodémographiques des ménages participants, des ménages ayant refusé de participer et ceux non-contactables (Tableau 4). Il faut souligner qu'il s'agit ici d'une comparaison des caractéristiques des personnes de référence des ménages. Ainsi, on note qu'il y a très peu de différence entre le groupe des ménages participants et le groupe des ménages ayant refusé de participer. En revanche, les ménages non contactables sont relativement plus nombreux à avoir une personne de référence dans le groupe d'âge 25-44 ans, et le plus souvent de nationalité non belge.

L'objectif fixé est d'interroger 11 300 personnes dans le cadre de l'enquête de santé 2018. L'échantillon de base (réalisé) se compose de 4.200 répondants pour la Région flamande, 3.000 répondants pour la Région bruxelloise et 4.100 répondants pour la Région wallonne. En région wallonne, 900 participants doivent provenir

de la Communauté germanophone (compte tenu de la demande de surreprésentation de 600 personnes dans la Communauté germanophone).

Le Tableau 5 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. Cela est presque inévitable étant donné la complexité du plan d'échantillonnage et des procédures utilisées pour effectuer le travail de terrain.

**Tableau 4 | Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des personnes de référence des ménages participants, des ménages ayant refusé de participer et des ménages non-contactables, Enquête de santé, Belgique 2018**

Groupe d'âge	Ménages participants		Ménages ayant refusé		Ménages non-contactables	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
15-24 ans	76	1,3	65	1,5	82	6,1
25-34 ans	696	12,2	511	12,1	277	20,5
35-44 ans	963	16,9	638	15,2	249	18,4
45-54 ans	1.099	19,3	847	20,1	207	15,3
55-64 ans	1.120	19,7	785	18,7	157	11,6
65-74 ans	871	15,3	652	15,5	126	9,3
75+ ans	867	15,2	709	16,9	253	18,7
<b>Sexe</b>						
Homme	3.560	62,5	2.628	62,5	781	57,8
Femme	2.132	37,5	1.579	37,5	570	42,2
<b>Taille du ménage</b>						
1 personne	2.147	37,7	1.465	34,8	807	59,7
2 personnes	1.722	30,3	1.324	31,5	246	18,2
3 personnes	700	12,3	571	13,6	122	9,0
4 personnes	725	12,7	574	13,6	100	7,4
> 4 personnes	398	7,0	273	6,5	76	5,6
<b>Nationalité</b>						
Belge	4.810	84,5	3.665	87,1	903	66,8
Européen (non Belge)	592	10,4	408	9,7	249	18,4
Non Européen	288	5,1	134	3,2	198	14,7



**Tableau 5 | Comparaison entre le nombre d'enquêtes prévues et le nombre d'enquêtes réalisées en fonction du lieu de résidence (Région), Enquête de santé, Belgique 2018**

Région	Prévu	Interrogé	Différence
Région flamande	4.200	4.296	+ 96
Région bruxelloise	3.000	3.099	+ 99
Région wallonne (*)	3.200	3.288	+ 88
Communauté germanophone (**)	900	928	+ 28
Total	11.300	11.611	+ 311
(*) Excl. Communauté germanophone			
(**) Base (300) + surreprésentation			

Comme mentionné plus haut, l'enquête de santé autorise qu'une autre personne (membre du ménage ou non) réponde "au nom de" la personne sélectionnée (interview par proxy). L'interview par proxy s'applique aux membres du ménage de moins de 15 ans qui sont sélectionnés pour participer à l'enquête, mais également dans certains cas bien spécifiques. L'utilisation d'une interview par proxy pour les personnes sélectionnées de 15 ans et plus a des conséquences importantes :

- certaines parties du questionnaire CAPI ne seront pas répondues,
- le questionnaire écrit ne sera pas rempli.

Dans les deux cas, la nature trop personnelle ou trop intime des questions ne permet pas qu'elles soient répondues par un proxy. Sur les 11 611 personnes ayant répondu à l'enquête 2018:

- 8 831 ont répondu personnellement (76,1%);
- 2 683 ont répondu via un proxy (le proxy était un membre du ménage) (23,1%) ;
- 88 ont répondu via un proxy (le proxy n'était pas un membre du ménage) (0,8%).

Sur les 2 771 interviews par proxy, 1 855 l'étaient parce que la personne sélectionnée avait moins de 15 ans (interview par proxy obligatoire), tandis que 916 l'étaient pour les circonstances particulières suivantes :

- la personne sélectionnée n'a pas pu être contactée : 56,2 %,
- la personne sélectionnée n'a pas été en mesure de répondre aux questions: 32,9 %,
- la personne sélectionnée a refusé de répondre personnellement aux questions (mais a autorisé qu'un proxy réponde à sa place) : 10,9 %.

Le Tableau 6 donne un aperçu de la répartition des répondants par groupe d'âge pour l'enquête de santé de 2018. Cette distribution reflète plus ou moins la structure par âge de la population recensée dans chaque région, mais pas pour l'ensemble du pays, vu la surreprésentation de la Région bruxelloise et de la Communauté germanophone.

- 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 Communauté germanophone.

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 6 | Distribution des répondants selon l'âge et par Région, Enquête de santé, Belgique 2018**

Age des répondants	Région flamande		Région bruxelloise		Région wallonne		Belgique	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
0 – 14 ans	657	15,3	586	18,9	615	14,6	1.858	16,0
15 – 24 ans	380	8,8	230	7,4	449	10,7	1.059	6,1
25 – 34 ans	452	10,5	447	14,4	439	10,4	1.338	11,5
35 – 44 ans	534	12,4	516	16,6	528	12,5	1.578	13,6
45 – 54 ans	639	14,9	439	14,2	647	15,4	1.725	14,7
55 – 64 ans	654	15,2	378	12,2	638	15,3	1.670	14,4
65 – 74 ans	519	12,1	291	9,4	479	11,4	1.289	11,1
75+ ans	461	10,7	212	6,8	421	10,0	1.094	9,4
Total	4.296	100	3.099	100	4.216	100	11.611	100

### 13.1. COMPOSITION SELON LA TAILLE DU MÉNAGE

Les ménages les plus représentés sont ceux de 2 et 4 personnes. Dans la Région bruxelloise, près d'un ménage sur quatre est un ménage d'une personne.

**Tableau 7 | Distribution de la population d'étude selon la taille des ménages et par Région, Enquête de santé, Belgique 2018**

Taille du ménage (personnes)	Région flamande		Région bruxelloise		Région wallonne		Belgique	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
1	664	15,5	736	23,7	751	17,8	2.151	18,5
2	1.408	32,8	677	21,8	1.230	29,2	3.315	28,6
3	689	16,0	550	17,7	712	16,9	1.951	16,8
4	1.037	24,1	683	22,0	988	23,4	2.708	23,2
5+	498	11,6	453	14,6	535	12,7	1.486	12,8
Total	4.296	37,0	3.099	26,7	4.216	36,3	11.611	100

### 13.2. COMPOSITION SELON LE TYPE DE MÉNAGE

Le type de ménage le plus fréquent est " couple avec enfants " (43,2 % d'entre eux) et 18.5% des répondants sont « isolés » (ménage d'une personne). Un cinquième des répondants vivent en couple sans enfants. Seulement 11 % des répondants appartiennent à une famille monoparentale.

**Tableau 8 | Distribution de la population d'étude selon le type de ménage et par Région, Enquête de santé, Belgique 2018**

Type de ménage	Région flamande		Région bruxelloise		Région wallonne		Belgique	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Une personne	664	15,5	736	23,7	751	17,8	2.151	18,5
Monoparental	408	9,5	384	12,4	484	11,5	1.276	11,0
Couple sans enfant	1.193	27,8	471	15,2	934	22,2	2.598	22,4
Couple avec enfant	1.874	43,6	1.330	42,9	1.813	43,0	5.017	43,2
Autre/inconnu	157	3,6	178	5,8	234	5,5	569	4,9
Total	4.296	100	3.099	100	4.216	100	11.611	100

### 13.3. COMPOSITION SELON LA NATIONALITÉ

Dans l'enquête de 2018, 15,9% des personnes interrogées n'ont pas la nationalité belge. Le nombre de non-Belges varie selon la région (voir Tableau 9). Dans la Région bruxelloise, un tiers des répondants n'ont pas la nationalité belge. Cela inclut les ressortissants européens (EU : 20,9%) et les ressortissants de pays en dehors de l'Union Européenne (non-EU : 13,8%).

**Tableau 9 | Distribution de la population d'étude selon la nationalité et par Région, Enquête de santé, Belgique 2018**

Nationalité	Région flamande		Région bruxelloise		Région wallonne		Belgique	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Belge	3.989	92,8	2.026	65,3	3.746	88,9	9.761	84,1
Européen (EU)	174	4,1	646	20,9	364	8,6	1.184	10,2
Non-Européen	131	3,1	427	13,8	103	2,5	661	5,7
Total	4.297	100	3.099	100	4.213	100	11.606	100

## 14. Présentation des résultats de l'enquête

Les résultats de l'enquête de santé 2018 sont présentés à travers d'une série d'indicateurs dans différents domaines liés à la santé et répartis en des rapports distincts.

Les résultats rapportés sont pondérés pour refléter au mieux la population en 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 aléatoire 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).

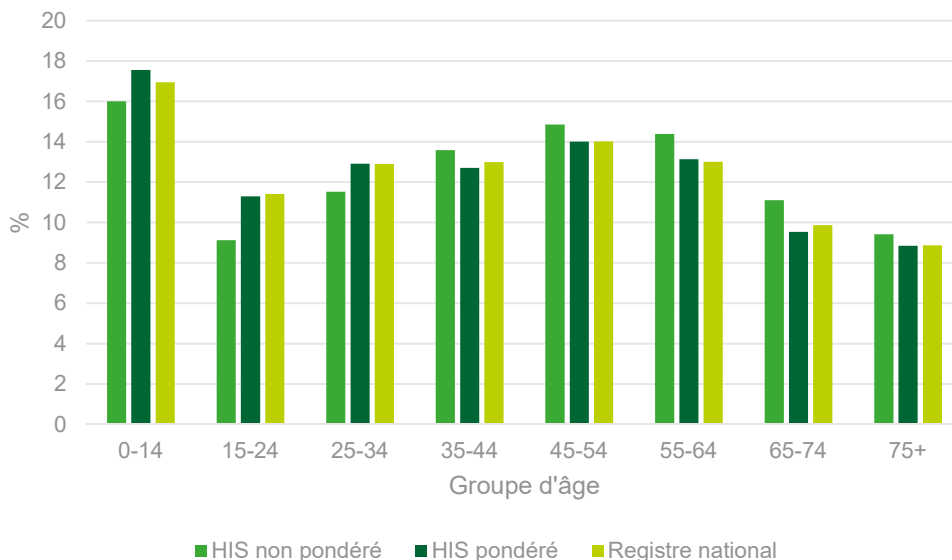
Si l'on s'écarte de ce principe, par exemple dans le cas où l'on décide au préalable de sélectionner proportionnellement plus de résidents en Région bruxelloise ou dans la Communauté germanophone, alors un résident de Bruxelles a plus de chance d'être sélectionné par rapport à un résident de la Région flamande ou de la Région wallonne, et un résident de la Communauté germanophone a une probabilité de sélection supérieure à celle du reste de la région wallonne. 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 (voir le protocole de l'étude pour plus d'information) :

- 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 1/1/2018.

L'impact de l'utilisation du poids peut être visualisé sur le graphique ci-dessous qui compare la distribution des groupes d'âge dans l'échantillon sans et avec pondération (respectivement barre verte et vert foncé), avec la distribution dans la population belge selon les informations du Registre national (barre vert clair). Ainsi, les répondants du groupe d'âge 0-14 ans, par exemple, ne représentent que 16 % de tous les répondants. La part de ce groupe d'âge dans la population - sur la base des données du Registre national - est de 17%. Grâce à l'utilisation de poids, la part des répondants dans l'échantillon passe à 17,5%, ce qui est plus proche de leur part réelle dans la population.

**Figure 1 | Impact de l'utilisation des poids sur la composition de l'échantillon : exemple pour les groupes d'âge**



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.

#### **14.1. BELGIQUE ET LES RÉGIONS**

Les résultats sont présentés au niveau de la Belgique et des trois régions.

#### **14.2. 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 niveau d'éducation, de l'année), 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 personnes âgées au sein du groupe n'ayant pas bénéficié d'un niveau de scolarité élevé. Ce serait donc peut-être l'âge 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.

#### **14.3. LE 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 pas tous les répondants n'ont répondu à ces questions (données manquantes).

#### **14.4. EVOLUTION AU COURS DU TEMPS**

Etant donné que certaines questions de l'enquête de santé de 2018 sont identiques à celles des enquêtes précédentes, il est dès lors possible de comparer les résultats dans le temps.

## 14.5. TABLEAUX DE BASE

Ces tableaux sont établis tant pour l'ensemble de la Belgique que pour chacune des régions séparément.

Les indicateurs sont présentés en fonction de certaines variables de base : le sexe, les groupes d'âge, le niveau d'éducation. 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 en Région bruxelloise qu'en Région flamande 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 limites 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.

## 14.6. ANALYSES COMPLÉMENTAIRES

Si nécessaire, des analyses complémentaires sont réalisées et rapportées dans le texte, notamment vérifiant l'influence des variables autres que celles incluses dans les tableaux de base : nationalité, niveau d'éducation, etc,...

## CONTACT

Stefaan Demarest • T+32 2 642 57 94 • [stefaan.demarest@sciensano.be](mailto:stefaan.demarest@sciensano.be)

### POUR PLUS D'INFORMATIONS

—  
Rendez-vous sur notre site  
web >[www.sciensano.be](http://www.sciensano.be) ou  
contactez-nous à l'adresse  
>[info@sciensano.be](mailto:info@sciensano.be)

Sciensano • Rue Juliette Wytsman 14 • Bruxelles • Belgique • T + 32 2 642 51 11 • T presse + 32 2 642 54 20 •  
[info@sciensano.be](mailto:info@sciensano.be) • [www.sciensano.be](http://www.sciensano.be)

Éditeur responsable : Myriam Sneyers, Directeur général • Rue Juliette Wytsman 14 • Bruxelles • Belgique • D/2019/14.440/25