

## La santé des résidents d'habitations à loyer modique : une illustration du lien entre le revenu et la santé

### INTRODUCTION

L'association entre un faible revenu et un état de santé précaire est vraisemblablement le facteur clé qui peut expliquer la différence constatée lorsque l'on compare la santé des résidents d'habitations à loyer modique (HLM) avec celle de la population en général, à l'aide des sources de données disponibles. C'est ce qui ressort, entre autres, d'une analyse comparative de la santé des résidents de HLM effectuée à partir des données de la dernière édition de l'Enquête sociale et de santé, réalisée en 1998 par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

Cette analyse a fait l'objet d'une étude publiée par la Société d'habitation du Québec (SHQ), qui voulait d'abord répondre au besoin de la Société et des intervenants du logement social de mieux cerner l'état de santé des résidents de HLM, tout en s'inscrivant dans une volonté plus générale de mieux connaître cette population. Mais l'étude s'adresse aussi à un auditoire plus large : comme les résidents de logements sociaux forment un groupe ayant des caractéristiques socioéconomiques particulières, l'analyse comparative de leur état de santé peut sans doute constituer un apport pertinent pour toute personne intéressée à l'étude de la santé des populations.

Après une présentation au chapitre 1 des éléments qui forment le cadre de l'étude (modèles conceptuels, approches méthodologiques), l'analyse des données sur les caractéristiques sociales et économiques des répondants ainsi que l'analyse des données sur leur logement font l'objet respectivement des chapitres 2 et 3 de l'étude. Cette analyse permet d'explorer la relation éventuelle entre certains éléments de ces thématiques et l'état de santé des personnes, telle qu'elle est esquissée dans des modèles conceptuels relatifs à la santé.

Le chapitre 4 traite des variables de santé en tant que telles. Ces dernières sont toutes tirées de réponses au Questionnaire rempli par l'interviewer (QRI), le questionnaire principal de l'Enquête sociale et de santé. Les données résultant de l'autre questionnaire de l'enquête, soit le Questionnaire auto-administré (QAA), ont été utilisées surtout au chapitre 2 portant sur les caractéristiques socioéconomiques des ménages.

### PRINCIPAUX CONSTATS

L'identification de la population d'intérêt (les résidents de HLM) et l'exploitation des données se sont déroulées en vertu d'une entente sur la confidentialité des données intervenue entre l'ISQ et la SHQ. Parmi les 11 986 ménages répondants au QRI, 305 ont été identifiés comme résidant en logement de type HLM public et privé à but non lucratif. Le Québec compte environ 70 000 logements de ce type, en excluant les logements destinés à la population inuite (l'enquête ne couvrait pas le Nunavik). Ces ménages résidents se caractérisent d'abord par des distributions âge-sexe différentes de celles qu'on retrouve dans la population : les résidents de HLM sont généralement plus âgés et les répondants principaux de ces ménages sont plus souvent de sexe féminin. Conséquemment, l'analyse multivariée a été employée afin de contrôler ces deux variables, qui sont reconnues comme des déterminants importants de la santé.

#### Des résultats contrastés pour le revenu, mais non pour le logement

En raison des critères d'attribution des HLM, il était attendu que les résidents de ce type de logements connaissent une situation économique généralement plus difficile que celle des autres ménages. L'étude confirme le bien-fondé de cette attente à l'aide de plusieurs variables liées à des conditions socioéconomiques, notamment l'indice de suffisance du revenu, le revenu brut et le statut d'activité du répondant principal. Les plus faibles revenus de ces ménages font aussi que relativement peu d'entre eux sont pourvus de polices d'assurance privée pour les soins de santé non couverts par le régime d'assurance maladie. Par contre, les résidents qui sont prestataires du programme d'assistance emploi disposent des protections de santé offertes par ce programme.

Les variables portant sur le logement occupé ont été étudiées en restreignant le groupe de comparaison aux ménages locataires. Peu de résultats significatifs ont émergé de cette comparaison. Il en va ainsi du nombre moyen de pièces par personne, l'indicateur de la densité d'occupation du logement, qui ne révèle pas de différences significatives. Par contre, il a été observé que les ménages résidant en HLM demeurent dans leur logement actuel depuis plus longtemps que les autres ménages locataires. En outre, plusieurs variables concernaient les caractéristiques du logement et les comportements des occupants influençant

la qualité de l'air intérieur, un sujet auquel l'enquête portait une attention particulière. Encore là, tant pour ce qui est de la méthode de chauffage, que des comportements relatifs à l'air intérieur — aération, exposition à la fumée de tabac, présence de tapis —, on constate très peu de différences significatives entre les deux groupes de locataires.

### Des différences significatives en matière de santé

Avec ces informations comme arrière-plan, les résidents de HLM ont été comparés à tous les autres répondants sur un ensemble de trente-quatre variables mesurant différents indicateurs relatifs à l'état de santé, choisis principalement en fonction de leur intérêt pour l'étude. Certains de ces indicateurs portent davantage sur l'utilisation des ressources de santé alors que les autres rapportent si le répondant déclare être affecté de certains problèmes de santé. Douze de ces variables génèrent un coefficient non significatif pour la variable résidence en HLM. Parmi les variables d'utilisation des ressources non significatives, on note les visites à l'hôpital, les consultations médicales, les blessures accidentelles et la consommation de la majorité des médicaments. Parmi les variables indicatrices de problèmes de santé, celles qui concernent l'hypertension et les ulcères d'estomac sont non significatives; deux autres ont produit des résultats conditionnels à la variable âge, les variables résidence et âge étant liées par une interaction significative ne permettant pas de tirer une conclusion claire. Les vingt variables de santé restantes génèrent des coefficients significatifs, en contrôlant le groupe d'âge et le sexe, ce qui tend à confirmer que le fait de résider en HLM est pertinent par rapport à la santé.

Parmi ces résultats significatifs, certains peuvent pointer dans un sens favorable aux hypothèses et d'autres, dans l'autre sens. La situation semble assez partagée en ce qui a trait aux variables d'utilisation des ressources de santé. Du côté des professionnels consultés, il ressort que les résidents de HLM sont moins susceptibles d'avoir vu un dentiste, mais plus susceptibles d'avoir vu des salariés du secteur public. Du côté des médicaments, on observe quatre résultats significatifs; entre autres, les résidents de HLM consomment davantage deux produits qui ne sont pas en vente libre, soit les tranquillisants et les vaccins contre la grippe.

Dans le cas des variables de problèmes de santé, toutefois, le rôle tenu par la variable résidence en HLM paraît nettement mieux défini. Des treize qui génèrent des coefficients significatifs, tous (sauf le problème de vision de près exigeant le port de lunettes) convergent dans le même sens: les résidents de HLM courent de plus grands risques d'être affectés par le problème. De ce groupe, neuf produisent des estimations à variance relativement faible, donc plus fiables. Ce sont les variables indiquant des problèmes de maux de dos, d'arthrite et de rhumatisme, de dépression, de maladies du cœur, de troubles urinaires et maladies du rein, de périodes de grande nervosité ou d'irritabilité, de maladies de la rétine, de problèmes de santé chroniques « autres », de même que la variable indice faisant état de limitations dans les activités à cause de maladies ou de problèmes de santé.

#### RÉSULTATS DES ANALYSES MULTIVARIÉES POUR LES VARIABLES DE SANTÉ SIGNIFICATIVES, QUÉBEC, 1998.

Variabiles	Rapport de cotes (résident/non-résident) <sup>1</sup>	Intervalle de confiance <sup>2</sup>
<b>Utilisation des ressources</b>		
Dentiste (deux dernières semaines)	0,44	0,19–0,99
Infirmière/infirmier (deux dernières semaines)	1,9	1,0–3,7
Travailleur social/travailleuse sociale (deux dernières semaines)	4,4	1,5–11,1
Tranquillisants (quarante-huit dernières heures)	2,0	1,3–3,0
Laxatifs (quarante-huit dernières heures)	2,6	1,5–4,6
Médicaments contre le rhume des foies (douze derniers mois)	0,35	0,21–0,59
Vaccin contre la grippe (douze derniers mois)	1,5	1,0–2,2
<b>Problèmes de santé</b>		
Maux de dos, de colonne	2,2	1,5–3,0
Arthrite, rhumatisme	1,9*	—
Déficience mentale ou intellectuelle	5,4	1,6–20,0 <sup>3</sup>
Dépression	2,1	1,2–3,7
Maladie du cœur	1,8	1,1–2,9
Troubles urinaires, maladies du rein	2,8	1,3–5,9
Paralysie à la suite d'une attaque, hémorragie cérébrale	8,5	3,6–20,0 <sup>3</sup>
Périodes de grande nervosité ou d'irritabilité	2,0	1,3–3,1
Incapacité ou handicap dus à l'obésité	6,8	3,3–14,3 <sup>3</sup>
Maladies de la rétine	2,9	1,1–7,7
Autre problème de santé chronique	2,4	1,0–5,6
Problème de vision de près	0,72	0,53–0,98
Limitation dans les activités à cause de problèmes de santé	2,5	1,8–3,5

Source: Enquête sociale et de santé 1998; calculs de l'auteur (âge et sexe de la personne pris en considération).

Notes: \* Interaction résidence/sexe significative.

1. Non-résident = 1,0. 2. Au seuil de 95 % du rapport de cotes. 3. Très large intervalle de confiance à cause de la faible prévalence de cette condition.

## ANALYSE DES RÉSULTATS

### Des résultats sensibles à la nature des variables de santé

Parmi les variables de santé traitées dans l'étude, une majorité concourent à confirmer que le fait de résider en HLM puisse être relié à l'état de santé des personnes. Pour mieux comprendre ces résultats, l'étude examine, en premier lieu, la nature des variables de santé selon les résultats obtenus. La distinction faite entre les variables de santé qui relèvent davantage de l'utilisation des ressources et celles qui indiquent l'existence de problèmes de santé s'avère très pertinente en regard de ces résultats. Comme on l'a vu, le traitement du premier type de variables dans l'étude a produit des résultats mixtes, n'allant pas dans un sens clairement défini. Toutefois, la situation est différente dans le cas des variables relevant l'existence d'un problème de santé, envisagé surtout comme une condition à plus long terme. On le perçoit particulièrement bien en considérant les résultats obtenus avec deux variables indices portant sur les limitations d'activité. Si la variable indice qui traite des *accidents avec blessures* n'a pas généré un coefficient significatif pour la variable résidence, en revanche, la variable indice qui traite des limitations dans les activités à cause de *maladies* ou de *problèmes de santé* (donc une condition à plus long terme) produit un résultat significatif, indiquant que les résidents de HLM sont beaucoup plus susceptibles d'être sujets à de telles limitations.

Ce résultat éclaire avec justesse la structure plus générale des résultats observés pour les variables de problèmes de santé. En effet, la plupart des variables traitant de problèmes de santé à relativement long terme (pouvant entraîner des limitations d'activités) ont produit des résultats indiquant clairement que les résidents de HLM sont plus susceptibles d'être victimes de ces problèmes.

### Le logement occupé n'est pas en cause

Plusieurs modèles théoriques posent l'hypothèse que l'état de santé des personnes sera influencé par leurs conditions de logement. À cet égard, l'enquête de 1998 a voulu documenter particulièrement l'effet possible de la qualité de l'air intérieur. Or, les informations obtenues sous cet angle n'ont pas révélé de différences significatives et paraissent peu pertinentes relativement aux types de problèmes de santé qu'éprouvent les résidents de HLM. Par ailleurs, le ratio du nombre de pièces par occupant aurait pu être pertinent par rapport à deux des problèmes de santé répertoriés, soit celui de la dépression et celui des périodes de grande nervosité ou d'irritabilité; cependant, l'écart du nombre de pièces par occupant entre ménages résidents en HLM et autres ménages locataires s'est révélé faible et non significatif. De façon générale, le peu de pertinence des variables logement tirées de l'enquête relativement à l'état de santé des résidents de HLM pourrait s'expliquer par la nature des problèmes de santé affectant ces ménages. Comme il s'agit de problèmes de santé de longue durée, dont le temps de latence peut également être assez long, on peut légitimement croire que le lien entre le logement et la santé aurait ressorti davantage si l'on avait pu considérer les logements antérieurs de ces ménages.

### LE CONTRÔLE DE CERTAINES VARIABLES PAR L'ANALYSE MULTIVARIÉE

Lorsqu'on cherche à comparer deux populations sous un certain angle, comme celui de la santé, il importe d'éviter les biais que peuvent engendrer des différences marquées dans la composition des populations comparées. Ainsi, on sait que la composition de la population des résidents de HLM diffère nettement de celle de la population en général, particulièrement en ce qui a trait à l'âge et au sexe des personnes. Ces différences sont évidemment de nature à perturber toute comparaison en matière de santé. D'où l'opportunité du « contrôle » de ces variables qui permet d'établir le caractère significatif ou non des comparaisons, indépendamment des différences dans la composition de ces populations.

L'analyse dite « multivariée » est une méthode d'analyse statistique permettant de vérifier ce que devient l'influence d'une variable indépendante (ici la variable « résidence en HLM ou non ») sur la variable examinée ou d'intérêt, une fois pris en compte l'effet perturbateur possible des variables contrôlées. Dans cette étude, l'application de ce modèle d'analyse est généralement effectuée à l'aide de la technique de la régression logistique et les résultats sont exprimés sous forme d'un « rapport de cotes ». Celui-ci exprime l'importance de l'effet moyen attribuable à la variable « résidence en HLM » par le rapport de la cote prédite qu'une personne (ou ménage) résidant en HLM présente telle valeur de la variable d'intérêt en regard de la cote prédite correspondante parmi les non-résidents, et ce, en tenant constants l'âge et le sexe des personnes (ou d'autres variables lorsque cela était pertinent).

En somme, l'utilisation de cette méthode permet d'affirmer que les différences significatives en matière de santé révélées par l'étude ne sont pas dues à une plus grande présence des femmes ou des personnes âgées parmi les résidents de HLM.

En effet, pour la grande majorité des ménages qui y sont admissibles, l'obtention d'un HLM doit représenter une amélioration sensible de leurs conditions matérielles de logement. Deux des six critères obligatoires énoncés par le Règlement sur l'attribution des logements à loyer modique concernent le logement des requérants: l'un vise les « déficiences d'habitabilité » de ce logement et l'autre, son état de surpeuplement. Ce même règlement prévoit en outre que toute demande de relocalisation dans un autre logement, formulée par un ménage résidant en HLM en raison d'un problème de santé ou de sécurité dû à son logement actuel, figure au nombre des demandes prioritaires. Donc, que ce soit pour les requérants ou pour les résidents, on peut supposer que les mécanismes en vigueur font en sorte que la résidence en HLM apporte une solution à des problèmes de logement susceptibles de nuire à la santé des personnes.

### Un exemple du lien entre le revenu et la santé

L'autre dimension retenue par des modèles théoriques pour expliquer l'état de santé des personnes est celle de leur milieu ou statut socioéconomique, ce qui se ramène le plus souvent au

revenu des ménages. Les comparaisons entre résidents de HLM et non-résidents confirment que les résidents disposent de plus faibles revenus. Or les données de l'enquête indiquent également que les résidents de HLM connaissent plus fréquemment des problèmes de santé; elles fournissent donc, sur un plan général, un exemple de l'association reconnue entre les revenus des ménages et l'état de santé de leurs membres. Les modèles théoriques vont généralement plus loin que le simple constat d'une association et tendent à postuler un lien de cause à effet entre le revenu et la santé. La relation est perçue comme étant positive, c'est-à-dire qu'un faible revenu du ménage est considéré comme contribuant à l'apparition de problèmes de santé (bas revenu, mauvaise santé), alors qu'un revenu élevé préviendrait ou atténuerait ceux-ci (bon revenu, bonne santé). À l'inverse, on peut également faire valoir que des problèmes de santé peuvent avoir, ou avoir eu, un effet négatif marqué et durable sur le revenu du ménage.

Compte tenu du fait que l'Enquête sociale et de santé est une enquête transversale et non longitudinale, l'étude demeure prudente à cet égard et ne se prononce pas sur le sens dominant d'un tel lien éventuel de causalité. L'étude suggère qu'on peut y voir par ailleurs des relations avec le fonctionnement du logement social en tant que système. Ainsi, le mode d'attribution, associé au temps d'attente, peut faire en sorte que les ménages qui sont à faible revenu depuis un certain temps sont favorisés. Or ce critère de stabilité dans les bas revenus sera plus aisément rempli par des personnes qui sont aux prises avec des problèmes de santé de longue durée. Toutes choses étant égales par ailleurs, les personnes qui n'éprouvent pas de tels problèmes sont plus susceptibles d'améliorer leur situation économique, ce qui leur donne probablement plus de latitude sur le marché du logement; elles ont aussi plus de chance de connaître un changement de situation (déménagement, emploi, etc.) qui rende caduque leur demande de logement social. Quant aux ménages résidant déjà en HLM dont les membres n'ont pas de tels problèmes, ils ont sans doute tendance, eux aussi, à quitter ce logement à la suite d'un emploi, ou d'une autre occasion qui les y incitera. De leur côté, les personnes qui ont des problèmes de santé chroniques seraient plus stables et persévérantes dans ce système, ce qui pourrait avoir un effet cumulatif sur leur présence en HLM.

## CONCLUSION

Cette première étude de la santé des résidents de HLM nous indique qu'il s'agit d'une population particulière sur ce plan, puisqu'on y a observé, notamment, une plus grande prévalence de problèmes de santé à long terme. Cependant, ce constat en lui-même n'indique pas comment fonctionne la relation. Serait-ce, par exemple, le logement HLM qui occasionnerait ces problèmes? L'étude soumet qu'une telle interprétation ne semble pas justifiée. Il est suggéré que des informations sur les logements antérieurs de ces ménages auraient pu être plus révélatrices.

L'hypothèse privilégiée est plutôt fondée sur les variables socio-économiques. L'association reconnue entre un faible revenu et un état de santé précaire s'impose en effet comme l'explication la plus crédible. Il semble que la variable résidence en HLM tient lieu, en fait, de variable interposée pour celle du statut socioéconomique. Cette étude viendrait donc illustrer, une fois de plus, le bien-fondé de l'association entre statut socioéconomique et santé.

Un premier portrait ne peut prétendre mettre en perspective l'évolution de la santé des résidents, ce qui impliquerait une comparaison dans le temps, mais il permet d'entamer le processus. Selon l'auteur, la voie la plus sûre pour confirmer ce premier bilan de la santé des résidents de HLM consisterait à refaire le même type d'étude sur un échantillon tiré d'une nouvelle enquête, ce qui permettrait aussi de percevoir les tendances et fournirait davantage d'éléments de réponse aux préoccupations des personnes qui souhaitent mieux connaître cette population.

### PUBLICATION

**RIVEST, François.** *La santé des résidents de HLM: analyse comparative de données provenant de l'Enquête sociale et de santé 1998.* Société d'habitation du Québec, novembre 2006.

François Rivest est agent de recherche au Service de l'analyse, de la recherche et du Centre de documentation, Direction de la planification, de la recherche et de la concertation de la SHQ.

Réalisé dans le cadre de la programmation de recherche de la Société d'habitation du Québec, cet ouvrage est disponible au Centre de documentation de la Société :

Québec : **418 646-7915**  
 Montréal : **514 873-9612**  
 Sans frais : **1 800 463-4315**  
 Site Internet : [www.habitation.gouv.qc.ca](http://www.habitation.gouv.qc.ca)

La Société d'habitation du Québec (SHQ) est l'organisme du gouvernement québécois responsable des politiques et des programmes en matière d'habitation. De par sa Loi, la Société a la responsabilité d'aviser la ministre des Affaires municipales et des Régions sur les besoins, les priorités et les objectifs de tous les secteurs de l'habitation au Québec. Aux fins de son mandat, la Société exécute ou fait exécuter des recherches, études, enquêtes ou inventaires sur les besoins et les conditions d'habitation de la population et en assume la diffusion auprès de ses partenaires.

Selon la mission qui lui est confiée, en plus de faciliter aux citoyens l'accès à un logement adéquat et de promouvoir l'amélioration de l'habitat, la Société doit favoriser le développement et la reconnaissance du savoir-faire québécois en habitation. Elle est ainsi habilitée à servir de référence et à jouer un rôle de catalyseur dans la recherche en habitation au Québec, en collaboration avec l'ensemble des intervenants du secteur.