

BELGISCHE KAMER VAN  
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

14 april 2010

**GEDACHTEWISSELING**

**Vierde nationale gezondheidsenquête  
van het Wetenschappelijk Instituut  
Gezondheidszorg**

**VERSLAG**

NAMENS DE COMMISSIE VOOR  
DE VOLKSGEZONDHEID, HET LEEFMILIEU  
EN DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING  
UITGEBRACHT DOOR  
DE HEER **Jacques OTLET**

**INHOUD**

Blz.

I. Inleidende uiteenzetting .....	3
II. Gedachtewisseling .....	11

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS  
DE BELGIQUE

14 avril 2010

**ÉCHANGE DE VUES**

**Quatrième enquête nationale  
de santé par l'Institut scientifique  
de Santé publique**

**RAPPORT**

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION  
DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT  
ET DU RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ  
PAR  
M. **Jacques OTLET**

**SOMMAIRE**

Pages

I. Exposé introductif .....	3
II. Échange de vues .....	11

**Samenstelling van de commissie op de datum van indiening van het verslag/  
Composition de la commission à la date de dépôt du rapport**

Voorzitter/Président: Thérèse Snoy et d'Oppuers

**A. — Vaste leden / Titulaires:**

CD&V Luc Goutry, Nathalie Muylle, Lieve Van Daele  
MR Daniel Bacquelaire, Jean-Jacques Flahaux, Jacques Otlet  
PS Colette Burgeon, Marie-Claire Lambert  
Open Vld Yolande Avontroodt, Katia della Faille de Leverghem  
VB Koen Bultinck, Rita De Bont  
sp.a Maya Detiège, Christine Van Broeckhoven  
Ecolo-Groen! Thérèse Snoy et d'Oppuers  
cdH Catherine Fonck  
N-VA Flor Van Noppen

**B. — Plaatsvervangers / Suppléants:**

Sonja Becq, Mia De Schampelaere, Luc Peetermans, Mark Verhaegen  
Valérie De Bue, Olivier Destrebecq, Denis Ducarme, Josée Lejeune  
Jean Cornil, Guy Milcamps, Linda Musin  
Maggie De Block, Sofie Staelraeve, Carina Van Cauter  
Guy D'haeseleer, Barbara Pas, Bruno Valkeniers  
Dalila Douifi, Cathy Plasman, Magda Raemaekers  
Muriel Gerkens, Tinne Van der Straeten  
Georges Dallemagne, Marie-Martine Schyns  
Peter Luykx, Sarah Smeyers

cdH	:	centre démocrate Humaniste		
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams		
Ecolo-Groen!	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen		
FN	:	Front National		
LDD	:	Lijst Dedecker		
MR	:	Mouvement Réformateur		
N-VA	:	Nieuw-Vlaamse Alliantie		
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten		
PS	:	Parti Socialiste		
sp.a	:	socialistische partij anders		
VB	:	Vlaams Belang		
<i>Afkortingen bij de nummering van de publicaties:</i>			<i>Abréviations dans la numérotation des publications:</i>	
DOC 52 0000/000:		Parlementair document van de 52 <sup>e</sup> zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 52 0000/000:	Document parlementaire de la 52 <sup>ème</sup> législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA:		Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA:	Questions et Réponses écrites
CRIV:		Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)	CRIV:	Version Provisoire du Compte Rendu intégral (couverture verte)
CRABV:		Beknopt Verslag (blauwe kaft)	CRABV:	Compte Rendu Analytique (couverture bleue)
CRIV:		Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen) (PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft)	CRIV:	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes) (PLEN: couverture blanche; COM: couverture saumon)
PLEN:		Plenum	PLEN:	Séance plénière
COM:		Commissievergadering	COM:	Réunion de commission
MOT:		Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)	MOT:	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

<i>Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers</i>	<i>Publications officielles éditées par la Chambre des représentants</i>
<i>Bestellingen:</i>	<i>Commandes:</i>
<i>Natieplein 2</i>	<i>Place de la Nation 2</i>
<i>1008 Brussel</i>	<i>1008 Bruxelles</i>
<i>Tel. : 02/ 549 81 60</i>	<i>Tél. : 02/ 549 81 60</i>
<i>Fax : 02/549 82 74</i>	<i>Fax : 02/549 82 74</i>
<i>www.deKamer.be</i>	<i>www.laChambre.be</i>
<i>e-mail : publicaties@deKamer.be</i>	<i>e-mail : publications@laChambre.be</i>

DAMES EN HEREN,

Uw commissie heeft haar vergadering van 30 maart 2010 gewijd aan de presentatie en de bespreking van de resultaten van de vierde nationale gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV).

## I. — INLEIDENDE UITEENZETTING

### A. Algemene context

#### 1. Opdrachtgevers en hoofddoelstellingen

De heer Jean Tafforeau (WIV) licht toe dat de enquête, net als de drie vorige, werd georganiseerd in het raam van de interministeriële conferentie die alle in België voor Volksgezondheid bevoegde ministers verenigt. De enquête is dus het resultaat van een efficiënte samenwerking tussen het federale niveau, de Gemeenschappen en de Gewesten.

Ze werd uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, al werd ook nauw samengewerkt met de volgende instanties:

- de Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, wat de gegevensinzameling in het veld betreft;
- het Centrum voor Statistiek van de universiteit van Hasselt, voor de statistische ondersteuning.

Deze beide partners hebben een belangrijke rol gespeeld in de volbrenging van dit project.

Er zijn in België al heel wat gezondheidsgegevens beschikbaar. De bedoeling van de enquête is dus informatie te verschaffen die men elders niet kan vinden. De eerste gebruikers van de via de enquête verzamelde gegevens zijn de besluitnemers inzake volksgezondheid: zij kunnen aldus beschikken over nuttige informatie met het oog op de uitwerking van de gezondheidsprogramma's.

Een van de voornaamste troeven van de vierde enquête is dat zij het mogelijk maakt de evolutie in de tijd te volgen. Voorts zullen de gegevens worden gebruikt om in te gaan op vragen van de internationale instanties, zoals de Europese Commissie of de Wereldgezondheidsorganisatie.

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission a consacré sa réunion du 30 mars 2010 à la présentation et à la discussion des résultats de la quatrième enquête nationale de santé par l'Institut scientifique de Santé publique (ISSP).

## I.— EXPOSÉ INTRODUCTIF

### A. Cadre général

#### 1. Commanditaires et objectifs principaux

M. Jean Tafforeau (ISSP) informe que l'enquête a été organisée, tout comme les trois précédentes, dans le cadre de la conférence interministérielle qui réunit tous les ministres responsables de la Santé en Belgique. Elle est donc le fruit d'une collaboration efficace entre le niveau fédéral, les Communautés et les Régions.

L'enquête de santé a été réalisée par l'Institut scientifique de Santé publique mais elle est aussi le fruit d'une collaboration étroite avec:

- la Direction générale de la Statistique et de l'Information économique pour ce qui concerne la collecte des données sur le terrain;
- et le "Centrum voor Statistiek", de l'Université de Hasselt pour un support dans le domaine statistique.

Ces deux partenaires ont joué un rôle important qui a permis de mener le projet jusqu'à son terme.

Il existe déjà pas mal de données en matière de santé en Belgique: le but de l'enquête de santé est donc d'apporter des informations que l'on ne peut trouver ailleurs. Les premiers utilisateurs des données produites dans le cadre de l'enquête sont les décideurs en santé publique, en leur apportant des informations utiles pour le développement des programmes de santé.

Un des atouts majeurs à ce sujet, à la quatrième enquête, est de pouvoir suivre l'évolution de la situation dans le temps. Il faut signaler que ces données sont également utilisées pour répondre aux demandes des instances internationales comme la Commission européenne ou l'Organisation Mondiale de la Santé.

## 2. Steekproef en methode

Wat de methode betreft, is het van belang te onderstrepen dat de enquête een heuse wetenschappelijke studie is, die werd uitgevoerd met de daartoe vereiste nauwgezetheid en die alle nodige garanties biedt op het stuk van de kwaliteit van de resultaten. De steekproef had betrekking op een groep mensen die willekeurig werd geselecteerd op grond van het Rijksregister (in België verblijvende personen).

In totaal werden 11 254 mensen ondervraagd:

- 3 897 in Vlaanderen,
- 3 351 in Brussel,
- 4 006 in Wallonië.

Dankzij die opsplitsing per Gewest kunnen niet alleen betrouwbare statistieken worden opgemaakt voor elk Gewest, maar kunnen op gewestniveau ook gedetailleerde analyses worden uitgevoerd, bijvoorbeeld naar geslacht, leeftijd, scholingsniveau enzovoort. De steekproef omvat tevens 3 000 mensen van 65 jaar of ouder. Op verzoek van de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid werd die bevolkingscategorie namelijk oververtegenwoordigd in de steekproef.

Momenteel worden de enquêteresultaten trouwens verfijnd om te kunnen komen tot een uitsplitsing per leeftijd en per Gewest.

Enkele details in verband met de organisatie van de enquête:

- de gegevensinzameling vond plaats tussen mei 2008 en juni 2009;
- de enquête is gebaseerd op vrijwilligheid, zonder dat de geselecteerden dus worden verplicht deel te nemen;
- ruim 300 enquêteurs werden in dienst genomen en opgeleid om de interviews af te nemen;
- de meeste interviews werden thuis afgenomen, behalve die van rusthuisbewoners en dergelijke, in welk geval de enquêteur werd opgedragen zich ter plaatse te begeven;
- de enquête werd uitgevoerd met inachtneming van de vigerende regels inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Tot slot maakt de voor de enquête gebruikte methode het mogelijk representatieve resultaten te distilleren voor zowel de hele Belgische bevolking als de bevolking van elk Gewest.

Bij de gezondheidsenquête gaat een kaart die de 159 gemeenten weergeeft waarin de interviews wer-

## 2. Échantillon et méthodologie

Au point de vue méthodologique il est important de souligner que l'enquête est une véritable étude scientifique avec toute la rigueur que cela impose mais aussi toutes les garanties que cela offre en ce qui concerne la qualité des résultats. L'échantillon des personnes interrogées a été choisi au hasard sur la base du Registre national de la population résidant en Belgique.

Au total 11 254 personnes ont été interviewées:

- 3 897 personnes en Flandre,
- 3 351 personnes à Bruxelles,
- 4 006 personnes en Wallonie.

Cette répartition au niveau régional permet non seulement de publier des statistiques fiables pour chacune des Régions, mais aussi de réaliser à ce niveau des analyses détaillées en fonction par exemple du sexe, de l'âge, du niveau d'éducation, etc. Cet échantillon comprend également 3 000 personnes âgées de 65 ans ou plus. Ce groupe de population a en effet été suréchantillonné à la demande du Service Public Fédéral Sécurité Sociale.

Au moment de présenter les résultats de l'enquête, les données sont corrigées pour tenir compte de la répartition de la population par âge et par Région.

Voici maintenant quelques détails concernant l'organisation de l'enquête:

- la collecte des données a eu lieu entre mai 2008 et juin 2009;
- l'enquête est organisée sur une base volontaire, sans obligation de participer;
- plus de 300 enquêteurs ont été recrutés et formés pour réaliser les interviews;
- la plupart des interviews ont été réalisées à domicile, sauf pour les personnes âgées qui vivent en maison de repos, etc., auquel cas l'enquêteur avait pour consigne d'aller les interroger sur place;
- l'enquête respecte les prescriptions en vigueur concernant la protection de la vie privée.

Enfin, la méthodologie utilisée dans le cadre de l'enquête permet de produire des résultats représentatifs de la population tant pour la Belgique dans son ensemble que pour le niveau régional.

Une carte est présentée, qui montre la distribution des 159 communes dans lesquelles des interviews

den afgenomen. Ze liggen verspreid over het hele Belgische grondgebied. In de grote steden is de kans om te worden geïnterviewd groter, maar zelfs kleinere gemeenten komen in de steekproef voor. Zo een in een van die gemeenten geselecteerd gezin weigerde aan de enquête deel te nemen, werd het vervangen door een gezin met gelijksoortige kenmerken, waaronder met name de woonplaats (gemeente).

### 3. Planning

De enquêteresultaten zullen tegen eind september worden gepresenteerd in zes afzonderlijke rapporten:

1. Het eerste rapport heeft betrekking op de gezondheidstoestand van de bevolking en bevat voornamelijk de resultaten inzake de frequentie van ziekten, de functionele beperkingen en de mentale gezondheid.

2. Het tweede rapport zal betrekking hebben op het gezondheidsgedrag, zoals het tabaks- of alcoholgebruik, het al dan niet verrichten van fysieke activiteiten, sommige voedingsgewoonten enzovoort. Tevens zullen in dat onderdeel bepaalde preventieve gezondheidspraktijken worden belicht, zoals vaccinatie of de opsporing van kanker. Dat tweede rapport zal, net als de volgende, worden bekendgemaakt via een perscommuniqué.

3. De zorgconsumptie zal aan bod komen in een derde rapport, met onder andere een hoofdstuk over het geneesmiddelengebruik en een over de tevredenheid van de bevolking over de gezondheidszorg. Het belang van de enquête in deze aangelegenheid, ten opzichte van andere gegevensbronnen, is dat de gegevens gedetailleerd kunnen worden geanalyseerd in het licht van andere informatie zoals de sociaal-economische status van de geïnterviewde, alsook de ziektes waaraan hij lijdt of zijn levensstijl.

4. Het vierde rapport, "Gezondheid en Samenleving" genaamd, zal dieper ingaan op onderwerpen als de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, de sociale gezondheidszorg, de milieuongemakken enzovoort.

5 en 6. De laatste twee rapporten hernemen alle behandelde onderwerpen, maar leggen daarbij de klemtoon op, respectievelijk, de sociale ongelijkheid en de ouderen.

Het precieze tijdpad voor de presentatie van die verschillende rapporten is terug te vinden in het persdossier. Zo zal het tweede rapport over de levensstijl en de preventie eind april/begin mei beschikbaar zijn.

ont été réalisées. Elles sont réparties sur l'ensemble du territoire. Dans les grandes villes, la chance d'être sélectionné pour participer à l'enquête était plus grande, mais même des petites entités ont été reprises dans l'échantillon. Si un ménage sélectionné dans une de ces communes préférerait ne pas participer à l'enquête, il était remplacé par un autre ménage qui présentait des caractéristiques similaires — dont notamment la commune de résidence.

### 3. Planification

Les résultats de l'enquête seront présentés d'ici la fin du mois de septembre dans le cadre de six rapports différents:

1. Le premier concerne l'état de santé de la population: on y présente surtout les résultats concernant la fréquence des maladies, les limitations fonctionnelles et la santé mentale.

2. Le deuxième rapport concernera les comportements liés à la santé comme la consommation de tabac ou d'alcool, la pratique d'une activité physique, certaines habitudes alimentaires, etc.; on y aborde également certains soins de santé préventive comme la vaccination ou le dépistage du cancer par exemple. Ce deuxième rapport, ainsi que tous les suivants, feront l'objet d'un communiqué de presse.

3. La consommation de soins sera présentée dans le troisième rapport, avec notamment un chapitre sur la consommation de médicaments et un autre sur la satisfaction de la population en ce qui concerne les soins de santé. L'intérêt de l'enquête dans ce domaine, par rapport à d'autres sources de données porte sur le fait que des données peuvent être analysées en détail en fonction d'autres informations comme le statut socio-économique de la personne interrogée, les maladies dont elle souffre ou son style de vie.

4. Le quatrième rapport intitulé "Santé et société" traitera de sujets tels que l'accessibilité des soins, la santé sociale, les nuisances environnementales, etc.;

5 et 6. Les deux derniers rapports reprendront l'ensemble des sujets traités en mettant l'accent sur les inégalités sociales pour l'un et sur les personnes âgées pour l'autre.

L'agenda précis de la présentation de ces différents rapports est disponible dans le dossier de presse. Notamment, le deuxième rapport sur les styles de vie et la prévention sera disponible fin avril-début mai.

## B. Thema's

De in het rapport over de gezondheidstoestand aangesneden thema's zijn: subjectieve gezondheid, chronische aandoeningen, functionele beperkingen, lichamelijke pijn, mentale gezondheid, mondgezondheid, voedingsstatus. Het persdossier bevat een samenvatting daarvan.

### 1. Gezondheidstoestand

De voornaamste indicatoren die werden gebruikt om de bevolkingstoestand van de bevolking te meten, zijn in de beschouwde periode relatief stabiel gebleven:

- 23 % van de bevolking is ontevreden over zijn gezondheidstoestand;
- een zelfde percentage heeft in het dagelijks leven te kampen met functionele beperkingen;
- 14 % van de bevolking heeft kennelijk ernstige geestelijke gezondheidsproblemen.

Die stabiele toestand kan ook worden uitgelegd als een bewijs dat de gezondheidsenquête een degelijk instrument is, dat in staat is indicatoren tijdens een lange tijdsperiode betrouwbaar te meten.

Daarentegen steeg het aantal chronisch zieken in 2008 sterk: tot 30 % van de bevolking verklaart te lijden aan een van de onderzochte aandoeningen.

### 2. Subjectieve gezondheid

Wat de subjectieve gezondheidsperceptie betreft, kwam voor heel België een stabiele situatie naar voren. Daarom heeft het Instituut geprobeerd na te gaan of die vaststelling voor alle Gewesten geldt. In Wallonië verbetert de toestand sterk in de categorie van 25 tot 44 jaar, terwijl in de twee andere gewesten sprake is van een *status quo*. Het verschil tussen Vlaanderen en Wallonië is nagenoeg uitgevlakt. Mogelijk stemmen de cijfers toch niet overeen met de werkelijkheid, omdat het ook zou kunnen dat de Walen in deze crisisperiode optimistischer blijven dan de Vlamingen.

Vindt men de tendens inzake subjectieve gezondheid ook terug in de andere indicatoren?

### 3. Chronische aandoeningen

Het rapport bevat een lijst met vijf chronische aandoeningen, waarvan drie betrekking hebben op het been-dergestel en de gewrichten: artrose in het algemeen en rug- en nekproblemen in het bijzonder.

## B. Thématiques

Les thématiques qui sont abordées dans le rapport sur l'état de santé sont les suivantes: Santé subjective; Maladies chroniques; Limitations fonctionnelles; Douleurs physiques; Santé mentale; Santé bucco dentaire; Statut nutritionnel. Un résumé figure dans le dossier de presse.

### 1. État de santé

Les principaux indicateurs utilisés pour mesurer l'état de santé de la population sont restés relativement stables au cours de la période étudiée:

- ainsi, 23 % de la population n'est pas satisfaite de son état de santé;
- le même pourcentage souffre de limitations fonctionnelles dans la vie quotidienne;
- en outre 14 % semblent avoir des problèmes sérieux de santé mentale.

Cette stabilité peut être interprétée aussi comme un signe que l'enquête de santé est un instrument robuste qui permet de mesurer de manière valable des indicateurs au cours du temps.

On relève par contre pour 2008 une augmentation sensible des maladies chroniques avec désormais plus de 30 % de la population qui déclare souffrir d'une des pathologies étudiées.

### 2. Santé subjective

Concernant la santé subjective, une stabilité de l'indicateur pour la Belgique avait été notée. L'Institut a donc essayé donc de vérifier si l'évolution était la même dans les différentes Régions. On voit une amélioration sensible en Wallonie chez les 25-44 ans et un *statu quo* dans les deux autres régions. La différence entre Wallonie et Flandre est devenue presque négligeable. Il pourrait s'agir d'un biais parce que les Wallons sont peut être plus optimistes en cette période de crise économique que ne le sont leurs homologues flamands.

La tendance observée à propos de la santé subjective se retrouve-t-elle aussi pour d'autres indicateurs?

### 3. Maladies chroniques

Une liste des cinq maladies chroniques dont les gens souffrent le plus est donnée. Trois d'entre elles concernent le système ostéo-articulaire:

- l'arthrose en général;
- ou les problèmes au dos et au cou en particulier.



Tevens valt op dat chronische lage rugpijn de meest voorkomende aandoening is bij zowel mannen als vrouwen (bijna 20 % van de vrouwen zegt er last van te hebben).

Chronische aandoeningen komen de jongste jaren frequenter voor. Dat is deels te wijten aan de vergrijzing, maar er zijn nog andere oorzaken. Dat blijkt althans uit de analyse van bepaalde leeftijdscategorieën:

- bij de 25- tot 64-jarigen komt almaar meer hypertensie voor;
- bij de categorie van 65-jarigen en ouder is de frequentie van diabetes toegenomen;
- al die toenames zijn bovendien sterker bij vrouwen.

Die informatie is van groot belang, zeker als men bedenkt dat die aandoeningen ernstige verwickelingen met zich kunnen brengen.

Anders dan diabetes of hypertensie gaan ademhalingsaandoeningen, zoals chronische bronchitis en astma, er veeleer op achteruit. In dat opzicht moet worden gewezen op de band tussen de woonplaats en de frequentie van die chronische ademhalingsaandoeningen. Zo komen astma en chronische bronchitis dubbel zoveel voor in de steden, zelfs als men rekening houdt met factoren zoals het sociaal-economisch niveau of het tabaksgebruik. De milieuproblemen zullen gedetailleerder aan bod komen in het vierde rapport "Milieu en Gezondheid".

#### 4. Functionele beperkingen

De heer Stefaan Demarest (WIV) herinnert eraan dat kort na Wereldoorlog II de levensverwachting in België bij de geboorte 62 jaar bedroeg bij mannen en 67 jaar bij vrouwen. In 2005 was deze levensverwachting gestegen tot respectievelijk 76 en 82 jaar. Verwacht wordt dat de levensverwachting in de toekomst nog zal stijgen. Het is duidelijk dat hierdoor het aandeel van ouderen in de bevolking zal toenemen. Volgens het planbureau was in het jaar 2000 17 % van de bevolking 65 jaar of ouder. De prognose is dat dit percentage zal stijgen tot 20 % in 2020 en tot 26 % in 2060.

Een groeiende levensverwachting betekent evenwel niet dat de oudere populatie perfect gezond is. Integendeel: de toename van de levensverwachting gaat gepaard met een groeiend aantal personen met (functionele) beperkingen. Inzicht krijgen in de aard en

On voit aussi que les problèmes chroniques au bas du dos constituent la première cause de maladie aussi bien chez les hommes que chez les femmes (avec presque 20 % des femmes qui s'en plaignent).

La fréquence d'une série de maladies chroniques a augmenté ces dernières années. Ceci est dû en partie au vieillissement de la population mais pas seulement. Cela se remarque notamment quand on analyse certains groupes d'âge:

- on voit par exemple une augmentation de la fréquence de l'hypertension chez les 25-64 ans;
- alors que chez les 65 ans ou plus, c'est la fréquence du diabète qui a augmenté;
- on voit en outre que ces augmentations sont plus marquées chez les femmes.

Ces informations sont importantes quand on sait que ces pathologies peuvent entraîner des complications sérieuses.

Contrairement au diabète ou l'hypertension, la fréquence des maladies respiratoires comme la bronchite chronique et l'asthme a plutôt tendance à baisser. À ce sujet, il faut souligner la relation entre le lieu de résidence et la fréquence des maladies respiratoires chroniques. On voit ici par exemple que l'asthme et la bronchite chronique sont presque deux fois plus fréquents en milieu urbain, ceci même en tenant compte des facteurs comme le niveau socio-économique ou la consommation de tabac. Les problèmes d'ordre environnemental seront étudiés plus en détails dans le cadre du cadre du quatrième rapport intitulé "Santé et société".

#### 4. Limitations fonctionnelles

M. Stefaan Demarest (ISSP) rappelle que, peu après la Seconde Guerre mondiale, l'espérance de vie à la naissance en Belgique était de 62 ans pour les hommes et 67 ans pour les femmes. En 2005, l'espérance de vie a atteint 76 ans pour les hommes et 82 ans pour les femmes. On s'attend en outre à ce que l'espérance de vie continue encore à augmenter à l'avenir. Il est clair qu'en conséquence, la part des personnes âgées dans la population augmentera. Selon le Bureau du plan, les personnes de 65 ans et plus représentaient 17 % de la population en 2000. On prévoit que ce chiffre atteindra 20 % en 2020 et 26 % en 2060.

Le prolongement de l'espérance de vie ne signifie toutefois pas que les personnes âgées sont en parfaite santé. Au contraire, l'allongement de l'espérance de vie s'accompagne d'une augmentation du nombre de personnes atteintes de limitations (fonctionnelles). Il est

de mate van deze beperkingen is dan ook van uitzonderlijk belang.

Het is dan ook niet verwonderlijk dat in de Gezondheidsenquête veel aandacht besteed werd aan de prevalentie van beperkingen. Er werd hierbij een ruime invulling gegeven aan het begrip beperkingen. Niet uitsluitend strikt fysieke beperkingen komen aan bod, maar ook beperkingen in het uitvoeren van dagdagelijkse en van huishoudelijke activiteiten.

De prevalentie van beperkingen in het uitvoeren van dagdagelijkse activiteiten wordt voorgesteld in functie van leeftijd en geslacht. De resultaten tonen duidelijk aan dat beperkingen sterk samenhangen met de leeftijd. Waar beperkingen relatief weinig voorkomen in de jongere leeftijdsgroepen, stijgt de prevalentie ervan zeer sterk vanaf de leeftijd van 65 jaar. Bovendien komt naar voren dat de prevalentie van beperkingen bij vrouwen voor quasi alle leeftijdsgroepen hoger is dan voor mannen.

In de enquête werd niet enkel de prevalentie van beperkingen in kaart gebracht, maar werd ook onderzocht of mensen die met beperkingen geconfronteerd worden, kunnen rekenen op de steun van anderen om specifieke activiteiten toch te kunnen doen. Het kan hierbij zowel gaan om professionele steun als om steun van familie of vrienden.

In een slide wordt een overzicht gegeven van de prevalentie van beperkingen in het uitvoeren van dagdagelijkse activiteiten bij de twee oudste leeftijdsgroepen en dit afzonderlijk voor mannen en vrouwen. Twee vaststellingen: ten eerste dat, met uitzondering van de vrouwen van 75 jaar en ouder, meer dan helft van de ouderen niet beperkt is of, ondanks beperkingen, geen nood aan hulp heeft. Ten tweede dat de meeste ouderen die hulp nodig hebben, deze ook effectief van professionals of familie krijgen. Niettemin moet vastgesteld worden dat toch een aantal mensen in de kou blijft staan.

### 5. Lichamelijke pijn

Lichamelijke pijn wordt niet zo vaak bevraagd in een gezondheidsenquête. Na uitgesloten te zijn geweest in de twee vorige gezondheidsenquêtes (2001 en 2004), maakte dit onderwerp terug deel uit van de enquête van 2008. Pijn is een belangrijke parameter van (on)welbevinden. Het heeft een enorme impact op de kwaliteit van het leven en dit zowel op persoonlijk als op sociaal gebied.

donc particulièrement important de vérifier le type et le niveau de ces limitations.

Il n'y a dès lors rien d'étonnant à ce que l'enquête de santé attache une grande importance à la prévalence des limitations. La notion de "limitations" s'entend, en l'occurrence, au sens large du terme. Elle concerne non seulement les limitations strictement physiques mais également celles qui ont trait à l'exécution des activités quotidiennes et des activités instrumentales de la vie quotidienne.

La prévalence des limitations dans l'exécution des activités quotidiennes est présentée en fonction de l'âge et du sexe. Les résultats indiquent clairement que les limitations sont fortement corrélées avec l'âge. Si les limitations sont relativement rares dans les catégories d'âge des personnes les plus jeunes, leur prévalence augmente fortement à partir de l'âge de 65 ans. De plus, il apparaît que la prévalence des limitations observées chez les femmes est supérieure à celle observée chez les hommes pour presque toutes les tranches d'âge.

Cette enquête ne se borne pas à cartographier la prévalence des limitations. Elle examine également si les personnes confrontées à des limitations peuvent compter sur l'aide d'autrui pour encore pouvoir exercer certaines activités. Il peut s'agir d'une aide de nature professionnelle ou d'un soutien provenant de la famille ou d'amis.

Une dia fournit un aperçu de la prévalence de limitations dans l'exécution des activités de la vie quotidienne pour les deux groupes d'âge les plus âgés, et ce, en opérant la distinction entre les hommes et les femmes. Deux constatations s'imposent: premièrement, à l'exception des femmes de 75 ans et plus, plus de la moitié des personnes âgées n'ont pas de limitations ou, malgré des limitations, n'ont pas besoin d'aide. Deuxièmement, la plupart des personnes âgées qui ont besoin d'aide en reçoivent effectivement, qu'elle provienne de professionnels de la santé ou de la famille. Force est néanmoins de constater qu'un certain nombre de personnes sont laissées pour compte.

### 5. Douleurs physiques

Les douleurs physiques ne sont pas souvent abordées dans une enquête de santé. Après avoir été exclue des deux enquêtes de santé précédentes (2001 et 2004), ce thème est revenu dans l'enquête de 2008. La douleur est un paramètre important du mal-être ou du bien-être, qui a des répercussions considérables sur la qualité de la vie, et ce, tant sur le plan personnel que sur le plan social.



Er is een duidelijk verband tussen lichamelijke pijn en leeftijd: hoe ouder de bevolking, hoe meer lichamelijke pijn. Vanaf 75 jaar kampt een op vijf ouderen met hevige tot zeer hevige pijn. Bovendien ondervinden vrouwen meer lichamelijke pijn dan mannen, een verschil dat met de leeftijd ook groter wordt. Door de veroudering van de bevolking zal de prevalentie van lichamelijke pijn in de toekomst zeker nog toenemen.

Ook kan er voor lichamelijke pijn een socio-economische gradiënt vastgesteld worden: de laagst opgeleiden hebben bijna drie keer zo veel last van lichamelijke pijn dan de hoogst opgeleiden. Dit kan deels verklaard worden door de aard van het werk en de mate van fysieke inspanning die vereist is.

Lichamelijke pijn dient de nodige aandacht, omdat het naast fysieke beperkingen, het ook negatieve gevolgen heeft voor de mentale gezondheid. Zo hebben mensen met lichamelijke pijn 3,5 keer meer kans op depressieve aandoeningen en 2,4 keer meer slaapproblemen.

## 6. Mentale gezondheid

Verschillende dimensies van mentale gezondheid werden onderzocht in de bevolking van 15 jaar en ouder, namelijk angstproblemen, depressieve problemen, slaapproblemen, het gebruik van psychotrope geneesmiddelen (waar in de context van de enquête verwezen wordt naar kalmeermiddelen, antidepressiva en slaapmiddelen) en zelfmoordgedrag.

Het komt duidelijk naar voren dat vrouwen meer “emotionele” problemen aangeven dan mannen; vrouwen consumeren relatief ook meer psychotrope geneesmiddelen. Bovendien geven vrouwen meer dan mannen ooit aan zelfmoord gedacht te hebben en hebben meer dan mannen ooit pogingen daartoe ondernomen.

Opmerkenswaardig is dat quasi een vrouw op vier en een man op vijf slaapproblemen meldt. Bovendien geeft een vrouw op vijf aan haar toevlucht te nemen tot psychotrope geneesmiddelen, bijna twee maal meer dan mannen.

Het feit dat ongeveer een vrouw op acht depressieve symptomen meldt en dat een zelfde proportie reeds ernstig over zelfmoord heeft nagedacht, is niet verwaarloosbaar. Bij de mannen meldt 6 % van de bevolking depressieve symptomen en stelt 9 % al aan zelfmoord gedacht te hebben.

Il existe une relation évidente entre la douleur physique et l'âge: plus la population est âgée, plus elle éprouve de douleurs physiques. À partir de 75 ans, une personne âgée sur cinq souffre de douleurs d'une intensité importante, voire très importante. Qui plus est, les femmes éprouvent davantage de douleurs physiques que les hommes, une différence qui ne fait que s'accroître avec l'âge. Tout porte à croire que la prévalence des douleurs physiques ira croissant en raison du vieillissement de la population.

Pour les douleurs physiques également, on observe un gradient socio-économique: les personnes dont le niveau d'éducation est le plus faible éprouvent presque trois fois plus de douleurs physiques que les personnes les plus scolarisées. Cette différence s'explique en partie par la nature du travail et le degré d'efforts physiques qu'il demande.

La douleur physique requiert l'attention nécessaire, dès lors qu'elle entraîne non seulement des limitations physiques mais aussi des effets négatifs sur la santé mentale. Ainsi, chez les personnes éprouvant des douleurs physiques, les risques de dépression sont 3,5 fois plus élevés, tandis que les troubles du sommeil sont 2,4 fois plus nombreux.

## 6. Santé mentale

Plusieurs dimensions de la santé mentale ont été examinées dans la population âgée de 15 ans et plus, à savoir les problèmes d'anxiété, les problèmes de dépression, les problèmes d'insomnie, l'utilisation de médicaments psychotropes (dans le contexte de l'enquête, il s'agit des calmants, des antidépresseurs et des somnifères) et le comportement suicidaire.

Il apparaît clairement que les femmes font plus souvent état de problèmes “émotionnels” que les hommes; les femmes consomment aussi relativement plus de psychotropes. En outre, les femmes déclarent plus que les hommes avoir un jour songé au suicide et ont davantage que les hommes fait des tentatives de suicide.

Il y a lieu d'observer que pratiquement une femme sur quatre et un homme sur cinq déclarent avoir des problèmes d'insomnie. En outre, une femme sur cinq indique recourir à des psychotropes, soit presque deux fois plus que les hommes.

Le fait qu'environ une femme sur huit signale des symptômes dépressifs et qu'une même proportion a déjà songé sérieusement au suicide n'est pas négligeable. Chez les hommes, 6 % de la population rapportent des symptômes dépressifs et 9 % indiquent avoir déjà songé au suicide.

Emotionele problemen, zelfmoordpogingen en het gebruik van psychotrope geneesmiddelen worden beïnvloed door de sociale positie, ook nadat het effect van leeftijd en geslacht in de analyse geneutraliseerd wordt.

### 7. Zelfmoord

De resultaten met betrekking tot het zelfmoordgedrag zijn hiervoor een goede illustratie. Een grafiek stelt drie indicatoren rond zelfmoord voor: zelfmoordpogingen in de loop van het leven enerzijds, zelfmoordgedachten en zelfmoordpogingen tijdens de afgelopen twaalf maanden anderzijds. De resultaten worden voorgesteld in functie van het opleidingsniveau van het huishouden.

Voor alle indicatoren kan een socio-economische gradiënt vastgesteld worden: personen met een eerder beperkte opleiding hebben een groter risico om al aan zelfmoord gedacht te hebben en om een zelfmoordpoging gedaan te hebben. Het wijst erop dat deze personen minder gewapend zijn om het hoofd te bieden aan de wisselvalligheden van het bestaan.

In België geven 4 personen op 1 000 aan in de loop van het jaar voorafgaand aan de enquête gepoogd te hebben zelfmoord te plegen. Dit cijfer is ongewijzigd gebleven sinds 2004. Niet alle indicatoren van de gezondheid evalueren in negatieve zin. Het doet goed om ook een positieve evolutie te kunnen weergeven.

### 8. Mondgezondheid

Enkele indirecte indicatoren over de mondgezondheid van de Belgen zijn in de afgelopen jaren positief geëvolueerd. Zo zien we een daling van het aantal personen dat geen eigen, natuurlijke gebitselementen meer heeft, en ook het percentage personen dat kauwproblemen heeft tussen 1997 en 2008 sterk is gedaald. Deze evolutie zien we zowel bij 65-plussers als bij personen uit de leeftijdsgroep 45-64 jaar.

### 9. Voedingsstatus

Ook de Body Mass Index, welke een maat is voor het relatief lichaamsgewicht, is een goede indicator om een beeld te geven hoe het gesteld is met de gezondheids-toestand van de Belgische bevolking.

Niet minder dan 47 % van de volwassen bevolking (18 jaar en ouder) in België is te zwaar, dit wil zeggen een BMI van minstens 25. Meer specifiek kampt 33 % met overgewicht (BMI tussen 25 en 30) en is 14 % echt zwaarlijvig (BMI  $\geq$  30). De prevalentie van zowel overgewicht als zwaarlijvigheid kent sinds 1997 een stijgend verloop. Bovendien zijn deze prevalenties het hoogst in

Les problèmes émotionnels, les tentatives de suicide et l'usage de psychotropes sont influencés par la position sociale, même après neutralisation dans l'analyse de l'incidence de l'âge et du sexe.

### 7. Suicide

Les résultats relatifs au comportement suicidaire en sont une bonne illustration. Un graphique présente trois indicateurs concernant le suicide: les tentatives de suicide au cours de la vie, d'une part, les pensées suicidaires et les tentatives de suicide au cours des douze derniers mois, d'autre part. Les résultats sont présentés en fonction du niveau d'instruction du ménage.

Un gradient socio-économique peut être déterminé pour tous les indicateurs: les personnes ayant une formation plutôt limitée présentent un risque plus grand d'avoir déjà songé au suicide et d'avoir fait une tentative de suicide. Il indique que ces personnes sont plus démunies pour faire face aux aléas de l'existence.

En Belgique, 4 personnes sur 1 000 déclarent avoir tenté de se suicider dans le courant de l'année précédant l'enquête. Ce chiffre n'a pas changé depuis 2004. Tous les indicateurs de santé n'évoluent pas dans le mauvais sens. Il est réconfortant de pouvoir également traduire une évolution positive.

### 8. Santé bucco-dentaire

Quelques indicateurs indirects de la santé buccale des Belges ont évolué de manière positive ces dernières années. Ainsi, nous constatons que le nombre de personnes ne possédant plus aucune dent naturelle, d'origine, a diminué et que le pourcentage de personnes ayant des problèmes de mastication a fortement diminué entre 1997 et 2008. Nous constatons cette évolution aussi bien chez les personnes de plus de 65 ans que chez celles qui ont entre 45 et 64 ans.

### 9. État nutritionnel

De même, l'indice de masse corporelle, qui est une mesure du poids corporel relatif, est un indicateur qui reflète bien l'état de santé de la population belge.

En Belgique, pas moins de 47 % des adultes (18 ans et plus) sont corpulents, ce qui signifie qu'ils ont un IMC d'au moins 25. Plus spécifiquement, 33 % de la population souffrent d'une surcharge pondérale (IMC entre 25 et 30) et 14 % sont réellement obèses (IMC  $\geq$  30). Depuis 1997, la prévalence du surpoids comme de l'obésité est en augmentation. Ces prévalences sont en outre les plus

het Waals Gewest, maar is het Vlaams Gewest met een inhaalmanoeuvre bezig.

Overgewicht bij kinderen draagt bij tot de epidemie van overgewicht bij volwassenen. Wat zeer verontrustend is, is dat al 18 % van de kinderen van 2 tot en met 17 jaar een overgewicht heeft. Deze prevalentie is over de jaren heen onveranderd gebleven. Kinderen van 5 tot 9 jaar vormen de grootste risicogroep. De prevalentie van overgewicht bij kinderen is het hoogst in het Brussels Gewest, hoewel deze bij volwassenen het laagst is.

Ook voor zwaarlijvigheid is de prevalentie niet verder geëvolueerd en schommelt rond de 5 %. Ook is deze prevalentie het hoogst in het Brussels Gewest.

### C. Interactieve tools

Alle resultaten van het rapport dat werd voorgesteld, zoals ook alle ander geplande rapporten, zijn te consulteren op de internetsite. Het volledige rapport en alle tabellen van deze enquête, maar ook van alle voorgaande, kunnen naar hartenlust van het net gehaald worden, mits de bron wordt vermeld.

*De heer Jean Tafforeau* stelt de interactieve website voor. Bij de onderzoeksanalyse is niet volledig voldaan aan alle behoeften. Zo kan een lokale mandataris bijvoorbeeld het tabaksverbruik willen kennen. De interactieve analyse verschaft hem een interessant hulpmiddel.

Alle resultaten zijn via de webstek *online* raadpleegbaar. Zo worden bijvoorbeeld over een specifieke chronische ziekte statistieken over de gezondheidstoestand vertoond. De gebruiker kan de gewenste indicator kiezen. In verband met hoge bloeddruk en de prevalentie daarvan tijdens het afgelopen jaar wordt een menu aangeboden. Er kan worden gekozen voor een spreiding volgens de verschillende onderzoeken, de geografische zone, de verdeling tussen mannen en vrouwen en de leeftijd. De zoekopdracht wordt aan het systeem doorgegeven, en het resultaat is onmiddellijk beschikbaar in tabelvorm.

## II.— GEDACHTEWISSELING

### A. Invloed van exogene factoren

*Mevrouw Rita De Bont (VB)* zou het waarderen, mocht een grondiger onderzoek worden verricht naar de verbanden tussen de maatschappelijke knelpunten en de gezondheid van individuen. De maatschappelijke

élevées en Région wallonne, mais la Région flamande est en train de rattraper la Région wallonne.

La surcharge pondérale chez les enfants contribue à l'épidémie de surcharge pondérale chez les adultes. Ce qui est très inquiétant, c'est que 18 % déjà des enfants de 2 à 17 ans souffrent de surcharge pondérale. Cette prévalence est restée inchangée au fil des ans. Les enfants de 5 à 9 ans constituent le principal groupe à risque. La prévalence de la surcharge pondérale chez les enfants est la plus élevée en Région bruxelloise, bien qu'elle soit la plus faible chez les adultes .

La prévalence de l'obésité n'a pas non plus évolué et oscille autour de 5 %. Cette prévalence est également la plus élevée en Région bruxelloise.

### C. Outils interactifs

Tous les résultats du rapport qui a été présenté, tout comme les autres rapports planifiés, peuvent être consultés sur le site internet. Le rapport intégral et tous les tableaux de cette enquête, mais également de toutes les précédentes, peuvent être téléchargés à volonté, pour autant que la source soit mentionnée.

*M. Jean Tafforeau* expose le site internet interactif. Dans le cadre de l'analyse de l'enquête, tous les besoins d'informations ne sont pas complètement remplis. Par exemple, un mandataire local peut vouloir connaître la consommation de tabac. L'analyse interactive lui fournit un intéressant outil.

Tous les résultats sont consultables en ligne, via le site internet. Par exemple, pour une maladie chronique spécifique, des statistiques sur l'état de santé sont montrées. L'utilisateur peut choisir l'indicateur qu'il désire. Sur l'hypertension, et sa prévalence au cours de la dernière année, un menu est offert. Une répartition sur les différentes enquête, la zone géographique, la répartition hommes-femmes, l'âge, peuvent être choisis. La requête est soumise au système; le résultat est disponible immédiatement, sous forme de tableau.

## II.— ÉCHANGE DE VUES

### A. Influence de facteurs exogènes

*Mme Rita De Bont (VB)* aurait apprécié qu'une étude plus approfondie soit réalisée sur les liens entre les problèmes sociaux et la santé des individus. Les facteurs sociaux, tels que l'accès à un emploi, et environnemen-

factoren, zoals de toegang tot een baan en milieuomstandigheden, zijn van doorslaggevend belang voor de gezondheid van de bevolking. Zo die factoren worden veronachtzaamd, dreigt de gezondheidszorg al gauw onbetaalbaar te worden.

*Voorzitter Thérèse Snoy et d'Oppuers* vraagt de deskundigen of zij hebben nagegaan of er een verband bestaat tussen overgewicht en het genetisch aspect. Hebben zij stilgestaan bij de voeding van de ondervraagde personen?

#### B. Vragen over de aanpak

*Mevrouw Rita De Bont (VB)* is verbaasd over sommige resultaten, zoals de verschillen tussen mannen en vrouwen en de functionele beperkingen. Gebeuren dergelijke vaststellingen op grond van objectieve gegevens, dan wel louter op de subjectieve beoordeling van de ondervraagde personen?

Men moet onafgebroken oog hebben voor de psychische moeilijkheden, want die worden onvoldoende bestudeerd. Die problemen houden vaak verband met exogene, met name maatschappelijke factoren. Hebben de onderzoekers de ondervraagde personen louter vragen over hun geestesgezondheid gesteld?

*Mevrouw Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!)* noemt de methode die erin bestaat geregeld bevestigingen te verrichten, waarbij met name de genderdimensie in aanmerking wordt genomen, interessant. Het is trouwens bijna voor het eerst dat bij dergelijke onderzoeken ook het genderaspect aan bod komt. Toch hebben die onderzoeken hun beperkingen, en kunnen ze subjectief gekleurde resultaten opleveren. Pijn is immers een in hoge mate subjectief gegeven. Hoe kan op basis van klachten naar overtuigende indicatoren worden gezocht? Zijn kruisverwijzingen doorgevoerd met de gegevens van andere beleidsmakers of over andere gezondheidsbeleidsmaatregelen? Toont zulks het bestaan van correlaties aan?

Ook *mevrouw Nathalie Muylle (CD&V)* heeft vragen omtrent de bij de enquête gehanteerde werkwijze. De resultaten worden geformuleerd op grond van via vragenlijsten verzamelde gegevens. Meer bepaald in verband met mond- en tandhygiëne zullen de ondervraagde personen ongetwijfeld aan de onderzoekers antwoorden wat die te horen wensen te krijgen. Rugpijn bij vrouwen zal dan weer worden gedramatiseerd. Een representatieve steekproef volstaat niet om die gekleurde visie weg te werken, vooral als helemaal niets in het medisch dossier wordt nagetrokken.

taux sont déterminants sur la santé de la population. Si on fait l'impasse sur ces facteurs, les soins de santé deviennent rapidement impayables.

*Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers, présidente*, demande aux experts s'ils ont analysé l'existence d'un lien entre la surcharge pondérale et l'aspect génétique. Se sont-ils arrêtés à l'alimentation des personnes interrogées?

#### B. Questions méthodologiques

*Mme Rita De Bont (VB)* s'étonne de certains résultats, tels que les différences entre hommes et femmes et les limitations fonctionnelles. Est-ce sur la base de données objectives que de tels constats sont posés, ou l'enquête ne se fonde-t-elle que sur des appréciations subjectives des personnes interrogées?

Les problèmes psychiques appellent une attention constante: ils ne sont pas assez étudiés. Ces problèmes sont souvent liés à des facteurs exogènes, sociaux notamment. Les enquêteurs se sont-ils bornés à poser aux personnes interrogées des questions sur leur santé mentale?

*Mme Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!)* qualifie d'intéressante, la méthode qui consiste à procéder à des enquêtes à un rythme régulier, en prenant notamment en considération la dimension de genre. C'est d'ailleurs l'une des premières fois que de telles études intègrent le genre. Toutefois, ces enquêtes présentent des limites et peuvent contenir des biais. La douleur est notamment un élément qui contient une large part de subjectivité. Comment peut-on, sur la base de plaintes, rechercher des indicateurs convaincants? Un croisement des données a-t-il lieu avec d'autres décideurs ou d'autres politiques de santé? Des corrélations sont-elles mises en évidence?

*Mme Nathalie Muylle (CD&V)* se pose également des questions sur la méthodologie de l'enquête. Les résultats sont formulés sur la base de données récoltées par des questionnaires. Il est certain que, notamment en ce qui concerne l'hygiène bucco-dentaire, les personnes questionnées vont répondre aux enquêteurs ce que ces derniers voudraient entendre. Les douleurs au dos chez les femmes seront quant à elles dramatisées. Un échantillon représentatif ne suffit pas à faire disparaître ce biais, spécialement si aucune recherche n'est opérée dans le dossier médical.

De spreekster waardeert dat om de vier jaar onderzoeken plaatsvinden, met gebruikmaking van telkens een op soortgelijke wijze gestructureerde vragenlijst. Toch zouden de vragen meer opleveren als er ook andere vraagstukken in aan bod zouden komen, zoals het verbruik van alcoholhoudende producten of tabak. Ware het mogelijk het onderzoek bij te sturen tussen elke cyclus in?

*De heer Jacques Otlet (MR)* merkt op dat van de 11 000 mensen die werden ondervraagd op verzoek van de opdrachtgevers of van de WIV-directie, er 3 000 ouder dan 65 jaar waren. Was die verhouding identiek in 2001 en 2004? Zo het antwoord ontkennend is, dan rijst ontegensprekelijk een moeilijkheid bij de interpretatie van de cijfers.

*De heer Stefaan Demarest* antwoordt dat de gezondheidsenquête er inderdaad alleen toe strekt een representatieve steekproef over hun situatie te onderwerpen. Ze is niet bedoeld om diagnoses te stellen. Wel klopt het dat aan die aanpak hoe dan ook beperkingen verbonden zijn.

Desalniettemin worden alle gestelde vragen wetenschappelijk gevalideerd en als dusdanig erkend in binnen- en buitenland (met name door Europese en internationale gezondheidsautoriteiten).

Het is fout te denken dat de wetenschappelijke grondslag van het onderzoek te zwak is. Er wordt een groot aantal vragen gesteld, in casu over de sociaaleconomische achtergrond van de ondervraagde personen. De deskundigen baseren zich op heel wat gezaghebbende literatuur. De statistieken zullen altijd slechts een vereenvoudigde visie op de werkelijkheid bieden; toch tonen zij duidelijk de tendensen aan, en reiken zij doorslaggevende informatie aan.

Het WIV en de met dit dossier belaste wetenschappers kunnen reeds bogen op tien jaar ervaring. Zo kunnen onderlinge verbanden worden gelegd tussen de informatie. Die informatie berust altijd op feiten. De enquêtemethode is door de EU erkend, die vanaf 2013 het gebruik ervan trouwens zal veralgemenen in alle lidstaten.

Het WIV mag zich niet baseren op gegevens uit het medisch dossier. De wetgeving op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer verbiedt dat formeel.

Voorts licht *de heer Jean Tafforeau* toe dat de via een vragenlijst verkregen informatie wordt aangevuld met andere gegevens die via een onderzoek werden verkregen. De wetenschappers zijn zich ervan bewust dat sommige gegevens die mensen opgeven subjectief

L'intervenante apprécie que des études soient réalisées tous les quatre ans, avec une structure de questionnaire similaire à chaque fois. Toutefois, ces questions gagneraient à aborder certaines autres problématiques, comme la consommation de produits alcoolisés ou de tabac. Serait-il possible d'amender l'étude et les questions entre chaque cycle?

*M. Jacques Otlet (MR)* remarque que sur les 11 000 personnes entendues à la demande des commanditaires ou de la direction de l'ISSP, 3 000 avaient un âge supérieur à 65 ans. La proportion était-elle identique en 2001 et en 2004? Si tel n'est pas le cas, se pose alors incontestablement un problème d'interprétation des chiffres.

*M. Stefaan Demarest* répond que l'enquête de santé ne vise effectivement qu'à interroger un échantillon représentatif sur leur situation. Elle n'a pas vocation à poser des diagnostics. Il est vrai que des limites sont inhérentes à cette méthodologie.

Toutefois, toutes les questions posées sont validées scientifiquement et reconnues comme telles aux niveaux interne et international (notamment par les autorités sanitaires européennes et internationales).

Il est faux de croire que l'étude est insuffisamment fondée d'un point de vue scientifique. De nombreuses questions sont posées, notamment sur la situation socio-économique des personnes interrogées. Les experts se fondent sur une littérature abondante et qui fait autorité. Les statistiques ne seront jamais qu'une vision simplifiée de la réalité; elles mettent toutefois clairement en évidence des tendances et permettent l'apport d'informations déterminantes.

L'ISSP et les scientifiques chargés de ce dossier peuvent déjà s'enorgueillir de plus de dix années d'expérience. Il est ainsi possible de relier les informations entre elles. Ces informations sont toujours basées sur des faits. La méthode des enquêtes est reconnue par l'Europe, qui va d'ailleurs dès 2013 en généraliser l'utilisation dans l'ensemble des États membres.

L'ISSP ne peut se fonder sur les informations qui figurent dans le dossier médical. La législation relative à la vie privée l'interdit formellement.

*M. Jean Tafforeau* précise en outre que les informations obtenues par questionnaire sont complétées par d'autres, obtenues par un examen. Les scientifiques sont conscients des biais dans la déclaration de certaines données. Par exemple, toutes les catégories ne



gekleurd zijn. Zo zijn bijvoorbeeld niet alle categorieën van mensen er even happig op om melding te maken van overgewicht.

Om een onderzoek te verrichten, zijn projecten aan de gang. De spreker haalt bijvoorbeeld “*Health Examination Survey*” aan, dat zal bestaan in een klinisch of paraklinisch onderzoek. Zo vallen bijvoorbeeld de antwoorden over hypertensie moeilijk te interpreteren. In dezen ware het mogelijk die nauwkeuriger te meten. Een bloedafname zou glycemie- of cholesterolproblemen kunnen objectiveren. Er is een nota in voorbereiding, die het WIV zal voorleggen aan het interministerieel comité Volksgezondheid.

De evolutie tussen opeenvolgende enquêtes in hebben betrekking op de subjectieve gezondheid. De basisindicatoren zijn op zich al subjectief. Toch haalt dat obstakel de enquête niet onderuit, want de evolutie van dat subjectieve aspect is nu net wat wordt aangetoond.

Alle enquêtes bevatten dezelfde of soortgelijke vragen. De spreker acht het van belang de nadruk te leggen op de stabiliteit die een dergelijke methodologie verschaft. Bij gebrek daaraan zijn de ramingen en de inschattingen van de evolutie vervalst. Soms moeten correcties worden aangebracht. Zo werd in 2001 een nieuw internationaal erkend instrument geïntegreerd om de graad van lichaamsactiviteit te berekenen. Aanvankelijk maakte dat element deel uit van de persoonlijke enquête. De enquêteurs hebben gewezen op de problemen die dat onderdeel veroorzaakte. Het WIV heeft beslist ze op te nemen in de schriftelijke vragenlijst. Hoewel de vragen dezelfde waren, werden de statistieken gewijzigd. De loutere wijziging van de status van een vraag kan dus gevolgen hebben.

*De heer Stefaan Demarest* attendeert er nog op dat de methodologische kunstgreep die erin zou bestaan te antwoorden in een zin die voldoet aan de verwachtingen van de enquêteur ten dele kan worden belet door gebruik te maken van schriftelijke en anonieme vragenlijsten.

Voorts is een groep van 11 000 ondervraagden zeer ruim. Die mensen worden niet toevallig gekozen. De ouderen zijn weliswaar oververtegenwoordigd. Als over de resultaten verslag moet worden gerapporteerd, wordt de oververtegenwoordiging echter gecorrigeerd en aangepast aan de samenstelling van de steekproef. De ouderen zullen dus naar verhouding van hun aandeel in de Belgische bevolking worden opgenomen. Vaak wordt aangegeven dat een steekproef of een deel ervan uit minstens 1 000 mensen moet bestaan.

sont pas identiquement enthousiastes à déclarer un surpoids.

Pour qu'un examen soit réalisé, des projets sont en cours. L'intervenant cite par exemple le “*Health Examination Survey*”, qui consistera en un examen clinique ou paraclinique. Par exemple, il est difficile d'interpréter les réponses pour l'hypertension. Il serait ici possible de le mesurer plus exactement. Une prise de sang pourrait objectiver des difficultés de glycémies ou de cholestérol. Une note est en préparation et sera soumise par l'ISSP au comité interministériel relatif à la santé publique.

L'évolution entre enquêtes successives concernent la santé subjective. Les indices de base sont eux-mêmes subjectifs. Il ne s'agit toutefois pas d'un obstacle dirimant, car c'est justement l'évolution de cet aspect subjectif qui est démontrée.

Le contenu des questions est identique ou similaire d'une enquête à l'autre. L'intervenant pense qu'il est important d'insister sur la stabilité qu'une telle méthodologie procure. À défaut, les estimations et la mesure de l'évolution sont biaisées. Parfois, des corrections s'imposent. Par exemple, en 2001, un nouvel instrument validé internationalement a été intégré pour calculer le niveau d'activité physique. Au départ, cet élément faisait partie de l'enquête face à face. Les enquêteurs ont souligné les problèmes que cette partie leur causait. L'ISSP a pris la décision de l'intégrer dans le questionnaire écrit. Alors que les questions étaient identiques, les statistiques ont été modifiées. Le simple fait de modifier le statut d'une question peut donc avoir des conséquences.

*M. Stefaan Demarest* souligne encore que le biais méthodologique qui consisterait à répondre dans un sens conforme aux attentes de l'enquêteur peut être contré en partie par l'utilisation de questionnaires écrits et dépersonnalisés.

Par ailleurs, l'échantillon de 11 000 personnes est très large. Ces personnes ne sont pas choisies aléatoirement. Les personnes âgées sont certes surreprésentées. Toutefois, lorsqu'il s'agit de rendre compte des résultats, la surreprésentation est corrigée et adaptée à la composition de l'échantillon. Les personnes plus âgées seront donc reprises au prorata de leur présence dans la population belge globale. Le nombre de 1 000 est souvent cité comme celui en deçà duquel un échantillon ou une part d'échantillon ne peut descendre.



De gezondheidsenquête verstrekt een massa informatie over het verband tussen pijn en sociale factoren. In het eerste rapport is er alleen een gestandaardiseerde analyse, op grond van indicatoren. In het tweede onderzoek worden die gegevens met andere parameters gecombineerd. In werkelijkheid zijn de resultaten van de enquête oneindig omdat ze afhangen van de combinatie van veelzijdige factoren. Iedereen mag gebruik maken van de inlichtingen want die worden, tegen betaling, raadpleegbaar gemaakt door de internationale overheden.

*Mevrouw Nathalie Muylle (CD&V)* is onvoldaan: ze wenst dat die gegevens worden gekoppeld aan die van de prevalentie van de ziekten. De bescherming van de persoonlijke levenssfeer is zeker een obstakel, maar er zijn ook tal van andere gegevens beschikbaar, onder meer in de gegevensbestanden met betrekking tot de gezondheid. Op die manier zou de realiteit veel beter worden beschreven.

*Mevrouw Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!)* verwijst in dat opzicht naar het voorbeeld van de onderzoeken van de centra voor gezondheidsobservatie (meer bepaald in Henegouwen). De gegevens zijn niet noodzakelijk dezelfde als die van de gezondheidsenquête.

Wegens de bescherming van de persoonlijke levenssfeer kan de relevantie van de inlichtingen moeilijk worden ingeschat. Zo zou de postcode van de gemeente van oorsprong een nuttige aanwijzing kunnen geven. De woonplaats van de ondervraagden wordt niet vermeld in de enquête van het WIV. Iedereen heeft het recht te weten dat in zijn regio een probleem rijst dat schadelijk is voor de gezondheid, met een mogelijke correlatie. Mogen die gegevens nooit met elkaar worden vergeleken? Moet de vigerende wet- of regelgeving niet worden aangepast om het instrument te verfijnen?

*Mevrouw Rita De Bont (VB)* neemt er nota van dat er in de drie Gewesten van het land wordt naar gestreefd de steekproeven representatief te maken. In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zijn er illegalen, die onder meer inzake demografie, cultuur en bestaansonzekerheid tal van specifieke kenmerken hebben. Maken zij deel uit van de ondervraagden?

*De heer Stefaan Demarest* bevestigt dat er wel degelijk wordt naar gestreefd dat de steekproef representatief is. Hij stipt aan dat gebruik wordt gemaakt van het Rijksregister. Illegalen zijn daarin niet opgenomen. De Belgische nationaliteit is echter geen voorwaarde om deel uit te maken van de steekproef. Allochtone bevolkingsgroepen zijn vertegenwoordigd in de steekproef, maar zij zijn minder happig dan anderen om op bepaalde vragen te antwoorden.

Concernant le lien entre douleur et facteurs sociaux, l'enquête de santé fournit une masse d'informations. Dans le premier rapport, il n'y a encore qu'une analyse standardisée, sur la base d'indicateurs. Dans la deuxième étude, ces données seront combinées avec d'autres paramètres. En réalité, les résultats de l'enquête sont infinis, car ils dépendent de la combinaison de facteurs multiples. Chacun peut utiliser les informations, car elles sont rendues consultables par les autorités internationales, moyennant rétribution.

*Mme Nathalie Muylle (CD&V)* reste sur sa faim: elle aurait voulu un couplage des données avec celles de la prévalence des maladies. Certes, la protection de la vie privée constitue un obstacle. Il existe toutefois aussi toute une série d'autres données disponibles, notamment dans des bases de données de santé. La description de la réalité serait ainsi bien meilleure.

*Mme Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!)* cite à cet égard l'exemple des études menées par les observatoires de la santé (et notamment dans le Hainaut). Les données ne sont pas forcément identiques à celles de l'enquête de santé.

Il est difficile de bien apprécier la pertinence des informations en raison de la protection de la vie privée. Ainsi, le code postal de la commune d'origine pourrait donner une utile indication. L'enquête de l'ISSP ne fait pas apparaître le domicile des personnes auditionnées. Chacun a droit à savoir qu'il existe dans sa région un problème qui nuit à la santé, avec une corrélation possible. Ne peut-on jamais organiser ce croisement des données? Ne convient-il pas de modifier la réglementation ou la législation en vigueur, pour améliorer l'outil?

*Mme Rita De Bont (VB)* prend note que la représentativité des échantillons est recherchée, dans les trois Régions du pays. En Région de Bruxelles-Capitale, on trouve des illégaux, dont les spécificités sont multiples quant à la démographie, la culture et la précarité notamment. Font-ils partie des personnes interrogées?

*M. Stefaan Demarest* confirme l'objectif de représentativité de l'échantillon et indique que le registre national est utilisé. Ce registre ne contient pas les personnes en statut illégal. Toutefois, la nationalité belge n'est pas une condition pour être intégré dans l'échantillon. Les populations allochtones sont représentées dans l'échantillon, même si elles ont plus de réticences que les autres à répondre à certains types de questionnaires.

*De heer Jean Tafforeau* merkt op dat de centra voor gezondheidsobservatie over hun eigen gegevens beschikken. Het centrum van Henegouwen beschikt over aanzienlijke middelen. Een groot gedeelte van de werkzaamheden en van de publicaties van die centra berust op andere gegevensbanken, onder andere de geboortestatistieken en zelfs de studies van het WIV. Doorgaans wordt gestreefd naar een nauwe samenwerking. De analyse mag dan in de eerste plaats bestemd zijn voor degenen die ze hebben besteld, er wordt voor gezorgd dat ook andere instellingen er gebruik van kunnen maken.

Bedoeling van de enquête is te zorgen voor gezondheidsindicatoren, die nuttig zijn voor elk Gewest en voor het federaal niveau. Ter gelegenheid van de eerste enquêtes hadden sommige provincies om bijkomende steekproeven verzocht teneinde over provinciale statistieken te beschikken. Het WIV zou niet tot een lager geografisch niveau willen afdalen. Statistieken op het niveau van een plaatselijke leefgemeenschap zoals een gemeente zijn niet noodzakelijk relevant.

Om een echte bescherming van de persoonlijke levenssfeer te waarborgen, is de gegevensbank in twee verdeeld. Het eerste deel, dat de persoonlijke gegevens van de ondervraagden bevat, kan alleen door het WIV worden geraadpleegd. Het tweede deel, dat anoniem is, wordt gepubliceerd. Het klopt dat iemand met slechte bedoelingen de gegevens zou kunnen samenvoegen om iemand te identificeren.

De Algemene Directie Statistiek is onderworpen aan een specifieke wetgeving, met name de wet van 22 maart 2006 tot wijziging van de wet van 4 juli 1962 betreffende de openbare statistiek en van de wet van 8 augustus 1983 tot regeling van een Rijksregister van de natuurlijke personen. Ze organiseert haar eigen enquêtes, zonder dat ze daartoe de toestemming of een advies moet krijgen van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Als op de Algemene Directie Statistiek een beroep wordt gedaan, heeft ze toegang tot het Rijksregister en mag ze stroomopwaarts overgaan tot een eerste toelating van de gegevens. Het staat echter niet vast dat ruwe gegevens kunnen worden aangeleverd, precies wegens de persoonlijke levenssfeer. Het probleem wordt onderzocht.

Het WIV mag zich niet noodzakelijk op de minimale klinische gegevens (MKG) baseren. Enerzijds hebben de in de ziekenhuizen verzamelde inlichtingen immers in ruime mate betrekking op ernstige ziekten, die een opname in het ziekenhuis vereisen. Tal van gezondheidsproblemen kunnen echter niet in het ziekenhuis worden behandeld. Anderzijds verstrekken de gegevensbanken van de MKG of zelfs de gegevens in verband met con-

*M. Jean Tafforeau* note que les observatoires de santé disposent de leurs propres données. Celui du Hainaut bénéficie de moyens importants. Une bonne part de leurs travaux et de leurs publications sont fondées sur d'autres bases de données, notamment les statistiques de naissances, et y compris même les études de l'ISSP. En règle, une étroite collaboration est recherchée. Si, dans un premier temps, l'analyse est destinée aux commanditaires, il est veillé à ce que d'autres institutions puissent éventuellement aussi les utiliser.

L'objectif de l'enquête consiste à produire des indicateurs de santé, utiles pour chaque Région et pour l'échelon fédéral. Lors des premières enquêtes, des provinces avaient demandé des "suréchantillons" pour pouvoir obtenir des statistiques provinciales. L'ISSP ne voudrait pas descendre à un échelon géographique plus bas. Les statistiques à l'échelle d'une localité telle qu'une commune ne sont pas nécessairement pertinentes.

Pour garantir une véritable protection de la vie privée, la base de données est divisée en deux. La première partie, qui contient les données personnelles des personnes de l'échantillon, n'est consultable que par l'ISSP. La seconde, qui est dépersonnalisée, est publiée. Il est vrai qu'il serait possible à une personne malveillante de recouper toutes les données pour identifier quelqu'un.

La Direction générale de la Statistique est soumise à une législation spécifique: la loi du 22 mars 2006 modifiant la loi du 4 juillet 1962 relative à la statistique publique et la loi du 8 août 1983 organisant un Registre national des personnes physiques. Elle organise ses propres enquêtes, sans devoir obtenir une autorisation ou un avis de la Commission de la protection de la vie privée. Lorsqu'il est fait appel à la DG Statistique, celle-ci a accès au registre national et peut procéder à un premier toilettage des données en amont. Il n'est par contre pas acquis que des données brutes puissent être délivrées, justement en raison de la vie privée. Le problème est à l'examen.

L'ISSP ne peut pas nécessairement se fonder sur les données inscrites dans le résumé clinique minimum (RCM). En effet, d'une part, les informations collectées au sein des hôpitaux concernent largement des maladies sérieuses, qui nécessitent une hospitalisation. Or, de nombreux problèmes de santé n'ont pas vocation à être traités à l'hôpital. D'autre part, les bases de données du RCM ou même les données de consommation par

sumptie van het RIZIV aanwijzingen over de consumptie van medische zorg of van specialiteiten, zonder echter een grondig beeld te geven van de gezondheid van de mensen. De gezondheidsenquête slaat op alle gezondheidsgegevens van de mensen (sociaal-economische, gezondheid, levenswijze enzovoort) en niet alleen op eventuele pathologieën.

### C. Gezondheid van de vrouwen

Dat vrouwen meer klachten hebben, baart mevrouw *Katia della Faille de Leverghem (Open Vld)* zorgen. Beweerd wordt dat de situatie beter zou zijn in Wallonië dan in Vlaanderen of in Brussel. In die twee Gewesten stelt men echter een verbetering en een verkleining van de kloof vast. Is de analyse nog valabel, nu een inhaalbeweging aan de gang is?

*Mevrouw Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!)* is verwonderd over de functionele moeilijkheden die zijn opgedoken, in verband met de gezondheidstoestand. Er is sprake van een geïntegreerde nood aan hulp. Vooral de vrouwen maken deel uit van de mensen die zo'n hulp nodig hebben. Vaak zijn zij het die hulp bieden en als ze zelf hulp nodig hebben, is er vaak niemand meer.

*De heer Jacques Otlet (MR)* is evenzeer verbaasd over het verschil tussen mannen en vrouwen in dergelijke belangrijke categorieën als chronische pijn en hulp in het dagelijks leven. Is er een vergelijking beschikbaar met andere Europese landen? Is België een uitzondering of past het in een algemene trend?

*Voorzitter Thérèse Snoy et d'Oppuers* verbaast zich ook over het aantal klachten van vrouwen, met hoge scores voor ernstige pijn.

Pijn is soms gerelateerd aan opleidingsniveau, dat zelf gerelateerd is aan armoede of bestaansonzekerheid. De spreker stelt veronderstelt dat er tussen opleidingsniveau en bestaansonzekerheid verbanden zijn. Inzake pijn is de toegang tot adequate zorg echter bepalend. Sommige vrouwen lijden pijn, zonder de reden te kunnen aangeven en zonder dat die pijn dus ongedaan kan worden gemaakt. Zij doen een beroep op de klassieke geneeskunde, die niet altijd doeltreffend is.

*De heer Stefaan Demarest* geeft aan dat het moeilijk is tussen de landen vergelijkingen te maken. Hij is geneigd een dergelijke vergelijking te maken vanaf 1997. Die is echter ingewikkeld, aangezien de gebruikte instrumenten nog veel verschillen. Er worden initiatieven

l'INAMI procurement des indications sur la consommation de soins ou de spécialités pharmaceutiques, sans pour autant délivrer une vision de fond sur la santé des personnes. L'enquête de santé porte sur l'ensemble des données de santé des personnes (socio-économique, santé, style de vie, etc.), et pas seulement sur d'éventuelles pathologies.

### C. Santé des femmes

*Mme Katia della Faille de Leverghem (Open Vld)* se dit préoccupée par le fait que les femmes expriment plus de plaintes. Il est soutenu que la situation serait meilleure en Wallonie qu'en Flandre ou à Bruxelles. Or, dans ces deux Régions, on constate une amélioration et une atténuation de l'écart. L'analyse tient-elle encore la route, alors qu'une manœuvre de rattrapage est en cours?

*Mme Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!)* se dit frappée par les difficultés fonctionnelles rencontrées, en lien avec l'état de santé. Un besoin d'aide intégré est affirmé. Parmi les personnes qui ont besoin de ce type d'aides figurent au premier rang les femmes. Celles-ci sont souvent celles qui apportent l'aide. Lorsqu'elles en ont besoin elles-mêmes, il n'y a souvent plus personne.

*M. Jacques Otlet (MR)* exprime un étonnement similaire face à la différence entre hommes et femmes dans des rubriques aussi importantes que les douleurs chroniques ou l'assistance à la vie journalière. Une comparaison avec d'autres pays européens est-elle disponible? La Belgique fait-elle figure d'exception ou s'inscrit-elle dans une évolution générale?

*Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers, présidente*, est également étonnée par l'importance des plaintes des femmes, avec des proportions importantes de douleurs sévères.

La douleur est parfois liée à niveau d'éducation, lui-même lié au niveau de pauvreté ou de précarité. L'intervenante suppose qu'il y a entre l'éducation et la précarité des liens. Or, en matière de douleurs, l'accès aux soins adéquats est déterminant. Certaines femmes souffrent de douleurs, sans identifier la raison et donc sans apporter de solution concrète. Elles font appel à de la médecine classique, qui ne fonctionne pas toujours.

*M. Stefaan Demarest* indique qu'il est difficile de procéder à des comparaisons entre États. Il est tenté de procéder à une telle comparaison depuis 1997. Elle est toutefois compliquée car les instruments utilisés diffèrent encore beaucoup. Des initiatives sont prises,

genomen, met name op Europees vlak, om de vragenlijsten tussen de landen vergelijkbaar te maken.

#### D. Betrokkenheid van de besluitvormers

*Mevrouw Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!)* zou willen weten of het WIV een beroep heeft gedaan op de bevoegdheden van de verschillende bestuursniveaus en dus ook op de niveaus die bevoegd zijn inzake gezondheidsbevordering. Kan de invloed van het beleid inzake gezondheid en gezondheidsbevordering, met name bij de bestrijding van overgewicht, worden gemeten? Is kruisgewijze invloed mogelijk? De spreker is ervan overtuigd dat die beleidslijnen vatbaar zijn voor verbetering, zelfs al gaat het niet noodzakelijk om een federale bevoegdheid.

*Mevrouw Nathalie Muylle (CD&V)* vindt de verstrekte informatie interessant in het kader van de totstandkoming van de besluitvorming. Is er nadien overleg met de opdrachtgevers? Het Parlement is zeker niet de enige instantie die in die resultaten is geïnteresseerd.

*De heer Luc Goutry (CD&V)* zou ook willen dat die resultaten de besluitvormers van nut zijn. De gezondheidsgegevens wijken soms echter af van hun eerste doelstelling, wat na de jongste pandemie en de psychose errond voldoende is gebleken. Uiteindelijk werden miljoenen euro uitgegeven en de geloofwaardigheid van de Wereldgezondheidsorganisatie is er niet ongeschonden uit gekomen. Men moet voorkomen dat de gezondheidsgegevens bijdragen tot een sociologie van de angst. De bevolking is al te vaak het slachtoffer van pseudowetenschappelijke informatie, met weerklank in de pers, die de kunstmatige illusie geeft van een ideaal van volmaakte volksgezondheid.

Buiten die gezondheidsenquêtes speelt het WIV ook een unaniem erkende rol in het wetenschappelijk onderzoek in strikte zin. Hoe zijn de taken bij het WIV verdeeld?

*Voorzitter Thérèse Snoy et d'Oppuers* werpt de heer Goutry tegen dat hij zo kunstmatig twee visies tegenover elkaar stelt: een wetenschappelijke, die het voorrecht zou zijn van de geneeskunde en de exacte wetenschap, en een niet-wetenschappelijke, waarin alle menswetenschappen zouden worden ondergebracht.

*De heer Stefaan Demarest* bevestigt dat gezondheid een brandend actueel onderwerp is, waar de pers zich vaak op stort. Als wetenschappelijke instelling heeft het WIV precies gepoogd alle zucht naar sensatie te weren, strikt te blijven en zich alleen op de wetenschap te

notamment au niveau européen, pour que les questionnaires soient comparables d'un État à l'autre.

#### D. Implication des décideurs

*Mme Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!)* voudrait savoir si l'ISSP s'est associé les compétences des différents niveaux de pouvoir et donc aussi ceux compétents en matière de promotion de la santé. Est-ce que l'impact des politiques de santé et de promotion de la santé, notamment dans la lutte contre le surpoids, peut être mesuré? Des croisements sont-ils possibles? L'oratrice se dit convaincue qu'il est possible d'améliorer ces politiques, même si elles ne dépendent pas nécessairement du pouvoir fédéral.

*Mme Nathalie Muylle (CD&V)* considère que les informations données sont intéressantes dans le cadre de la formation des décisions politiques. Une concertation a-t-elle lieu après avec les commanditaires? Le Parlement n'est certainement pas la seule instance intéressée par ces résultats.

*M. Luc Goutry (CD&V)* voudrait aussi que ces résultats servent aux décideurs. Les données de santé sont toutefois parfois déviées de leur objectif premier, ce que la dernière pandémie et la psychose qui l'a entourée ont suffisamment mis en évidence. Au final, des millions ont été dépensés et la crédibilité de l'Organisation mondiale de la santé n'en est pas sortie indemne. Il faut éviter que les données de santé ne participent à une sociologie de la peur. La population est trop souvent victime d'informations pseudo-scientifiques dont la presse se fait l'écho et qui donnent l'illusion factice d'un idéal de perfection sanitaire.

Outre ces enquêtes de santé, l'ISSP a également un rôle unanimement reconnu dans des études scientifiques au sens strict. Quelle est la répartition des tâches dans l'ISSP?

*Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers, présidente*, oppose à M. Goutry qu'il oppose ainsi artificiellement une vision scientifique, qui serait l'apanage de la médecine et des sciences dures, et une vision non scientifique, dans laquelle serait rangées toutes les sciences humaines.

*M. Stefaan Demarest* confirme que la santé est un sujet brûlant d'actualité, dont la presse s'empare souvent. En tant qu'institution scientifique, l'ISSP a justement tenté d'éviter tout sensationnalisme, de rester strict et de se fonder uniquement sur la science. Les données

baseren. De gegevens in het rapport zijn voor het publiek toegankelijk. Tot daar gaat de verantwoordelijkheid van het Instituut. Als een persorgaan of een politicus de zaken verdraait, is dat hun verantwoordelijkheid. Het WIV blijft respectvol, neutraal en dringt geen enkele visie op. De enquêteurs ontzeggen zich elke vorm van sensatiezucht. De enquêteurs beschikken voor de enquêtes over geen enkele speelruimte.

*De heer Luc Goutry (CD&V) zag zijn opmerking meer als een algemene waarschuwing: het was geen kritiek op het WIV.*

*De heer Jean Tafforeau* denkt dat een mogelijk belang van de gezondheidsenquête is dat ze in de tijd regelmatig wordt herhaald, zodat men de evolutie van de parameters kan volgen. De correlatie met het gezondheidsbeleid is niet de rol van de wetenschap, maar van de politiek. Een dergelijke correlatie zou wetenschappelijk maar tot uiting kunnen komen, als wordt gewerkt met verschillende geografische zones waar bepaalde beleidslijnen in sommige zones wel uitvoering krijgen, en andere niet. Het is ondenkbaar de bevolking op die wijze te gijzelen.

Wat de programma's betreffende de opsporing van borstkanker sinds 2000 betreft, zijn er echter interessante gegevens beschikbaar. De evolutie van de cijfers over het aantal mammografieën wordt berekend sinds 1997.

Andere studies hebben het mogelijk gemaakt de rol van maatschappelijke ongelijkheid aan het licht te brengen. Een van de klassieke problemen van het gezondheidsbeleid is dat de sensibiliseringscampagnes gewoonlijk alleen maar de bevolkingsklassen bereiken met de hoogste scholingsgraad. Weldra zal een enquête resultaten opleveren waarmee men zal kunnen nagaan of de maatschappelijke ongelijkheid in het mammografie-onderzoek al dan niet nog aanwezig is.

Een correlatie opstellen tussen een gegeven beleid en de resultaten van de enquête niet makkelijk is. In 2004 had het WIV de aandacht gevestigd op het gebruik van psychotrope stoffen. De toenmalige minister van Volksgezondheid had maatregelen genomen, met name via een campagne in de media. Uit die cijfers blijkt dat ondanks de toename van die stoffen, die toename stilaan afneemt. Dat bemoedigende resultaat kan worden gekoppeld aan het beleid.

qui figurent dans le rapport sont à la disposition du public. C'est là que la responsabilité de l'Institut s'arrête. Si un organisme de presse ou un mandataire politique travestit le propos, c'est sa responsabilité. L'ISSP reste respectueux, neutre et n'impose aucune vision des choses. Les enquêteurs s'interdisent tout sensationnalisme. Ces enquêteurs ne disposent d'aucune marge de manœuvre pour les enquêtes.

*M. Luc Goutry (CD&V) voyait son intervention plus comme une mise en garde générale: elle ne critiquait pas l'ISSP.*

*M. Jean Tafforeau* pense qu'un intérêt de l'enquête de santé est qu'elle est répétée à plusieurs échéances au cours du temps, ce qui permet un suivi de l'évolution des paramètres. La corrélation avec la politique de santé n'est pas le rôle du scientifique, mais du politique. Une telle corrélation ne pourrait scientifiquement être mise en évidence que si des zones géographiques différentes étaient instituées, où certaines seraient soumises et d'autres non à des politiques données. Il est inconcevable de prendre la population de cette manière en otage.

En ce qui concerne les programmes de dépistage du cancer du sein depuis 2000, des informations intéressantes sont toutefois disponibles. L'évolution des chiffres de mammographies est calculé depuis 1997.

D'autres études ont permis de mettre en évidence le rôle des inégalités sociales. L'un des problèmes classiques des politiques de santé est que les campagnes de sensibilisation ne touchent en règle que les publics les mieux éduqués. L'enquête débouchera bientôt sur des résultats qui permettront de vérifier si les inégalités sociales, dans les mammographies, persistent ou non.

Établir une corrélation entre une politique donnée et les résultats de l'enquête n'est pas une mince affaire. En 2004, l'ISSP avait attiré l'attention sur l'utilisation des substances psychotropes. Le ministre alors en charge de la Santé publique avait pris des mesures, notamment par le biais d'une campagne dans les médias. Les chiffres montrent que, même si ces substances continuent à augmenter, un fléchissement est noté. Il est possible de relier la politique avec ces résultats encourageants.



*E. Middelen*

*Voorzitter Thérèse Snoy et d'Oppuers* vraagt nadere inlichtingen over het aantal personen die met die enquête zijn belast, inclusief de externe medewerkers, en in welke budgetten er is voorzien.

*De heer Stefaan Demarest* geeft aan dat zes mensen in het WIV aan die enquête werken, met de medewerking van 350 externe enquêteurs, in een pool van 600 man. De begroting bedraagt 1,6 miljoen euro: dat bedrag dient vooral voor de vergoeding van de enquêteurs.

*De rapporteur,*

Jacques OTLET

*De voorzitter,*

Thérèse  
SNOY et d'OPPUERS

*E. Moyens*

*Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers, présidente,* demande des précisions sur le nombre de personnes qui sont chargées de cette enquête, y compris des personnes externes, et quels sont les budgets.

*M. Stefaan Demarest* répond que six personnes s'en occupent au sein de l'ISSP, avec la collaboration de 350 enquêteurs extérieurs, dans un pool de 600. Le budget atteint 1,6 million d'euros: cette somme est surtout destinée à rétribuer les enquêteurs.

*Le rapporteur,*

Jacques OTLET

*La présidente,*

Thérèse  
SNOY et d'OPPUERS