



LA SANTÉ DES RÉSIDENTS DE HLM

La santé des résidents de HLM

**Analyse comparative
de données provenant de
l'Enquête sociale et de santé 1998**

**Par François Rivest
Société d'habitation du Québec**

Cette étude est publiée par la Société d'habitation du Québec.

Elle a été réalisée par François Rivest, de la Direction de la planification, de la recherche et de la concertation, en vertu de la programmation de recherche de la Société d'habitation du Québec.

Note : Les idées exprimées dans ce document ne traduisent pas nécessairement la position de la Société d'habitation du Québec ; elles n'engagent que la responsabilité de l'auteur.

Avertissement

Dans les tableaux utilisant les pourcentages, la somme de ces derniers n'est pas nécessairement égale à 100%, en raison de l'arrondissement des données

Cette publication est offerte sur le site Internet de la Société d'habitation du Québec **www.habitation.gouv.qc.ca**. On peut également obtenir des exemplaires de ce document au Centre de documentation de la Société d'habitation du Québec

Québec
418 646-7915

Montréal
514 873-9612

Ailleurs au Québec
1 800 463-4315

Novembre 2006

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006
Bibliothèque et Archives Canada, 2006
ISBN 2-550-46775-2 (version imprimée)
ISBN 2-550-46776-0 (version PDF)
© Gouvernement du Québec

Remerciements

Ce projet a nécessité un certain nombre de collaborations internes et externes. La Direction des technologies de l'information de la SHQ a fourni un soutien précieux. L'auteur adresse ses remerciements en particulier à Daniel Langevin et à Marc Rochefort. Du côté de la Direction du développement des programmes, il faut souligner le rôle de Suzanne Girard, qui a su éclairer l'auteur relativement aux banques de données qu'elle supervise. Enfin, M. René Bouchard, de la Direction du développement de l'industrie et du Nunavik, a revu les sections du document portant sur le logement adapté.

Par ailleurs, l'Institut de la statistique du Québec a fourni la collaboration externe essentielle à ce projet. L'auteur tient à remercier particulièrement Yann Latulippe, le professionnel de la Direction de la méthodologie et des enquêtes spéciales affecté au projet, de même que Robert Courtemanche, le coordonnateur de l'équipe.

Table des matières

Résumé.....	xi
Chapitre 1 : Cadre de l'étude	1
1.1 L'Enquête sociale et de santé	1
1.2 Intérêt de la SHQ par rapport à la santé et aux autres thèmes couverts par l'ESS	2
1.2.1 Le groupe cible	2
1.2.2 Les champs d'intérêt	3
1.3 La démarche retenue	4
1.4 Élaboration du modèle d'étude.....	7
1.5 Constitution du fichier d'analyse.....	10
1.5.1 Informations sur l'adresse de résidence des ménages répondants.....	10
1.5.2 Précisions sur les unités de logement social considérées	10
1.5.3 Jumelage des adresses des ménages répondants de l'ESS et des bâtiments HLM.....	11
1.6 Aspects méthodologiques.....	12
1.6.1 La pondération	12
1.6.2 Les seuils de signification	13
1.6.3 L'analyse des relations	13
Chapitre 2 : Caractéristiques sociales et économiques des ménages	17
2.1 Genre et taille des ménages.....	17
2.1.1 Genre de ménage	17
2.1.2 Taille des ménages	19
2.2 Origine géographique des ménages.....	20
2.2.1 Lieu de naissance du répondant principal	20
2.2.2 Langue maternelle du répondant principal	21
2.3 Situation économique des ménages.....	22
2.3.1 Suffisance du revenu du ménage	22
2.3.2 Revenu brut du ménage	24
2.3.3 Statut d'activité du répondant principal.....	25
2.3.4 Indice de scolarité relative du répondant principal.....	26
2.3.5 Perception de la situation économique du répondant principal par rapport aux gens de même âge.....	27
2.3.6 Durée de la situation économique de pauvreté perçue par le répondant principal.....	28
2.4 Soins de santé non couverts par le régime d'assurance maladie.....	30
2.5 Indicateurs de sécurité alimentaire	33
2.6 Indicateurs sociaux relatifs à la santé	35
2.6.1 Vie sociale du répondant principal	35
2.6.2 Traumatismes anciens.....	36
2.7 Habitudes de vie du répondant principal pouvant affecter la santé	36
2.7.1 Tabagisme.....	37
2.7.2 Consommation d'alcool	38
2.7.3 Consommation de drogues	39

2.8	Perceptions du répondant principal relativement à sa santé.....	41
2.8.1	<i>Autoperception de sa santé en général</i>	42
2.8.2	<i>Autoperception de la santé mentale</i>	42
2.9	Conclusion.....	43
Chapitre 3 : Le logement des ménages locataires.....		47
3.1	Caractéristiques de résidence des ménages locataires susceptibles d'être associées à la santé des occupants.....	47
3.1.1	<i>Durée d'habitation dans le logement actuel</i>	47
3.1.2	<i>Nombre d'occupants par pièce</i>	49
3.2	Caractéristiques du milieu environnant susceptibles d'être associées à la santé des occupants.....	51
3.2.1	<i>Le type de localité</i>	51
3.2.2	<i>La taille de l'immeuble</i>	52
3.3	Caractéristiques du logement et comportements en relation avec l'air intérieur.....	53
3.3.1	<i>Méthodes de chauffage</i>	54
3.3.2	<i>Aération, ventilation</i>	55
3.3.3	<i>Contamination intérieure</i>	55
3.3.4	<i>Modifications au logement ou modifications des comportements en raison d'un problème d'asthme ou d'allergie</i>	57
3.4	Conclusion.....	59
Chapitre 4 : Données comparatives concernant la santé des personnes résidant en HLM		63
4.1	L'analyse des variables de santé	63
4.2	Variables de santé non significatives.....	65
4.3	Variables de santé significatives	67
4.3.1	<i>Section III du QRI : Recours aux services de santé ou aux services sociaux</i>	67
4.3.2	<i>Section IV du QRI : Consommation de médicaments</i>	70
4.3.3	<i>Section VI, section XI et section II du QRI : Problèmes de santé</i>	71
4.4	Conclusion.....	75
Chapitre 5 : Conclusion générale.....		79
5.1	Nature des relations entre les variables de santé et la variable résidence	80
5.2	L'apport des modèles théoriques	83
5.2.1	<i>Le logement</i>	83
5.2.2	<i>Le milieu socioéconomique</i>	85
5.3	Perspectives.....	87
Bibliographie		89
ANNEXE 1 Extrait du rapport de l'Enquête sociale et de santé 1998		91
ANNEXE 2 Données sur l'échantillon initial des 269 adresses jumelées		95
ANNEXE 3 Le logement social et les personnes avec incapacité		103

Liste des figures et des tableaux

Figure 1	Modèle de Santé Québec (1998)	6
Figure 2	Modèle du CNLR	7
Figure 3	Modèle de l'étude HLM – Population (SHQ).....	9
Tableau 1.1	Nombre de logements de type HLM selon le type de mandataire et le mode de financement gouvernemental, Québec, 1998	11
Tableau 1.2	Nombre brut et pondéré de ménages répondants selon le type de logement, Québec, 1998	12
Tableau 1.3	Distribution (données pondérées) des personnes faisant partie des ménages ayant participé à l'ESS 1998, selon l'âge, le sexe et la résidence en HLM ou non, Québec, 1998.....	14
Tableau 1.4	Distribution (données pondérées) des répondants principaux des ménages ayant participé à l'ESS 1998, selon l'âge, le sexe et la résidence en HLM ou non, Québec, 1998.....	15
Tableau 2.1	Genre de ménage selon la résidence en HLM ou non, Québec, 1998.....	18
Tableau 2.2	État matrimonial observé du répondant principal du ménage selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998.....	18
Tableau 2.3	Taille du ménage selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998	19
Tableau 2.4	Lieu de naissance du répondant principal selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998.....	21
Tableau 2.5	Langue maternelle du répondant principal, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998.....	22
Tableau 2.6	Indice de suffisance du revenu du ménage, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998	23
Tableau 2.7	Niveau de revenu du ménage déclaré en 1997, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998.....	24
Tableau 2.8	Indice du statut d'activité du répondant principal au cours des 12 derniers mois, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998	25
Tableau 2.9	Indice de scolarité relative du répondant principal, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998	26
Tableau 2.10	Indice de la perception de sa situation économique par le répondant principal en comparaison aux gens de même âge, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998	28
Tableau 2.11	Indice de la durée de la condition de pauvreté, telle que perçue par le répondant principal, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998	29
Tableau 2.12	Durée de la condition de pauvreté perçue parmi les répondants principaux qui s'estiment pauvres, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998.....	29
Tableau 2.13	Couverture d'au moins un membre du ménage par une police d'assurance santé privée, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998	30
Tableau 2.14	Couverture des soins dentaires par une police d'assurance privée, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998	31
Tableau 2.15	Couverture d'au moins un membre du ménage par le programme d'assurance-médicaments, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998	32
Tableau 2.16	Couverture d'au moins un membre du ménage par un programme d'aide gouvernemental offrant des protections en matière de santé, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998.....	32
Tableau 2.17	Insécurité alimentaire dans le ménage, d'après le nombre de jours au cours du dernier mois avec nourriture insuffisante, ou argent disponible à cette fin insuffisant, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998	33
Tableau 2.18	Insécurité alimentaire dans le ménage, suivant l'énoncé que celui-ci ne peut offrir de repas équilibrés aux enfants faute d'argent, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998	34
Tableau 2.19	Indice du soutien social du répondant principal, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998.....	35

Tableau 2.20	Présence de traumatismes anciens chez le répondant principal, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998	36
Tableau 2.21	Type de fumeur (répondant principal), selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998	37
Tableau 2.22	Fréquence d'exposition du répondant principal à la fumée de cigarette chez lui, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998	38
Tableau 2.23	Type de consommateur d'alcool parmi les répondants principaux, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998	39
Tableau 2.24	Type de consommateur de drogues parmi les répondants principaux, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998	40
Tableau 2.25	Autoperception de sa santé par le répondant principal comparativement à d'autres personnes du même âge, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998	42
Tableau 2.26	Autoperception de sa santé mentale par le répondant principal, comparativement à d'autres personnes du même âge, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998	43
Tableau 2.27	Résultats des analyses multivariées comparant les ménages résidant en HLM aux autres ménages pour les variables socioéconomiques, âge et sexe du répondant principal pris en considération, Québec, 1998	45
Tableau 3.1	Durée d'habitation dans le logement locatif actuel, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998	48
Tableau 3.2	Nombre de pièces dans les logements locatifs, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998	50
Tableau 3.3	Ménages locataires selon le type de localité et la résidence en HLM ou non, Québec, 1998	51
Tableau 3.4	Ménages locataires selon la taille de l'immeuble et selon la résidence en HLM ou non, Québec, 1998	53
Tableau 3.5	Ménages locataires selon fréquence à laquelle les fenêtres ou portes sont laissées ouvertes et selon la résidence en HLM ou non, Québec, 1998	55
Tableau 3.6	Ménages locataires selon la présence d'animaux à l'intérieur du domicile et selon la résidence en HLM ou non, Québec, 1998	56
Tableau 3.7	Ménages locataires selon l'implantation de mesures de contrôle des acariens et des mites, et selon la résidence en HLM ou non, Québec, 1998	58
Tableau 3.8	Pourcentage des ménages locataires qui déclarent certaines altérations au logement ou certaines modifications de leurs comportements en raison de problèmes d'asthme ou d'allergie, Québec, 1998	58
Tableau 3.9	Résultats des analyses multivariées comparant les ménages résidant en HLM aux autres ménages locataires pour certaines variables logement, en prenant en considération les autres variables indiquées, Québec, 1998	61
Tableau 4.1	Liste des variables de santé pour lesquelles le rapport de cotes comparant les résidents de HLM aux non-résidents est non significatif, âge et sexe de la personne pris en considération, Québec, 1998	66
Tableau 4.2	Résultats des analyses multivariées comparant les résidents de HLM aux non-résidents pour les variables de santé, âge et sexe de la personne pris en considération, Québec, 1998	68

Tableaux en annexe

Tableau A2.1	Répartition selon la région administrative et le type de mandataires du programme HLM du bloc des 269 premières adresses de l'échantillon ESS 1998 identifiées comme correspondant à des adresses de logement HLM	98
Tableau A2.2	Répartition de l'univers des logements HLM (financés DX) et de l'échantillon non pondéré des HLM selon le type de mandataires, Québec, 1998	99

Résumé

Cette étude de la santé des résidents d'habitations à loyer modique (HLM) a été effectuée à partir des données de l'Enquête sociale et de santé 1998 (ESS, 1998), une enquête conçue par Santé Québec et réalisée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), lequel est également le dépositaire des données.

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 Société d'habitation du Québec (SHQ).

La présence, dans cette enquête, d'informations sur le milieu socioéconomique des ménages répondants, de même que sur leur logement, deux thèmes qui ne sont pas sans lien avec la santé, nous a incité à leur consacrer chacun un chapitre, soit les chapitres 2 et 3. C'est le chapitre 4 qui traite des variables de santé en tant que telles. Ces dernières sont toutes tirées de questions du Questionnaire rempli par l'interviewer (QRI), le questionnaire principal de l'enquête. L'autre questionnaire, soit le Questionnaire auto-administré (QAA), a été utilisé surtout au chapitre 2 (l'environnement socioéconomique).

Parmi les 11 986 ménages répondants au QRI, 305 ont été identifiés comme résidant en logement de type HLM. Le Québec compte environ 70 000 logements de ce type. D'après les données échantillonnales, ces ménages résidents se caractérisent d'abord par des distributions âge-sexe différentes de celles que l'on retrouve dans la population, les résidents de HLM étant généralement plus âgés, et les répondants principaux de ces ménages étant 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.

En raison du filtrage exercé en matière de revenus lors du processus d'admission aux HLM, il était attendu que les résidents de ce type de logements connaissent une situation économique généralement plus difficile que celle des autres ménages. Le chapitre 2 confirme le bien-fondé de cette attente à l'aide de plusieurs variables liées au statut socioéconomique. 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 ménages résidents qui sont prestataires du programme d'assistance-emploi disposent des protections santé offertes par ce programme.

Les variables logement ont été étudiées en restreignant le groupe de comparaison aux ménages locataires. Considérant le nombre moins élevé de répondants, et le bassin plus restreint de ces variables

dans l'enquête, peu de résultats significatifs ont émergé de cette comparaison. Il en va ainsi, en particulier, du nombre moyen de pièces par personne, l'indicateur de la densité d'occupation du logement, qui ne révèle pas de différence significative. Par contre, il a été observé que les ménages résidents de HLM demeurent dans leur logement actuel depuis plus longtemps que les autres ménages locataires.

Avec ces informations comme arrière-plan, l'étude en arrive à son thème principal, soit celui des variables de santé. Les résidents de HLM ont été comparés à tous les autres répondants sur un ensemble de 34 variables de santé, choisies principalement en fonction de leur intérêt. Certaines de ces variables relèvent davantage du domaine de l'utilisation des ressources de santé (professionnels, établissements, médicaments, etc.), alors que les autres rapportent si le répondant déclare être affecté de certains problèmes de santé.

Douze de ces variables de santé génèrent un coefficient non significatif pour la variable résidence en HLM. Parmi les variables d'utilisation, on note les visites à l'hôpital, les consultations médicales, les blessures accidentelles et la consommation de certains médicaments (pour des problèmes cardiaques ou la tension artérielle, pour l'estomac, etc.). Parmi les variables indicatrices de problèmes de santé, celles qui concernent l'hypertension et les ulcères d'estomac sont non significatives.

Les vingt-deux variables de santé restantes génèrent des coefficients significatifs, qui appuient l'idée 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. Une situation d'ensemble partagée semble particulièrement s'appliquer aux variables d'utilisation des ressources de santé. Ainsi, du côté des groupes professionnels consultés, il ressort que les résidents de HLM sont moins susceptibles d'avoir vu un dentiste, mais plus susceptibles d'avoir vu des infirmiers ou des travailleurs sociaux, deux groupes généralement composés de salariés du secteur public. Par ailleurs, le recours aux médecins – les professionnels les plus fréquentés – n'a pas montré de différence significative. Du côté des médicaments, on observe quatre résultats significatifs. Les résidents de HLM consomment davantage des deux produits qui ne sont pas des médicaments en vente libre, soit les tranquillisants et les vaccins contre la grippe.

Nous en venons maintenant aux variables de problèmes de santé qui se sont avérées significatives. Ici, le rôle tenu par la variable résidence en HLM paraît nettement mieux défini. Si, d'un côté, deux problèmes ont généré des coefficients non significatifs pour la variable résidence (l'hypertension et les ulcères d'estomac), de l'autre, il y en a douze qui génèrent des coefficients significatifs. Or tous ces coefficients (sauf celui pour 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 santé en question. De ce groupe, neuf produisent des estimations à relativement faible variance, donc plus fiables. Ce sont celles indiquant des problèmes de maux de dos, d'arthrite (et 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 celles faisant état de limitations dans les activités à cause (précisément) de maladies ou de problèmes de santé.

Donc, le fait de résider en HLM paraît pertinent par rapport à plusieurs des problèmes de santé pris en considération, dont plusieurs constituent des situations chroniques. Cependant, ce constat ne nous dit pas en quoi cela est pertinent, ni comment fonctionne la relation. Serait-ce, par exemple, le logement HLM qui occasionnerait ces problèmes ? Nous avons soumis 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 appropriées.

L'hypothèse privilégiée repose plutôt sur les variables explicatives couvertes au chapitre 2, soit les variables socioéconomiques. L'association bien connue entre un statut socioéconomique faible et un état de santé déficient s'impose en effet comme l'explication la plus valable et crédible. Il nous apparaît que la variable résidence en HLM tient lieu, tout simplement, 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, et ce, en contrôlant l'âge et le sexe. Toutefois, la forme générale de l'Enquête sociale et de santé ne nous permet pas de départager la proportion des cas pour lesquels la variable santé serait antécédente à la variable relative au statut socioéconomique, ou vice-versa, ce qui aurait pu permettre de soumettre une opinion quant au sens dominant d'un éventuel lien de causalité entre ces variables.

Chapitre 1 : Cadre de l'étude

1.1 L'Enquête sociale et de santé

En 1987, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec, en collaboration avec les organismes du réseau de la santé, a lancé une étude par sondage de grande envergure : l'Enquête sociale et de santé (ESS). Elle se voulait une étude quinquennale, dont la réalisation était confiée à l'Institut de la statistique du Québec (ISQ). Elle a été reprise en 1992-1993 et, en dernière ronde, en 1998. L'annexe 1 reproduit les buts généraux de cette enquête, tels qu'ils ont été énoncés par les autorités concernées dans le rapport général publié par l'ISQ sur l'enquête de 1998.

La Société d'habitation du Québec (SHQ) souhaitait exploiter les deux outils principaux de cette enquête, soit le Questionnaire rempli par l'interviewer (QRI), administré auprès d'un « répondant principal¹ » pour le ménage, et le Questionnaire auto-administré (QAA), un questionnaire (à remplir soi-même) remis à chacun des membres du ménage âgés de 15 ans ou plus². Ces deux questionnaires couvrent un éventail assez large de préoccupations relatives à la santé et à la vie sociale des personnes³. Nous désignerons les données recueillies par l'entremise de ces deux questionnaires comme le « fichier de données de l'ESS 1998 ».

1. Le répondant principal est un adulte suffisamment informé sur les autres membres du ménage pour répondre à leur place (Daveluy *et al.*, 2001 – vol. 1 : 27). Le protocole d'entrevue autorise la présence d'autres membres du ménage à l'entrevue, qui peuvent alors répondre eux-mêmes aux questions qui les concernent.

2. Le rôle de l'interviewer à l'égard du QAA ne s'arrête pas simplement à remettre aux membres du ménage admissibles les questionnaires (et les enveloppes de retour). Afin d'obtenir un taux de réponse satisfaisant, l'interviewer se présente comme la personne à qui normalement ces questionnaires devront être remis. Il tente donc de convenir d'une date d'échéance avec les personnes visées, et il effectue un suivi actif à ce niveau. S'il lui est impossible de recueillir lui-même tous les QAA, les répondants peuvent, bien sûr, le mettre à la poste (port affranchi).

3. Ces questionnaires peuvent être téléchargés à partir de l'adresse Internet suivante : <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/questionnaires98.htm>, ou, pour leur version anglaise, à partir de l'adresse http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/questionnaires98_an.htm.

1.2 Intérêt de la SHQ par rapport à la santé et aux autres thèmes couverts par l'ESS

1.2.1 Le groupe cible

Après s'être activement occupé, au cours de la Deuxième Guerre mondiale, du logement pour les militaires et divers groupes de civils participant à l'effort de guerre, le gouvernement fédéral a enchaîné, en janvier 1946, avec la création d'un organisme chargé de s'occuper du logement pour l'ensemble des citoyens : la Société centrale d'hypothèques et de logement (SCHL)⁴. Organisme doté d'un mandat assez large, la Société n'a pas tardé à faire du logement social et coopératif un de ses principaux centres d'intérêt. En effet, la construction d'un premier (vaste) complexe fédéral-provincial de logements sociaux (publics) a débuté en 1948, sur un site offert par la ville de Toronto, le Regent Park (SCHL, 2005 : 1-2).

Au Québec, les interventions fédérales en matière d'habitation durant les années 1950 et durant la majeure partie des années 1960 ont été quelque peu inhibées à cause du contentieux constitutionnel. La création de la Société d'habitation du Québec, en 1967, et la reconnaissance de son rôle de partenaire de premier plan en habitation sur le territoire québécois par le gouvernement fédéral ont permis un déblocage. La collaboration des deux ordres de gouvernement s'est concrétisée, en 1970-1971, par la conclusion d'une première entente fédérale-québécoise d'envergure en matière d'habitation, entente qui portait précisément sur le logement social.

En rétrospective, on peut dire que la mise en valeur des possibilités qu'ouvrait cette entente a constitué le champ d'action privilégié de la SHQ durant, à tout le moins, ses dix ou quinze premières années d'existence. Pour celle-ci, la période la plus fertile de création et de mise en service de logements sociaux dans les villes et les municipalités québécoises a été toute la période allant du début (1970) jusqu'en 1984⁵.

Par ailleurs, aux fins de la définition du projet de recherche, il faut faire part de certaines précisions administratives sur le programme de logement social canadien à but non lucratif. Ce programme est ainsi conçu que tout projet de logement social doit effectuer un choix entre deux vocations principales, soit celle d'un projet à l'intention des ménages familiaux ou celle d'un projet à l'intention des ménages de personnes âgées⁶. En général, les élus municipaux québécois ont privilégié, dans une assez large mesure, les projets destinés aux personnes âgées. Pour donner une idée de l'ampleur de cette préférence, relevons que, parmi l'ensemble des logements sociaux du volet dit « public régulier » (c'est-

4. En 1979, le terme « centrale » a été remplacé par « canadienne » dans l'appellation de cet organisme.

5. Cette affirmation s'appuie sur une compilation par tranche de cinq ans (débutant avec la période 1970-1974) et selon la date de mise en service. Pour être très précis, le premier projet de logements sociaux à but non lucratif relevant de la SHQ a été mis en service en décembre 1969. Au terme de la période 1980-1984, soixante-cinq pour cent des unités du parc actuel de logements publics et privés à but non lucratif pouvaient être occupées. L'approbation de nouveaux projets de logements à but non lucratif en vertu de ce programme a officiellement pris fin en 1994.

6. Le critère de distinction étant l'âge du soutien principal (inférieur à 65 ans, ou égal ou supérieur à 65 ans). En gros, ce choix s'applique à l'ensemble des volets du programme de logement social, sauf celui qui est applicable aux communautés inuites.

à-dire, règle générale, les HLM administrés par les offices municipaux d'habitation), près de 57 % s'adressent aux ménages de ce groupe d'âge⁷, pourcentage qui, bien sûr, dépasse de plusieurs fois leur importance au sein de la population⁸. Il se trouve donc que les HLM abritent une population pour laquelle, en raison de l'âge de celle-ci notamment, la santé peut constituer une préoccupation centrale et très immédiate.

1.2.2 Les champs d'intérêt

Étant donné les caractéristiques de base de cette population, la Société d'habitation du Québec s'intéresse à la problématique de la santé de ces résidents. Par ailleurs, certains soutiennent que cette problématique devient plus pressante puisque, globalement, la moyenne d'âge des résidents de ces HLM augmenterait. Dans un contexte de déplacement vers le haut de la structure d'âge au Québec, et de longévité accrue de l'ensemble de la population, cela est certes plausible. Idéalement, la validation de cet énoncé nécessiterait de déterminer si la moyenne d'âge parmi les résidents de HLM augmente plus rapidement que celle du reste de la population. Or la SHQ ne dispose pas de données relativement fiables et complètes (dans le temps) qui lui permettraient de confirmer ou d'infirmer de tels énoncés.

Toutefois, ce qui est indéniable est que l'univers du logement social, tout comme son vis-à-vis, l'univers du logement privé, subissent l'effet des politiques publiques dans des domaines d'intervention plus vastes, comme celui de la santé. Or au début des années 1980, un changement de cap s'est opéré par rapport à la mission sociale de l'État québécois. Après trois décennies (partant des années 1950) d'investissements massifs en infrastructures et en services de santé, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a entrepris de modifier son discours et de faire valoir les bénéfices du maintien à domicile, de la désinstitutionnalisation, du milieu naturel et du soutien communautaire.

La SHQ n'est pas restée insensible à ce nouveau discours. Ainsi, l'une des priorités mentionnées dans ses plans d'action triennaux du début des années 1990 était « de s'assurer que les unités construites pour les personnes âgées sont adaptées en fonction de leur perte d'autonomie⁹ ». De plus, cette question de perte d'autonomie chez les résidents de HLM amenait la SHQ à publier, en 1991, en collaboration avec le Regroupement des offices municipaux d'habitation, le *Guide de dépistage de la perte d'autonomie des personnes âgées habitant un logement à loyer modique*¹⁰.

Malgré ces initiatives toutefois, la SHQ ne dispose toujours pas d'un portrait plus général, qui lui permettrait de mieux connaître ce qu'il en est vraiment de l'état de santé et de l'autonomie des résidents

7. Ce pourcentage a été calculé d'après les données administratives de la SHQ (2004).

8 Et ce, même si l'on prenait les données du recensement de 2001 plutôt que celles de 1971 ou 1981 (étant entendu qu'il y a eu augmentation de l'importance de ce segment de la population durant cette période).

9. Cité dans le *Rapport du Vérificateur général du Québec*, année 1994-1995, paragraphe 17.24, p. 280.

10. Une deuxième édition de ce guide est parue en 2004 (Roy, 2004). Il se veut un instrument simple de dépistage à l'intention des gestionnaires d'habitations à loyer modique. Le Département de santé communautaire de l'Hôpital général de Montréal y a collaboré.

de HLM. C'est précisément cette possibilité qu'offrait l'Enquête sociale et de santé (ESS), pour autant que son échantillon de ménages contienne un nombre raisonnable de ménages résidents de HLM.

Par ailleurs, comme l'indique son appellation même, la dimension « sociale » est également présente dans cette enquête, et la SHQ compte en tirer parti. En effet, bien que la plupart des organismes mandataires du logement social lui transmettent, lorsqu'elle en fait la demande, certaines informations sur, notamment, l'âge, les revenus et la composition des ménages résidents, les données de l'ESS se présentent comme une ressource alternative de haute qualité. De plus, ces données contiennent de nouvelles informations socioéconomiques, dont la SHQ ne possède pas d'équivalent.

À ce chapitre, cette étude se propose d'exploiter au maximum tout ce qui a trait au logement du ménage. Signalons immédiatement que l'édition 1998 du questionnaire principal de l'ESS, soit le Questionnaire rempli par l'interviewer (QRI), introduisait une nouvelle section, la section XV, intitulée *Environnement physique : air intérieur*. Celle-ci répondait à l'objectif précis « d'étudier l'association entre certains déterminants environnementaux et les problèmes d'asthme et de rhinite allergique dans la population québécoise » (Daveluy *et al.*, 2001 – vol. 1 : 74). C'est ainsi que cette section XV a pu générer de nouvelles informations sur les logements, en sus de celles qui étaient déjà présentes dans la section d'identification des ménages¹¹, et qu'elle nous renseigne sur les transformations qui ont pu être apportées aux logements afin de réduire tout problème d'asthme (ou de rhinite) présent chez les membres du ménage.

1.3 La démarche retenue

Cette étude propose donc une analyse des données de l'Enquête sociale et de santé (ESS) de 1998 qui tient compte d'une population d'intérêt particulier : les résidents de logement de type HLM¹². Son objectif particulier est de mieux connaître la santé et les conditions de vie de ces ménages. L'approche retenue sera celle de l'analyse comparative des caractéristiques de ce segment de la population par rapport à celles que l'on retrouve dans le reste de la population¹³. Les deux instruments d'enquête principaux de

11. La section d'identification est la section initiale du questionnaire. On y retrouve deux informations pertinentes concernant le logement, soit le *type de construction* (trois catégories : maison individuelle, moins de 6 logements, six logements et plus), et le *nombre de pièces* du logement.

12. Un certain nombre d'études et d'articles ont déjà été publiés sur la base des données de cette enquête. L'ISQ lui-même produit toujours un premier ouvrage collectif sur chaque cycle de l'ESS. Pour le cycle de 1998, il est enregistré sous les noms de C. Daveluy, L. Pica, N. Audet, R. Courtemanche, F. Lapointe *et al.* (2000), *Enquête sociale et de santé 1998, 2^e édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 642 p. et annexes.

13. « Reste de la population » qui est forcément très près de la population en général, puisque 3 % seulement des ménages (approximativement) résident dans les logements sociaux tels qu'ils sont définis dans cette étude.

l'ESS, soit le QRI et le QAA, sont utilisés¹⁴. Le premier compte quelque 200 questions *numérotées*¹⁵ et le second (applicable à tous les membres du ménage âgés de 15 ans ou plus), environ 240.

L'objectif de la présente étude s'insère très bien dans ceux de l'Enquête sociale et de santé (ESS). En effet, même si l'appellation officielle de l'ESS fait référence d'abord au terme « social » avant celui de « santé », le but premier de l'enquête est la santé. C'est d'ailleurs ce terme qui figure en premier lorsqu'est décrite la raison d'être de l'enquête dans l'avant-propos du rapport précité de l'ISQ¹⁶.

De la même façon, en termes purement numériques, l'enquête compte un grand nombre de questions portant sur le volet social¹⁷, mais celles-ci se rattachent presque toujours à une préoccupation sous-jacente pour la santé. L'incursion de l'ESS, dans sa version 1998, du côté des caractéristiques du logement associées à l'air intérieur (la section XV du QRI, décrite plus haut) ne s'explique pas autrement. L'ESS sélectionne des thèmes sociaux qui ont une pertinence par rapport à la santé.

En fait, l'ESS se veut une enquête sur la santé inspirée d'un cadre élargi. L'ESS de 1998 « a été l'occasion d'explorer une approche systémique ou écologique qui constitue une façon ouverte, dynamique et multidimensionnelle d'étudier des problématiques ou des thèmes dans une population » (Daveluy C. *et al.*, 2000, p. 53). Comme l'indique la figure 1 (dont le titrage est de nous), cette approche définit cinq niveaux, allant des normes et des valeurs dominantes de la société, situées au niveau le plus périphérique, aux caractéristiques de l'individu qui, elles, forment le point central. Chacun de ces niveaux est perméable à l'autre (les « flèches » entrent et sortent de ceux-ci).

Un tel modèle graphique, faisant usage de cercles concentriques pour définir des zones d'influence par rapport à la santé des personnes, n'est pas unique à l'ESS. On en retrouve une autre version, tout aussi intéressante, dans la documentation relative aux travaux du groupe de travail Santé et logement du Comité national de recherche sur le logement (CNRL), un organisme parrainé par la SCHL. La version que nous présentons à la figure 2 (notre titre) est tirée d'une présentation de type PowerPoint intitulée « Recherche sur la santé de la population et le logement : Pour un cadre de travail. Besoins, lacunes et occasions¹⁸ ».

14. Le QRI et le QAA sont les deux questionnaires de base de l'ESS. À l'aide parfois de certains filtres et de choix de réponses, les ménages répondants pour ces questionnaires ont servi de base à l'obtention des répondants pour trois autres questionnaires d'enquêtes pilotées au sein du même processus : l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activité*, l'*Enquête sur la résolution des conflits conjugaux* et l'*Enquête sur l'activité physique et la santé*. Voir Daveluy *et al.* (2001), p. 57.

15. Deux des quinze sections du QRI contiennent en outre des blocs de questions non numérotés. L'un de ceux-ci se trouve à la section IV, qui traite de la « consommation de médicaments », et l'autre à la section IX : « Problèmes de santé déclarés ». Ces deux blocs de questions visaient à obtenir des données en fonction d'unités d'analyse autres que les personnes et les ménages, en l'occurrence les médicaments et les problèmes de santé.

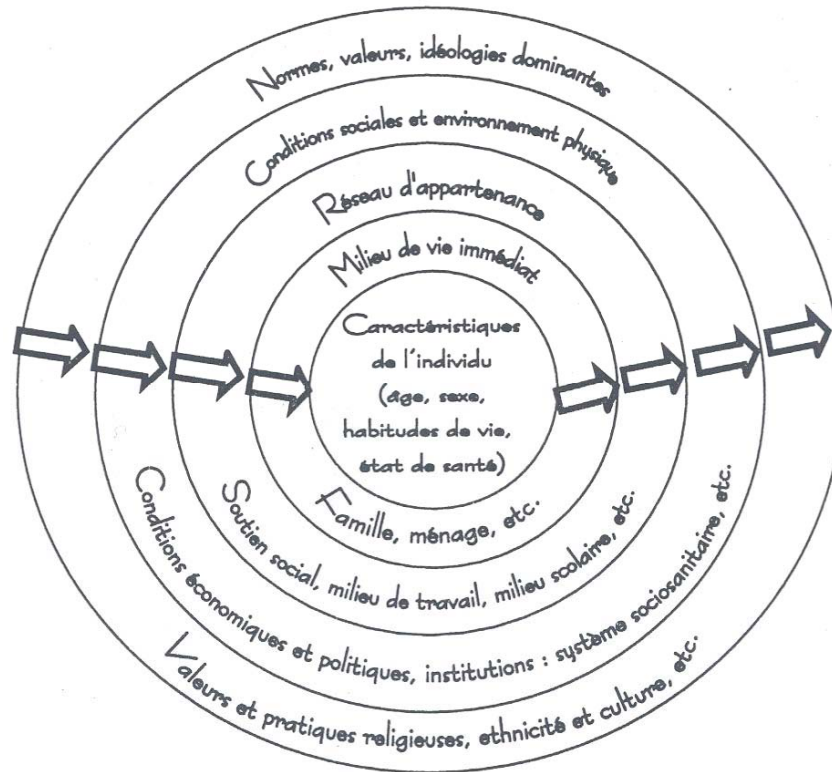
16. « [...] la santé et le bien-être d'un individu [...] », « l'état de santé et de bien-être de la population [...] ». Voir Daveluy *et al.* (2000), *op. cit.*, p. 3, 1^{er} et 2^e paragraphes.

17. Le QAA y est presque entièrement consacré.

18. Cette présentation a pour auteur James R. Dunn ; elle est non datée officiellement, mais s'est vraisemblablement tenue au cours de l'année 2002. Elle ne contient pas de bibliographie : la source « Hertzman et Kelly (2000) », au bas de la figure 2, n'est pas référencée.

Figure 1 - Modèle de Santé Québec (1998)

Modèle systémique pour l'analyse de la santé et du bien-être

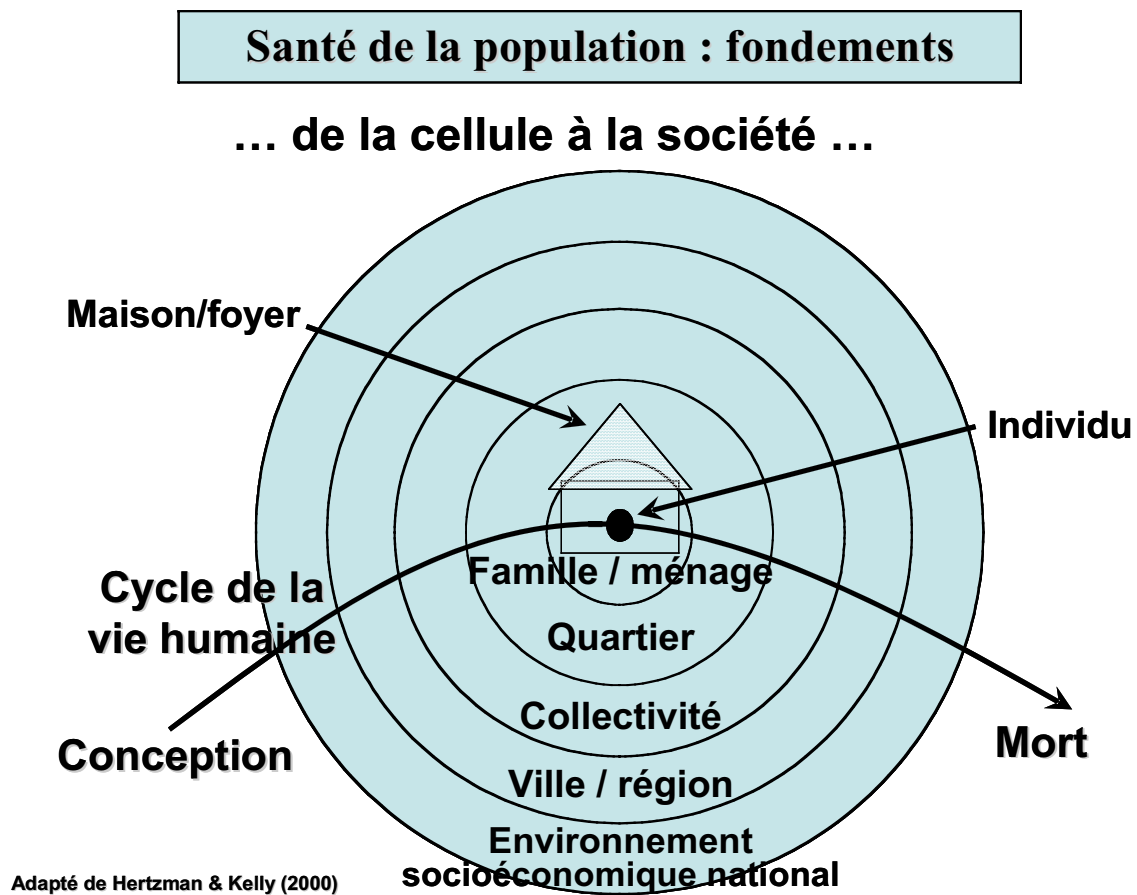


Source : Daveluy et al. (2000), *op. cit.*, p. 54 .

Cette vision de la santé des personnes comme étant en interrelation avec leur environnement social et physique constitue donc une approche bien actuelle, qui renoue avec les perspectives développées jadis par les chercheurs en santé de disciplines telles que l'épidémiologie et l'hygiène publique. Un des aspects nouveaux de son utilisation actuelle, toutefois, est de mieux démarquer, dans le processus, le rôle tenu par le logement. L'insertion de la section XV dans le QRI de 1998, portant sur la qualité de l'air intérieur, illustre cette volonté, tout comme la création, à l'automne 2002, du groupe de travail du CNRL mentionné plus haut. Le rayon d'action et les travaux envisagés par ce dernier ont d'ailleurs pu être exposés, en avril 2002, dans un document général d'orientation intitulé *L'approche de la santé de la population en fonction du logement : Cadre de recherche*¹⁹.

19. Sous la plume principale de James R. Dunn, avec Phil Deacon comme directeur de projet (Dunn, 2002).

Figure 2 - Modèle du CNRL



Source : James R. Dunn, présentation *PowerPoint*, circa 2002.

1.4 Élaboration du modèle d'étude

Les représentations ou les modèles de facteurs influençant la santé que l'on retrouve dans les deux figures précédentes (figures 1 et 2) vont également inspirer notre démarche de présentation des résultats de l'analyse des données de l'ESS. Malgré les différences que l'on peut relever entre les figures 1 et 2, celles-ci se rejoignent sur un élément, à savoir que les facteurs qui sont susceptibles d'influencer la santé sont situés sur les cercles extérieurs et que ces derniers convergent vers la personne, qui occupe le cercle (ou point) central. De ce fait (et en faisant fi de la bidirectionnalité des flèches de la figure 1), la personne ressort comme l'élément conséquent aux facteurs figurant sur les cercles périphériques.

Nous allons adopter la même perspective concernant l'enchaînement entre les facteurs. Conséquemment, les informations sur la santé des personnes seront traitées dans le chapitre qui viendra clôturer l'analyse (le chapitre 4). Ce chapitre sera précédé de deux chapitres portant chacun sur une dimension de l'environnement, c'est-à-dire un ensemble particulier de variables ou de facteurs pouvant influencer la santé. Le premier de ces chapitres (le chapitre 2) sera consacré à l'environnement socioéconomique des personnes qui composent les ménages formant la population d'enquête, tandis que le second (le chapitre 3) regroupera les informations qui concernent le logement. Graphiquement, on pourrait donc illustrer le cheminement que nous proposons par le schéma figurant ci-après (figure 3).

Ce schéma, inspiré des précédents, se limite aux seuls niveaux d'environnement pour lesquels l'Enquête sociale et de santé rend disponibles des données que nous jugeons suffisantes. Il ne doit donc pas être perçu comme un modèle théorique concurrent, mais tout simplement comme un outil pour organiser l'information que procure l'enquête. Le logement y figure en tant que niveau distinct, non pas parce que l'information y est aussi abondante que celle pour l'environnement socioéconomique (ce qui n'est nullement le cas), mais plutôt pour souligner, notamment, l'idée que le logement est conséquent aux revenus du ménage (ceux-ci figurant sur le cercle extérieur). Cela est également l'une des raisons qui font que le schéma de la figure 3, contrairement à celui de la figure 1, propose des « flèches » unidirectionnelles, plutôt que bidirectionnelles. Tout cela correspond davantage à la vision dominante dans les modèles théoriques de la santé²⁰.

Unités d'analyse du modèle

Le schéma suggère donc que l'état de santé des personnes est influencé par le milieu ambiant, qu'il s'agisse de l'environnement socioéconomique ou du logement. Pour mieux marquer l'idée que la personne doive être rattachée à des entités plus larges, il y aura changement d'unité d'analyse lorsque nous arriverons au chapitre sur la santé des personnes (le chapitre 4).

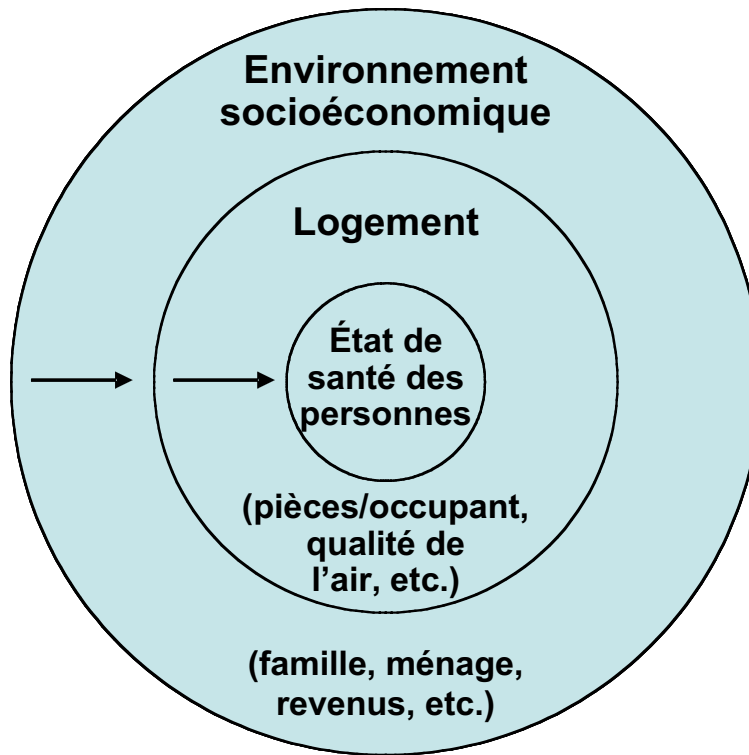
Alors que les chapitres 2 (Environnement socioéconomique) et 3 (Logement) utiliseront l'unité ménage, celui sur la santé utilisera l'unité personne. L'environnement socioéconomique et le logement sont des facteurs d'application collective, pour lesquels le ménage constitue l'unité appropriée²¹. Toutefois, si ces facteurs ont un effet sur la santé, ceux-ci devraient se répercuter sur les membres du ménage, ce qui implique la personne.

20. L'univers HLM est également proche de cette vision dans la place qu'il accorde au logement, puisque ce sont essentiellement les ressources financières du ménage qui ouvrent le droit à ces logements.

21. Pour le chapitre sur le logement (chapitre 3), cela va de soi, puisque Statistique Canada définit un ménage en fonction du logement que celui-ci occupe.

Figure 3 - Modèle de l'étude HLM - Population (SHQ)

**Modèle proposé pour comparer l'état de santé
des personnes résidant en HLM aux autres**



En principe, il est possible de maintenir l'unité ménage au niveau des variables de santé également, en privilégiant, par exemple, les réponses du répondant principal, qui devient en quelque sorte le porte-étendard du ménage²². Par contre, dans une étude comme celle-ci, le choix davantage recommandable est celui de l'unité personne, car un tel choix sert mieux l'objectif de base de l'étude, qui est de connaître la santé des résidents de HLM dans leur ensemble.

22. De fait, cette technique a été utilisée pour les variables d'environnement socioéconomique qui font référence à des acquis individuels, et qui ne s'agrègent pas aux fins de l'unité ménage. Ainsi, c'est le niveau de scolarité atteint par le répondant principal que nous utilisons pour caractériser le niveau de scolarité du ménage.

1.5 Constitution du fichier d'analyse

1.5.1 Informations sur l'adresse de résidence des ménages répondants

Dans l'optique du projet envisagé, toute l'information de l'ESS ne devenait vraiment opportune que dans la mesure où la SHQ obtenait la liste d'adresses des ménages répondant à cette enquête et, partant de celle-ci, qu'un nombre raisonnable de ménages résidant en HLM puisse être déterminé. En vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, cet exercice a nécessité l'agrément de l'organisme responsable de l'enquête (l'ISQ), de même que l'engagement de l'auteur à travailler dans les locaux mêmes de l'ISQ, à un poste de travail sécurisé²³, et en se soumettant à toute directive et contrôle afférent à la politique de confidentialité des données de cet organisme.

Par contrat de services, l'ISQ a reconstitué le fichier des adresses de résidence des 11 986 ménages répondant au QRI (ESS, édition 1998). De son côté, la SHQ a également produit sur support informatique les adresses des quelque douze mille bâtiments²⁴ dédiés au logement de type HLM répondant aux critères de rétention qu'elle s'était donnés.

1.5.2 Précisions sur les unités de logement social considérées

À la section 1.2.1, certains détails administratifs ont déjà été donnés concernant le programme de logement social. Il convient maintenant d'en indiquer un autre, qui permettra de mieux circonscrire le champ couvert par la présente étude. Le programme de logement social qu'administre la SHQ, le « programme de logement à but non lucratif public et privé (HLM) », n'existe pas sous des modalités uniformes. Les logements financés par ce programme peuvent être administrés par quatre types de mandataires et le financement que ces derniers reçoivent des gouvernements peut être établi selon deux modes. Cette diversité relative est souvent passée sous silence parce que, dans les faits, la très grande majorité des logements relèvent d'un type de mandataire et d'un seul de ces modes de financement. Le tableau 1.1 indique comment se répartissent les logements de type HLM selon les types de mandataires et les modes de financement gouvernemental existants.

Les offices municipaux d'habitation représentent le type de mandataire le plus courant : 86,3 %²⁵ des logements HLM sont gérés par eux. Parmi les modes de financement, les subventions au déficit d'exploitation (DX) dominant nettement ; la part des subventions au rabatement des intérêts (RI)²⁶ est marginale, puisque seulement 2,2 % des logements HLM en bénéficient. De plus, les subventions

23. Le qualificatif « sécurisé » appliqué au poste de travail signifie un micro-ordinateur sans lecteur externe et sans adresse Internet.

24. Dans le langage administratif de la SHQ, les termes « bâtiments » et « immeubles » comportent une nuance de sens (il y a moins d'immeubles que de bâtiments). C'est aux « bâtiments » que nous faisons référence ici. Dans le texte de cette étude, le terme « immeuble » sera préféré.

25. Soit 62 902 logements sur 72 877.

26. Jusqu'à concurrence, pour l'organisme, d'un taux d'emprunt hypothécaire annuel de 2 %.

moyennes versées par logement en vertu du mode RI sont nettement inférieures à celles qui sont versées en mode DX (SHQ, 2004 : 20). Les modalités administratives du programme à l'égard des unités de logement RI ne sont pas les mêmes non plus. Conséquemment, toutes les unités financées en mode RI ont été exclues du champ de l'étude.

Tableau 1.1

Nombre de logements de type HLM selon le type de mandataire et le mode de financement gouvernemental, Québec, 1998

Type de mandataires	Mode de financement gouvernemental		Nombre total de logements
	Subvention au déficit d'exploitation (DX)	Subvention au rabatement des intérêts (RI)	
Offices municipaux	62 626	276	62 902
Coop - OBNL	5 008	1 263	6 271
Autochtones hors réserve	1 882	47	1 929
Inuits	1 775	0	1 775
Total	71 291	1 586	72 877
Total sans Inuits	69 516	1 586	71 102

Source : SHQ, Direction du développement des programmes, données annualisées (cumul sur une base annuelle des durées de financement inférieures à un an).

Par ailleurs, les logements administrés par les mandataires de la communauté inuite sont également exclus, pour la simple raison que l'ESS ne couvrirait pas les territoires cris et inuits (territoires qui se trouvent au nord du 51^e parallèle approximativement). En conséquence, l'univers considéré compte 69 516 logements HLM (publics ou privés, et à subvention DX).

1.5.3 Jumelage des adresses des ménages répondants de l'ESS et des bâtiments HLM

Tel que prévu par le protocole de recherche soumis, l'ISQ a produit la liste des adresses des quelque douze mille ménages répondant à l'ESS de 1998²⁷. Cette liste a alors pu être jumelée avec la liste d'adresses des immeubles HLM. La première version que l'on a estimé (prématurément) définitive du programme de jumelage a permis de recenser 269 adresses de ménages répondant à l'ESS 1998 comme étant des adresses de logements HLM (à financement DX). L'annexe 2 présente deux ventilations relatives à cet échantillon, l'une par région sociosanitaire, et l'autre, par volet du programme. Cependant, une bonification apportée à cette première version a permis de jumeler 36 adresses

27. Le nombre exact est de 11 986 ménages répondants. De ce nombre, l'adresse de trente-huit d'entre eux n'a pu être retracée. D'autres adresses pouvaient être incomplètes, mais ont généralement été conservées dès lors qu'il s'avérait possible de leur attribuer un code postal.

supplémentaires, portant ainsi à 305 le total des adresses correspondant à des logements HLM. Les 305 ménages en question comptent 627 personnes.

Ces 305 ménages faisant partie des ménages répondants de l'ESS 1998 et résidant en HLM forment le groupe d'intérêt de l'étude, que l'on pourra également désigner, à l'occasion, comme le « groupe événement » de l'étude²⁸. Celui-ci sera comparé au groupe de référence, qui, lui, est constitué de l'ensemble des autres ménages faisant partie de l'échantillon de l'ESS 1998. Il va de soi que la taille du plus petit groupe (le groupe événement) imposera certaines limites quant au niveau de désagrégation que l'analyse des données pourra supporter. Toutefois, en regard des méthodes envisagées, un bassin de 305 ménages résidents paraissait suffisant pour mener l'étude.

1.6 Aspects méthodologiques

1.6.1 La pondération

L'ISQ a développé un certain nombre de pondérations pour l'exploitation des données de l'enquête. Cette étude a utilisé les pondérations QRI et QAA à moyenne 1 pour l'ensemble du Québec²⁹. Il se trouve que l'application de la pondération pénalise le nombre de répondants du groupe événement (les résidents de HLM), peu importe l'unité d'analyse (ménages ou personnes). Ainsi, les 305 ménages réels, ou « bruts », ne comptent plus, une fois pondérés, que pour 268,4 ménages, tandis que le nombre total de ménages est alors estimé à 12 554,1 (plutôt que les 11 986 réels³⁰). Quant au nombre de personnes résidant en HLM, leur nombre pondéré devient de 507,7, comparativement à un nombre brut de 627. Le tableau 1.2 présente le décompte brut et pondéré des ménages, tenant compte de leur type de logement (HLM, non HLM, et indéterminé).

Tableau 1.2

Nombre brut et pondéré de ménages répondants selon le type de logement, Québec, 1998

Nombre de ménages	Type de logement			Total
	Non-HLM	HLM	Indéterminé	
Brut (réel)	11 643	305	38	11 986
Pondéré	12 257,5	268,4	28,2	12 554,1

Source : Enquête sociale et de santé 1998, et calcul de l'auteur.

28. Expression que l'on retrouve parfois dans la documentation pour désigner les ménages qui se conforment à l'événement recherché, soit, dans ce cas-ci, être présents sur les deux listes d'adresses (celle des ménages répondants de l'ESS, et celle des immeubles HLM).

29. Une pondération doit être développée pour chaque instrument de collecte (QRI et QAA). Les pondérations à moyenne 1 ont pour objet de produire un nombre estimé de personnes (ménages) qui reproduise le nombre de répondants à l'enquête. Voir Daveluy *et al.* (2001), vol. 1, p. 165 et suivantes. Des indications figurent également dans Daveluy *et al.* (2000), p. 67-68.

30. L'ISQ a choisi de normaliser le nombre de personnes, plutôt que le nombre de ménages.

1.6.2 Les seuils de signification

Puisqu'elle réduit le nombre d'observations du plus petit groupe (le groupe événement), l'application de la pondération a vraisemblablement eu un effet conservateur sur les tests d'hypothèses. Par ailleurs, la probabilité estimée d'une erreur de type 1, soit la valeur p du test, nécessite de prendre en compte le plan d'échantillonnage (dans la mesure où il diffère du modèle aléatoire simple). Or l'Enquête sociale et de santé utilise un plan d'échantillonnage relativement complexe³¹, qui génère donc un effet de plan supérieur à 1. Conséquemment, cet effet doit être pris en considération dans l'estimation des marges d'erreur associées aux valeurs p.

Lorsqu'il a été possible de le faire, c'est-à-dire lorsque des résultats significatifs avec le logiciel SAS ont pu être repris avec le logiciel SUDAAN³², le seuil de signification adopté dans cette étude a été celui de $\alpha < 0,05$. Lorsque, pour diverses raisons, des résultats significatifs de SAS n'ont pu être validés de la sorte³³, le seuil de signification a été rendu plus restrictif³⁴.

1.6.3 L'analyse des relations

Il a été mentionné précédemment que les décisions politiques et administratives en matière de vocation des logements de type HLM ont largement joué à l'avantage des ménages de personnes âgées, puisque près de 57 % des unités de logement du type « public régulier » (logements administrés par les OMH principalement) leur sont, en principe, destinées³⁵. Il faut donc s'attendre, évidemment, à ce que les résidents de HLM ne soient guère représentatifs de la population en général, du moins par rapport à la variable âge. Le tableau 1.3 trace le portrait de la situation à l'aide des distributions âge-sexe de l'ensemble des répondants selon le type de logements.

La variable âge a été répartie par tranches de vingt années, ce qui fait que le point d'entrée de la catégorie d'âge supérieure est de 60 ans, et non pas 65 ans. Dans d'autres études, ce point d'entrée est souvent utilisé, par référence à l'univers administratif sans doute, mais il n'a aucune pertinence particulière par rapport à la santé. En plus, dans le contexte particulier de cette recherche, la délimitation à 60 ans offrait un meilleur équilibre de l'effectif de chaque groupe d'âge³⁶.

31. Deux degrés échantillonnage (l'unité primaire d'échantillonnage et les logements) et une stratification de l'ensemble des unités du premier degré échantillonnage en fonction de deux variables (la région sociosanitaire et « l'aire homogène »).

32. Le travail avec ce logiciel a été effectué par Yann Latulippe de l'ISQ. SUDAAN est le logiciel spécialisé dont disposait l'ISQ pour calculer la probabilité du modèle en tenant compte de l'interrelation des observations.

33. Cela est particulièrement fréquent pour les variables du chapitre sur le logement (chapitre 3).

34. Soit $p < 0,02$ (variables ménages), soit $p < 0,01$ (variables personnes).

35. Voir la section 1.2.1.

36. Ce qui est généralement avantageux du point de vue de l'analyse statistique.

Tableau 1.3

Distribution (données pondérées) des personnes faisant partie des ménages ayant participé à l'ESS 1998, selon l'âge, le sexe et la résidence en HLM ou non, Québec, 1998

Âge	Résidents non HLM				Résidents HLM			
	Hommes	Femmes	Ensemble	Ratio F / H	Hommes	Femmes	Ensemble	Ratio F / H
0 à 19 ans	13,2 %	12,6 %	25,8 %	1,0	19,5 %	15,3 %	34,8 %	0,8
20 à 39 ans	15,2 %	14,9 %	30,1 %	1,0	9,0 %	10,5 %	19,5 %	1,2
40 à 59 ans	14,4 %	14,3 %	28,7 %	1,0	5,7 %	12,9 %	18,7 %	2,3
60 ans et +	6,9 %	8,5 %	15,4 %	1,2	6,6 %	20,5 %	27,0 %	3,1
Ensemble	49,7 %	50,3 %	100,0 %		40,8 %	59,2 %	100,0 %	
Nombre réel (brut)	14 722	14 933	29 655		256	371	627	

Source : Enquête sociale et de santé 1998.

Note : Les pourcentages ont été établis en fonction du nombre total de chaque type de logements (les logements à l'adresse indéterminée ont été laissés de côté).

Dans la partie gauche du tableau se trouve la distribution procentuelle pour les personnes ne résidant pas en HLM, quasi équivalente à la distribution de la population en général. On y observe un équilibre tout à fait satisfaisant entre les sexes (49,7 % d'hommes, 50,3 % de femmes), de même qu'un équilibre convenable entre les groupes d'âge (voir les pourcentages sous la colonne Ensemble). Le ratio femmes/hommes (F/H) illustre la variation dans la répartition des sexes selon les groupes d'âge. On constate, dans la population des non-résidents, que la valeur de ce rapport la plus éloignée du point d'équilibre (1,0) est celle du groupe des 60 ans et plus, pour lequel elle est de 1,2.

La partie droite du tableau donne la mesure, cette fois-ci, de la population des résidents de HLM, et elle indique une situation très différente. Ici, ce sont les groupes d'âge situés aux extrémités qui sont les plus nombreux, soit les moins de 20 ans, qui représentent 34,8 % des personnes résidentes, et les 60 ans et plus (27,0 % des personnes résidentes). Les ratios femmes/hommes révèlent, eux aussi, une répartition bien différente des effectifs sexe selon les groupes d'âge. Ce rapport est sensiblement défavorable aux femmes chez les moins de vingt ans (0,8), mais tourne à leur avantage dans les trois groupes d'âge supérieurs, avantage qui s'accroît à mesure de l'avancement en âge (le rapport passe de 1,2 chez les 20-39 ans, à 3,1 chez les 60 ans et plus).

Donc, la comparaison des données âge-sexe du tableau 1.3 à l'égard des non-résidents et des résidents de HLM illustre l'importance du contrôle à exercer en fonction de ces variables lorsque vient le temps de comparer les prévalences de problèmes de santé ou de comportements relatifs à celle-ci, entre ces deux populations, comme cela sera fait au chapitre 4.

Aux chapitres 2 et 3, ces populations sont également comparées, mais relativement à des caractéristiques du ménage plutôt qu'à des problèmes de santé. Néanmoins, certaines de ces caractéristiques peuvent être influencées par l'âge ou le sexe de la personne qui agit comme répondant du ménage. Le tableau 1.4 compare les distributions de ces variables parmi les répondants principaux de ces deux populations.

Tableau 1.4

Distribution (données pondérées) des répondants principaux des ménages ayant participé à l'ESS 1998, selon l'âge, le sexe et la résidence en HLM ou non, Québec, 1998

Âge	Résidents non HLM				Résidents HLM			
	Hommes	Femmes	Ensemble	Ratio F / H	Hommes	Femmes	Ensemble	Ratio F / H
0 à 39 ans	13,1 %	25,7 %	38,8 %	2,0	9,4 %	18,6 %	27,9 %	2,0
40 à 59 ans	12,8 %	25,8 %	38,6 %	2,0	5,9 %	21,1 %	27,0 %	3,6
60 ans et +	7,1 %	15,5 %	22,6 %	2,2	8,7 %	36,3 %	45,1 %	4,2
Ensemble	33,0 %	67,0 %	100,0 %		24,0 %	76,0 %	100,0 %	
Nombre réel (brut)	3 847	7 796	11 643		73	232	305	

Source : Enquête sociale et de santé 1998.

Note : Les pourcentages ont été établis en fonction du nombre total de chaque type de logements (les logements à l'adresse indéterminée ont été laissés de côté).

De conception identique au tableau 1.3 (à la différence que le premier groupe d'âge y est absorbé par le second), le tableau 1.4 indique que, chez les ménages non résidents, le répondant principal est généralement âgé de moins de 60 ans (78 % des observations), alors que chez les résidents de HLM 55 % des répondants principaux ont moins de 60 ans. En fait, chez les résidents de HLM, la proportion des répondants de 60 ans ou plus est le double de ce qu'elle est chez les non-résidents (45,1 % versus 22,6 %). Un tel écart justifie de contrôler la variable âge.

Du côté de la variable sexe, le constat principal qui émerge du tableau 1.4 est que les femmes sont nettement plus susceptibles d'agir à titre de répondant principal, puisque le ratio femmes/hommes se situe aux alentours de 2,0 (soit deux fois plus de femmes). C'est le cas pour les trois groupes d'âge parmi les répondants principaux non résidents (partie gauche du tableau), et il en va de même pour le groupe d'âge des moins de 40 ans du côté des répondants principaux résidents³⁷. Toutefois, ce rapport augmente sensiblement parmi les deux autres groupes d'âge de répondants résidents, puisqu'il est de 3,6 chez les 40 à 59 ans, et de 4,2 chez les 60 ans et plus. La composition sexe très différente de ces deux groupes d'âge chez les répondants principaux résidents peut donc justifier également que l'on

37. Soit 28 % des répondants non résidents.

contrôle la variable sexe lorsque seront comparés, par rapport à une variable ménage donnée, les résidents par rapport aux non-résidents.

Les variables dites d'intérêt de cette étude sont les variables qui seront abordées successivement aux chapitres 2 à 4 (variables d'environnement socioéconomique, de logement et de santé). Deux modèles d'analyse ont été utilisés pour les étudier. D'abord le modèle bivarié, qui compare directement les populations résidentes et non résidentes par rapport à la variable d'intérêt, et ensuite le modèle multivarié, qui permet de réexaminer cette relation bivariée en tenant compte d'autres variables susceptibles de l'influencer, notamment, dans ce cas-ci, l'âge et le sexe du répondant.

Vue schématique des modèles d'analyse statistique des relations

- 1. Modèle bivarié : variable d'intérêt = résidence (HLM, non HLM).***
- 2. Modèle multivarié : variable d'intérêt = résidence + âge + sexe + interactions (résidence*âge + résidence*sexe).***

Les résultats du modèle bivarié sont généralement présentés sous forme de tableaux bivariés. Pour gagner en simplicité, ceux-ci vont substituer des pourcentages verticaux aux fréquences observées. Le niveau de probabilité du test du « khi-deux » (χ^2) sera également rapporté, en précisant le logiciel statistique qui l'a établi (SAS ou SUDAAN, lorsque le contexte ne permet pas de le déduire).

Lorsque le χ^2 du tableau bivarié était significatif, un modèle multivarié a été appliqué pour vérifier l'importance de la variable résidence sur la variable d'intérêt une fois pris en compte l'effet perturbateur possible des variables âge et sexe³⁸ (ou d'autres variables³⁹ lorsque cela était pertinent). L'application de ce modèle s'est généralement effectuée à l'aide de la technique de la régression logistique. Celle-ci va exprimer l'importance de l'effet moyen attribuable à la variable résidence sous forme d'un « rapport de cotes⁴⁰ », c'est-à-dire du rapport de la cote prédit qu'une personne (ou ménage) résidant en HLM (groupe événement) présente telle valeur de la variable d'intérêt (par exemple, la valeur « oui » à la question « avez-vous vu un médecin au cours des deux dernières semaines ? ») comparativement à la cote prédite correspondante parmi le groupe de référence (les personnes ne résidant pas en HLM). En attribuant (par convention) la valeur 1,0 aux cotes prédites du groupe de référence, le rapport de cotes s'interprète comme le facteur multiplicatif simple à appliquer à ces dernières afin d'estimer celles du groupe événement.

38. L'effet perturbateur des variables âge et sexe est causé, bien sûr, par leurs proportions différentes parmi les résidents et les non-résidents.

39. Pour certaines variables d'intérêt (en particulier, dans le chapitre sur le logement), l'utilisation d'autres variables que l'âge ou le sexe s'est imposée.

40. Traduction libre de « odds ratio ».

Chapitre 2 : Caractéristiques sociales et économiques des ménages

Ce chapitre propose un tour d'horizon de certaines caractéristiques sociales et économiques des ménages vivant en logement social de type HLM, en les opposant à l'ensemble des autres ménages. Les caractéristiques retenues sont celles qui nous semblent les plus pertinentes à prendre en considération compte tenu de l'objectif principal de l'étude, qui est de comparer l'état de santé de ces deux populations. Toutes les variables présentées dans ce chapitre sont tirées de l'ESS 1998, auxquelles est venue s'ajouter la variable résidence en HLM (à la suite de l'appariement des listes d'adresses). Les deux questionnaires ont été utilisés, le QRI davantage que le QAA.

Pour conserver à ce chapitre une certaine homogénéité, les informations tirées du QAA se limitent aux réponses fournies par le répondant principal. En général, la présentation de chacune des variables d'intérêt est centrée sur le tableau bivarié mettant en relation celle-ci (portée sur l'axe de l'ordonnée) et la variable résidence (en abscisse), soit, en fin de compte, le tableau sommaire du modèle bivarié. Le seuil de probabilité de ce modèle est indiqué, de même que le logiciel à partir duquel il a été établi (étant donné que l'un de ceux-ci est davantage apte à tenir compte des caractéristiques de l'échantillon). Lorsqu'ils sont disponibles, les résultats du modèle multivarié relatifs à cette variable sont rapportés immédiatement à la suite, dans le corps du texte, plutôt que sous forme de tableau. Toutefois, un tableau synthèse (tableau 2.27) des résultats multivariés vient clôturer la conclusion du chapitre.

2.1 Genre et taille des ménages

2.1.1 Genre de ménage

Le tableau concernant la variable genre de ménage a été placé en premier (tableau 2.1), parce qu'il révèle une différence importante entre les deux populations. Il indique que les ménages d'une seule personne et les ménages monoparentaux, c'est-à-dire tous les ménages ne comptant qu'un adulte, représentent, au sein de la population résidant en HLM, plus du double de ce qu'ils représentent dans le reste de la population (82 % comparativement à 37 %). Le corollaire, évidemment, est qu'on y trouve moins de couples (avec ou sans enfants) : 17 % des ménages de HLM en sont, contre 60 % (une majorité nette) dans la population non HLM. Évidemment, de tels écarts génèrent un *khi-deux* très significatif (selon SUDAAN, probabilité du χ^2 : $p < 0,0001$).

Tableau 2.1**Genre de ménage selon la résidence en HLM ou non, Québec, 1998**

Genre de ménage	Résidence	
	HLM	Non HLM
1- Personne seule	58,6 %	26,5 %
2- Couple sans enfants	6,1 %	26,5 %
3- Couple avec enfants	10,4 %	33,4 %
4- Monoparental	23,6 %	10,1 %
5- Colocataires ou Autres	1,3 %	3,5 %
Total	100,0 %	100,0 %
Nombre pondéré	268,4	12 257,5
Nombre réel	305	11 643

p χ^2 SUDAAN < 0,0001

Source : Enquête sociale et de santé 1998, d'après la variable indice ESS « Famille ».

Tableau 2.2**État matrimonial observé du répondant principal du ménage selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998**

État matrimonial	Résidence	
	HLM	Non HLM
1- Marié	13,4 %	42,7 %
2- Union de fait	2,0 %	16,4 %
3- Veuf ou séparé ou divorcé	54,0 %	20,4 %
4- Célibataire	30,7 %	20,5 %
Total	100,0 %	100,0 %
Nombre pondéré	266,3	12 146,4
Nombre réel (estimé)	302,6	11 535,0

p χ^2 SAS < 0,0001

Source : Enquête sociale et de santé 1998, variable indice MATCONJ2 (4 catégories).

Note : Les nombres réels ont été estimés à l'aide du multiplicatif de la variable de pondération propre à chaque groupe de résidents (HLM et non HLM).

Une variable apparentée à celle du genre de ménage est celle de l'état matrimonial observé du répondant principal⁴¹. Sous ce rapport aussi, comme le révèle le tableau 2.2, la probabilité du *khi-deux* est très faible, négligeable. À l'examen des cellules du tableau, on constate des écarts très prononcés entre ménages résidents HLM et non résidents pour chaque catégorie de la variable État matrimonial,

41. L'ESS dispose également de la variable état matrimonial légal de ce répondant.

sauf, peut-être, en ce qui a trait à la catégorie « Célibataire », pour laquelle l'écart est néanmoins de dix points de pourcentage.

Évidemment, certains états matrimoniaux (et certains genres de ménages) sont davantage associés à certaines caractéristiques du répondant principal, en particulier l'âge de ce dernier (pour les états « Veuf ou séparé ou divorcé », par exemple), ou son sexe (particulièrement chez les ménages monoparentaux). Afin de pouvoir comparer les états matrimoniaux observés dans ces deux populations en contrôlant l'effet de ces variables, nous avons appliqué le modèle multivarié à la relation entre état matrimonial observé et résidence. Les résultats de ce modèle indiquent qu'une fois pris en compte le groupe d'âge et le sexe les cotes prédites qu'un répondant principal résidant en HLM vive sans conjoint (regroupement des catégories « Célibataire » et « Veuf ou séparé ou divorcé ») sont 7,7 fois supérieures à celles que l'on retrouverait chez un résidant principal ne vivant pas en HLM (voir le tableau 2.27 à la fin de ce chapitre). À sa manière donc, la régression logistique (établie à l'aide de SAS, dans ce cas-ci) vient valider la relation significative observée au tableau 2.2.

2.1.2 Taille des ménages

Le tableau 2.3 porte sur la taille des ménages. Notons que les pourcentages qui figurent dans ce tableau en ce qui concerne les ménages d'une personne sont identiques à ceux qui sont affichés au tableau 2.1 pour le genre de ménages composés de personnes seules, soit 58,6 % chez les ménages résidant en HLM comparativement à 26,5 % chez les non résidents.

Tableau 2.3

Taille du ménage selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998

Taille du ménage	Résidence	
	HLM	Non HLM
1 personne	58,6 %	26,5 %
2 personnes	18,7 %	34,3 %
3 personnes	9,7 %	17,1 %
4 personnes	7,4 %	15,9 %
5 personnes et plus	5,7 %	6,2 %
Total	100,0 %	100,0 %
Nombre pondéré	268,4	12 257,5
Nombre réel	305	11 643

$p \chi^2$ SUDAAN < 0,0001

Source : Enquête sociale et de santé 1998, variable TAILMEN (5 catégories).

Parmi les ménages HLM donc, les ménages d'une personne représentent plus du double de ce qu'ils représentent chez les autres ménages. En contrepartie, les ménages résidant en HLM et composés de 2, 3 ou 4 personnes ne comptent approximativement que pour la moitié de ce qu'ils représentent chez les autres ménages (35,8 % comparativement à 67,3 %). Finalement, il n'y a que la catégorie, relativement marginale, des ménages de 5 personnes et plus qui obtient des pourcentages presque équivalents.

2.2 Origine géographique des ménages

Au cours des deux dernières décennies, l'immigration au Québec a crû, et ainsi en va-t-il de l'importance relative de la population immigrante au sein d'une population locale qui se renouvelle plus lentement. De façon générale, il est donc intéressant de connaître dans quelle mesure les gens venant d'ailleurs, souvent en situation économique relativement précaire, parviennent à trouver logement dans les HLM. Par rapport aux variables de santé, il peut également être opportun d'être en mesure de distinguer cette population, qui peut avoir certains comportements particuliers pouvant influencer sa consommation de services de santé (laquelle sera traitée au chapitre 4).

Certaines questions du QRI ou du QAA sont susceptibles de nous renseigner au sujet de la présence d'immigrants parmi les répondants. Nous allons en traiter deux, l'une sur le lieu de naissance du répondant principal et l'autre sur sa langue maternelle.

2.2.1 Lieu de naissance du répondant principal

Le premier tableau de cette section de chapitre porte sur le lieu de naissance du répondant principal. Les pourcentages obtenus indiquent que les répondants principaux nés ailleurs qu'au Québec seraient légèrement surreprésentés parmi les ménages résidant en HLM. On note cependant que la probabilité du *khi-deux* de SUDAAN est légèrement supérieure au seuil retenu, ce qui normalement devrait nous amener à clore l'examen de cette variable. Néanmoins, le modèle multivarié a été testé, et celui-ci donne le facteur résidence significatif à $p = 0,0002$. Il indique, en gros, qu'en tenant constants le groupe d'âge et le sexe, les cotes prédites d'un résidant principal de HLM d'être né au Québec sont inférieures de 43 % à celles que l'on observe chez les répondants principaux non résidents (rapport des cotes = 0,57).

Tableau 2.4

Lieu de naissance du répondant principal selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998

Lieu de naissance	Résidence	
	HLM	Non HLM
1- Québec	77,4 %	85,5 %
2- Autre province	7,7 %	4,5 %
3- Autre pays	14,9 %	9,9 %
Total	100,0 %	100,0 %
Nombre pondéré	266,2	12 257,3
Nombre réel estimé	302,5	11 642,8

$p \chi^2$ SUDAAN = 0,098

Source : Enquête sociale et de santé 1998, QRI 157A (Lieu de naissance du répondant principal).

2.2.2 Langue maternelle du répondant principal

L'ESS dispose d'une variable apparentée à la précédente, soit la langue maternelle du répondant principal, susceptible, elle aussi, de nous éclairer sur la présence en HLM de ménages d'immigration récente, du moins pour l'immigration issue de pays pour lesquels ni le français ni l'anglais ne constitue la langue maternelle d'un groupe appréciable de la population. C'est donc la catégorie de réponse « Autres » du tableau 2.5 qui va représenter le centre d'intérêt, puisque nous allons considérer cette réponse comme indicatrice d'une immigration relativement récente⁴². Les pourcentages obtenus au tableau 2.5 ressemblent fort à ceux du tableau précédent, ce qui reflète sans doute une association étroite entre les deux variables (lieu d'origine et langue maternelle). Le *khi-deux* établi par le logiciel SUDAAN se rapproche légèrement du seuil de signification retenu ($p = 0,052$). Nous avons testé l'effet produit par l'introduction du modèle multivarié. Il a été constaté que les cotes prédites que le français soit la langue maternelle d'un répondant principal résidant en HLM sont inférieures de 39 % (rapport de cotes = 0,61) à celles d'un répondant non résidant. Cela est comparable au résultat obtenu avec la variable lieu de naissance. Par contre, dans le cas présent, ce rapport des cotes doit composer avec une interaction *résidence*âge* très significative ($p < 0,001$)⁴³.

42. Sous l'hypothèse historique qu'à la deuxième ou troisième génération de présence au Québec, le français (ou l'anglais, pour d'autres) se sera substitué à cette langue maternelle autre.

43. Dans un modèle multivarié, la présence d'une interaction significative entre variables prédictrices signifie généralement que l'effet, sur la variable dépendante, de l'une des variables liées dans cette interaction n'est pas constant selon les valeurs de l'autre variable. Dans le cas présent, l'interaction indique que, du côté des résidents de HLM, l'effet du facteur âge sur la variable dépendante (langue maternelle) est non significatif chez les moins de 40 ans (le groupe de référence étant celui des 60 ans et plus), mais qu'il est significatif chez les 40 à 59 ans (même groupe de référence). Dans ce groupe d'âge, la valeur du rapport de cotes y est estimée à 0,407.

Tableau 2.5

Langue maternelle du répondant principal, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998

Langue maternelle	Résidence	
	HLM	Non HLM
1- Français	76,0 %	84,1 %
2- Anglais	7,9 %	7,1 %
3- Autres	16,1 %	8,8 %
Total	100,0 %	100,0 %
Nombre pondéré ¹	211,1	10 038,4
Nombre réel (estimé) ²	265,5	10 317,0

$p \chi^2$ SUDAAN = 0,052

Source : Enquête sociale et de santé 1998, variable LANGMAT (QAA 223).

Notes : 1. La variable langue maternelle est la première variable du QAA que nous utilisons. Ce questionnaire a un taux de réponse (et une variable de pondération) spécifique, qui fait que le nombre de répondants à ses questions est inférieur à ceux que l'on observe pour les variables du QRI. 2. Aucun nombre réel d'observations n'a été conservé pour les tableaux bivariés de ce chapitre-ci faisant usage de variables du QAA (les n réels sont tous estimés). Notons que la variable de pondération du QAA fait en sorte que les nombres réels de répondants ne résidant pas en HLM collent davantage aux nombres pondérés.

Bien qu'il faille faire preuve de prudence étant donné les probabilités observées et, sans doute, la forte corrélation entre le lieu de naissance et la langue maternelle, les résultats obtenus pour ces deux variables valident le fait de l'accessibilité du logement de type HLM pour les ménages d'immigration récente, ou encore pour des ménages composés de personnes n'ayant ni le français ni l'anglais comme langue maternelle. Toutefois, cette accessibilité ne nous paraît pas de nature à influencer globalement le portrait de la santé des ménages résidents.

2.3 Situation économique des ménages

Cette section passe en revue six informations (indicateurs) associées plus ou moins étroitement au revenu du ménage. La première est la variable de la suffisance du revenu du ménage.

2.3.1 Suffisance du revenu du ménage

La « suffisance du revenu » du ménage est une variable indice établie par l'ISQ⁴⁴ qui combine les valeurs des variables taille du ménage (voir le tableau 2.3) et revenu brut déclaré. À la différence de cette dernière toutefois (qui fera l'objet du tableau 2.7 à la prochaine section), la variable indice suffisance du

44. L'ISQ définit un indice soit comme un simple regroupement des catégories d'une question, soit comme une construction plus élaborée faisant référence parfois à plus d'un élément du questionnaire. C'est à ce type qu'appartient SUFREV98, l'indice de suffisance du revenu. La description des catégories de cet indice est donnée au tableau 15.7 du *Cahier technique et méthodologique* (Daveluy et al., 2001, vol. 1 : 187). Il prend en considération le revenu et la taille du ménage.

revenu a bénéficié d'une opération d'imputation de valeurs⁴⁵. Les données du tableau 2.6 indiquent que 81 % des ménages HLM se retrouvent dans les niveaux « très pauvre » ou « pauvre », alors que ce pourcentage n'est que de 22 % dans le reste de la population. Si l'on poursuit l'examen du tableau et que l'on amalgame les deux niveaux par lesquels le revenu est qualifié de « moyen » (moyen inférieur et moyen supérieur), un autre contraste accentué émerge, puisque seulement 19 % des ménages HLM s'y retrouvent, alors que ce pourcentage dépasse les deux tiers (68 %) chez les ménages résidant ailleurs. Évidemment, le niveau de revenu supérieur, auquel se rattachent 10 % des ménages, n'est pas de nature à rapprocher les deux groupes de résidents puisqu'on n'y retrouve que 0,5 % des ménages HLM (comparativement à 10,5 % chez les autres).

Tableau 2.6

Indice de suffisance du revenu du ménage, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998

Suffisance du revenu	Résidence	
	HLM	Non HLM
1- Très pauvre	42,1 %	9,2 %
2- Pauvre	38,9 %	12,6 %
3- Moyen inférieur	16,6 %	32,0 %
4 - Moyen supérieur	1,9 %	35,7 %
5 - Supérieur	0,5 %	10,5 %
Total	100,0 %	100,0 %
Nombre pondéré	268,4	12 257,5
Nombre réel	s.o.	s.o.

$p \chi^2$ SUDAAN < 0,0001

Source : Enquête sociale et de santé 1998, variable indice SUFRE98 (d'après QRI 172).

Afin d'appliquer le modèle multivarié, nous avons dichotomisé cet indice en regroupant les niveaux « très pauvre » et « pauvre » d'un côté, et les trois autres, de l'autre. Tenant compte du groupe d'âge et du sexe, ce modèle nous dit que les cotes estimées d'un répondant principal résidant en HLM d'appartenir aux niveaux inférieurs (niveaux 1 et 2) de suffisance du revenu sont de 14,5 fois supérieures à celles que l'on peut observer chez les ménages ne résidant pas en HLM. Les pourcentages très contrastants du tableau 2.6 sont donc, *grosso modo*, validés par le modèle multivarié.

45. Certaines indications sur la méthode d'imputation utilisée par l'ISQ figurent aux pages 187 à 193 du *Cahier technique et méthodologique* (Daveluy *et al.*, 2001, vol. 1). Le volume 2 (*ibid.*) peut également être consulté, aux pages 198 à 199. Le nombre pondéré de ménages auxquels un niveau de revenu a été imputé est de 1318,5.

2.3.2 Revenu brut du ménage

L'indice de suffisance du revenu (section précédente) est une variable indice pour laquelle l'ISQ a consenti de grands efforts⁴⁶. Cette variable a toutefois le désavantage de ne pas nous renseigner sur l'ordre de grandeur des revenus déclarés par les ménages, une question qui, dans la perspective de la présente recherche, est d'un intérêt certain puisque l'admissibilité et l'obtention d'un logement HLM sont fondées dans une très large mesure sur le critère du revenu.

Le QRI est le questionnaire qui contient l'information du revenu brut du ménage (la QRI 172). Le choix de réponses suivait un parcours à trois échelons, l'intervalle plus grossier du premier étant précisé par les intervalles plus étroits des échelons subséquents. Le tableau 2.7 regroupe en cinq niveaux ces intervalles. Ces niveaux ont été déterminés afin de rendre compte, plus particulièrement, des revenus ayant été déclarés par les ménages résidant en HLM. Le tableau indique que 81 % des ménages HLM déclarent des revenus de moins de 15 000 \$, comparativement à seulement 22 % des ménages non résidents. Notons que ces pourcentages sont exactement les mêmes que ceux qui ont été obtenus avec le cumul des catégories très pauvre et pauvre de l'indice de suffisance du revenu (voir le tableau 2.6).

Tableau 2.7

Niveau de revenu du ménage déclaré en 1997, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998

Niveau de revenu	Résidence	
	HLM	Non HLM
Moins de 5 000 \$	14,2 %	4,8 %
5 000 à < 15 000 \$	66,8 %	17,1 %
15 000 à < 30 000 \$	18,0 %	25,5 %
30 000 à < 60 000 \$	1,0 %	38,0 %
60 000 \$ et plus	0,0 %	14,6 %
Total	100,0 %	100,0 %
Nombre pondéré	248,4	10 959,0
Nombre réel (estimé)	282,3	10 407,4

$p \chi^2$ SAS < 0,0001

Source : Enquête sociale et de santé 1998, QRI 172 et sous-questions (Regroupement des revenus déclarés en cinq niveaux, aucune imputation).

46. Cette variable figurait également dans les éditions précédentes de l'ESS, sous des modalités pas nécessairement identiques toutefois.

2.3.3 Statut d'activité du répondant principal

Dans la plupart des ménages, et particulièrement chez les non retraités, le revenu du ménage sera en relation avec le statut d'activité de son répondant principal⁴⁷. Le prochain tableau (tableau 2.8) traite de cette variable. Il indique la situation bien différente des deux catégories de ménages, résidents et non résidents, en ce qui a trait à l'occupation habituelle de son répondant principal au cours des douze derniers mois. Seulement 9,1 % des répondants principaux résidant en HLM ont déclaré avoir été essentiellement en emploi durant cette période, comparativement à 52,4 % chez les répondants non résidents⁴⁸. L'écart en pourcentage au niveau de cette catégorie de réponse est tel, une fois de plus, que toutes les autres catégories (exception faite de la catégorie étudiant) voient les répondants résidant en HLM obtenir des pourcentages de l'ordre du double de ce qu'ils sont chez les répondants non résidents.

Tableau 2.8

Indice du statut d'activité du répondant principal au cours des 12 derniers mois, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998

Statut d'activité	Résidence	
	HLM	Non HLM
1- Emploi	9,1 %	52,4 %
2- Étudiant	7,4 %	5,4 %
3- Tenait maison	39,8 %	21,1 %
4- Retraite	30,6 %	15,6 %
5- Sans emploi	13,1 %	5,5 %
Total	100,0 %	100,0 %
Nombre pondéré	268,4	12 249,4
Nombre réel (estimé)	305,0	11 632,9

$p \chi^2 \text{ SAS} < 0,0001$

Source : Enquête sociale et de santé 1998, variable indice STATACT2 (QRI 159).

Pour contrôler l'effet de l'âge et du sexe dans cette relation, la question QRI 161 a été utilisée, de préférence à l'indice STATACT2, parce qu'elle est dichotomique par rapport au fait d'être en emploi ou pas, lequel constitue le statut d'activité généralement déterminant par rapport au revenu. La QRI 161 demandait tout simplement au répondant principal s'il était en emploi actuellement⁴⁹ (oui/non). 12,2 % des répondants principaux vivant en HLM ont répondu par l'affirmative, comparativement à 52,7 % chez

47. À l'exception, bien sûr, des ménages de couples pour lesquels il y a une forte différence de revenus entre les conjoints, lorsque le conjoint moins fortuné a servi de répondant principal.

48. Comme l'indique la catégorie «Retraite» de la variable statut d'activité, ces pourcentages tiennent compte des répondants principaux à la retraite.

49. Et non pas au cours des douze derniers mois, comme le veut la variable « STATACT2 ». Le nombre des ménages répondants pour cette question est presque identique.

les répondants non résidents⁵⁰. Pour leur part, les résultats du modèle multivarié impliquant la variable QRI 161, l'âge et le sexe du répondant principal, indiquent que les cotes estimées d'un répondant principal résidant en HLM d'être en emploi actuellement sont de 86 % inférieures à celles d'un répondant non résidant.

2.3.4 Indice de scolarité relative du répondant principal

Précédemment, la section 2.3.1 de ce chapitre s'est penchée sur l'indice de suffisance du revenu (SUFREV98), lequel classait les ménages en cinq niveaux combinant deux variables, soit le revenu brut (Q172) et la taille du ménage. Dans cette section-ci, nous allons traiter d'une autre variable indice, la scolarité relative (SCOLRL98). Celle-ci crée également cinq niveaux (de scolarité), mais cette fois ceux-ci sont propres aux distributions de scolarité observées (dans QAA 226 et 227) à l'intérieur de chacun des groupements âge-sexe⁵¹ déterminés par l'ISQ. Les seuils de ces niveaux sont définis par les rangs quintiles des distributions. C'est la raison pour laquelle la scolarité est dite *relative* : chaque personne est comparée aux répondants de son groupe d'âge et de son sexe.

Tableau 2.9

Indice de scolarité relative du répondant principal, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998

Indice de scolarité	Résidence	
	HLM	Non HLM
1 ^{er} quintile	44,3 %	17,7 %
2 ^e quintile	22,5 %	19,4 %
3 ^e quintile	20,0 %	20,3 %
4 ^e quintile	8,2 %	19,8 %
5 ^e quintile	5,0 %	22,8 %
Total	100,0 %	100,0 %
Nombre pondéré	212,7	10 100,9
Nombre réel (estimé)	267,5	10 381,3

$p \chi^2$ SAS < 0,0001

Source : Enquête sociale et de santé 1998, variable SCOLRL98 (Indice de scolarité relative tenant compte du groupe d'âge quinquennal et du sexe, d'après QAA 226).

50. L'énoncé de ce résultat permet de se dispenser d'un tableau bivarié pour cette variable. Par comparaison à la variable précédente (STATACT2), le pourcentage de « oui » a été moins stable chez les répondants principaux résidant en HLM que chez les répondants non résidents.

51. Treize groupes d'âge quinquennaux ont été définis, donc vingt-six groupements. D'autres précisions concernant la confection de l'indice SCOLRL98 figurent dans le rapport général de l'ESS 1998 (Daveluy *et al.*, 2000 : 81) et dans les cahiers techniques et méthodologiques (Daveluy *et al.*, 2001, vol. 1 : 110, 132 et vol. 2 : 187-189).

L'examen de cette variable indice prend place à l'intérieur de la présente section, qui porte sur la situation économique des ménages, parce qu'il s'agit d'une pratique répandue, dans des études de même nature, de mettre en relation le niveau de scolarité du soutien principal et le revenu des ménages. Le tableau 2.9 compare la scolarité relative des répondants principaux résidant en HLM et celle des répondants non résidents.

Ce tableau indique une association très claire. Le premier quintile, qui correspond au niveau inférieur de scolarité, représente 44 % des répondants principaux vivant en HLM, comparativement à 18 % chez les répondants non résidents, soit plus du double. Du côté des niveaux élevés de scolarité, le contraste reste également très marqué, puisque 13 % seulement des résidents HLM se retrouvent dans les quatrième et cinquième quintiles, comparativement à près de 43 % chez les autres.

Bien que cette variable indice ait bénéficié d'une forme de standardisation selon l'âge et le sexe, le modèle multivarié a été testé de manière usuelle. Les niveaux de scolarité ont été dichotomisés en traçant la ligne de démarcation entre les 3^e et 4^e quintiles. Tenant compte de l'âge et du sexe, le modèle multivarié donne à 4,7 fois supérieures les cotes des répondants principaux vivant en HLM d'appartenir à l'un des trois premiers quintiles de l'indice de scolarité (comparativement aux cotes des répondants non résidents⁵²).

2.3.5 Perception de la situation économique du répondant principal par rapport aux gens de même âge

Les quatre variables précédentes (suffisance du revenu, revenu brut, statut d'activité et niveau de scolarité) étaient fondées sur des informations socioéconomiques essentiellement objectives. En plus de ce type d'informations, il peut également être intéressant de s'arrêter à la *perception* qu'a le répondant principal de sa situation économique. Ainsi, la QAA 234 demandait tout simplement : « Comment percevez-vous votre situation économique par rapport aux gens de votre âge ? », de laquelle l'ISQ a tiré l'indice PERÇU. Les réponses fournies par les répondants principaux figurent au tableau 2.10.

Encore une fois, on observe une opposition assez nette et marquée entre les deux groupes de répondants principaux. Ceux vivant en HLM s'estiment, à près des deux tiers (63 %), pauvres ou très pauvres, alors que la proportion correspondante chez les autres répondants principaux est de 26 %. Il semble donc y avoir une certaine cohérence, du côté des répondants vivant en HLM, entre la situation économique « objective » (SUFREV98, Revenu brut) et la situation « subjective » (PERÇU).

52. Il est à noter qu'en raison probablement de la standardisation relativement fine apportée à la variable âge, celle-ci s'est révélée non significative dans le modèle multivarié pour SCOLRL98. Pas la variable sexe, par contre ($p < 0.0001$).

Le modèle multivarié aurait pu clarifier l'effet en propre de la variable résidence sur cette perception de pauvreté une fois pris en compte l'âge et le sexe du répondant principal, mais son application aboutit à une interaction significative entre la variable résidence et la variable âge⁵³.

Tableau 2.10

Indice de la perception de sa situation économique par le répondant principal en comparaison aux gens de même âge, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998

Perception de sa situation économique	Résidence	
	HLM	Non HLM
1- À l'aise	10,8 %	16,3 %
2- Suffisant	26,2 %	57,7 %
3- Pauvre	50,5 %	22,3 %
4- Très pauvre	12,5 %	3,7 %
Total	100,0 %	100,0 %
Nombre pondéré	216,0	9 967,4
Nombre réel (estimé)	271,7	10 244,0

$p \chi^2$ SUDAAN < 0,0001

Source : Enquête sociale et de santé 1998, variable PERÇU (QAA 234).

2.3.6 Durée de la situation économique de pauvreté perçue par le répondant principal

La question immédiatement suivante du QAA (QAA 235) demandait : « Depuis combien de temps vous percevez-vous dans cette situation ? » De celle-ci et de la précédente (QAA 234), l'indice DURPAUV a été créé, afin de regrouper les « durées de la situation de pauvreté perçue ». La comparaison des résidents HLM et des non-résidents en fonction de ces durées figure au tableau 2.11.

Comme cela s'est produit pour d'autres questions du questionnaire, les différences de pourcentages entre les deux catégories de la variable résidence sont en quelque sorte exacerbées par l'écart substantiel de répondants principaux qui s'estiment « non pauvres », soit 37,4 % parmi ceux résidant en HLM, par rapport à 74,3 % (le double) chez les autres.

Pour orienter la relation en fonction, essentiellement, des durées de pauvreté perçue, il conviendrait d'exclure les répondants principaux qui s'estiment non pauvres. Cet exercice a été mené, d'où on en tire le tableau 2.12. Par rapport au tableau 2.11, il y a lieu de remarquer en premier lieu, au tableau 2.12, la diminution radicale de l'effectif de répondants principaux ne résidant pas en HLM, qui passe de 9927,5 à 2549,2 (n pondérés). Cette diminution est également très perceptible du côté des résidents en HLM, leur

53. Le facteur résidence va dans le sens attendu pour deux des trois groupes d'âge, mais pas pour le troisième.

nombre passant de 214 à 134. Donc, lorsqu'on limite la perspective aux répondants principaux qui s'estiment pauvres, on constate que les trois quarts de ceux qui résident en HLM considèrent que leur situation de pauvreté dure depuis cinq ans ou plus, comparativement à un peu plus de la moitié (53 %) parmi ceux qui ne résident pas en HLM.

Tableau 2.11

Indice de la durée de la condition de pauvreté, telle que perçue par le répondant principal, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998

Indice de la durée de la condition de pauvreté	Résidence	
	HLM	Non HLM
1- Non pauvre	37,4 %	74,3 %
2- Pauvre depuis moins d'un an	3,1 %	2,4 %
3- Pauvre depuis un an à < 5 ans	12,3 %	9,7 %
4- Pauvre depuis 5 ans et plus	47,2 %	13,6 %
Total	100,0 %	100,0 %
Nombre pondéré	213,9	9 927,5
Nombre réel (estimé)	269,1	10 203,0

$p \chi^2$ SUDAAN < 0,0001

Source : Enquête sociale et de santé 1998, variable DURPAUV (Durée de cette situation économique perçue, QAA 234 et 235).

Tableau 2.12

Durée de la condition de pauvreté perçue parmi les répondants principaux qui s'estiment pauvres, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998

Durée de la condition de pauvreté perçue	Résidence	
	HLM	Non HLM
(1- Non pauvre)	s.o.	s.o.
2- Pauvre depuis moins d'un an	5,0 %	9,4 %
3- Pauvre depuis un an à < 5 ans	19,6 %	37,6 %
4- Pauvre depuis 5 ans et plus	75,4 %	53,0 %
Total	100,0 %	100,0 %
Nombre pondéré	133,9	2 549,2
Nombre réel (estimé)	168,4	2 620,0

$p \chi^2$ SAS < 0,0001

Source : Enquête sociale et de santé 1998, variable DURPAUV2 (Durée des conditions de pauvreté parmi ceux qui s'estiment pauvres, de DURPAUV).

Nous avons voulu valider cet écart de durée parmi ceux qui s'estiment pauvres en contrôlant l'âge et le sexe des répondants principaux. Le modèle multivarié est significatif, et soumet qu'il y a 2,4 fois plus de cotes qu'un répondant principal résidant en HLM et se percevant comme pauvre estime que cette condition de pauvreté dure depuis cinq ans ou plus, comparativement aux répondants principaux qui se perçoivent comme pauvres également, mais qui ne résident pas en HLM.

2.4 Soins de santé non couverts par le régime d'assurance maladie

Les sections précédentes traitaient du revenu et de la situation économique des ménages. Il est en effet généralement admis qu'il y a un lien entre le revenu et la santé ; en d'autres termes, que les écarts de revenus s'accompagnent souvent d'écarts de santé. Dans cette section, nous allons nous pencher sur d'autres services, généralement des services d'assurances (privées ou publiques), dont le lien avec la consommation de services de santé peut se manifester parfois de façon très concrète.

En effet, l'ESS s'est également enquis de la couverture de membres du ménage (un ou plusieurs) par des polices d'assurances privées relativement aux soins de santé non couverts par le régime d'assurance maladie du Québec, ou encore de leur couverture pour d'autres services de santé auxquels participe l'État, tels que l'assurance médicaments, ou pour des services de santé que celui-ci offre en vertu des régimes publics de sécurité du revenu (l'assistance-emploi, au premier chef).

Commençons par la question relative à l'adhésion de membres du ménage à une police d'assurance privée. Ce type de protection étant relié d'assez près au revenu, on peut s'attendre à un pourcentage marginal de réponses « oui » chez les ménages résidant en HLM. Les données du tableau 2.13 confirment cette attente. L'écart entre les deux populations est substantiel : 4 % seulement des ménages résidant en HLM disposent d'une telle police, comparativement à 52 % de ceux qui ne résident pas en HLM.

Tableau 2.13

Couverture d'au moins un membre du ménage par une police d'assurance santé privée, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998

Couverture par une police d'assurance santé privée	Résidence	
	HLM	Non HLM
1- Oui	3,8 %	52,0 %
2- Non	96,2 %	48,0 %
Total	100,0 %	100,0 %
Nombre pondéré	268,4	12 217,4
Nombre réel (estimé)	305,0	11 604,9

$p \chi^2$ SUDAAN < 0,0001

Source : Enquête sociale et de santé 1998, variable COUVPRI (« Quelqu'un du foyer » couvert par police privée d'assurance maladie, de Q141).

En contrôlant l'effet de l'âge et du sexe, les cotes qu'un répondant principal résidant en HLM dispose d'une police d'assurance santé privée sont de 96 % inférieures à celles d'un répondant principal non résidant, comme on le constate au tableau synthèse de la fin du chapitre. Il y a donc validation claire du résultat bivarié.

Les questions QRI 145 à 150 font un tour d'horizon des services de santé pouvant être couverts par cette police d'assurance privée. Nous avons retenu les soins dentaires, à cause de leur coût potentiel élevé pour les ménages. La couverture pour soins dentaires n'est pas fréquente au Québec. Conséquemment, le pourcentage des réponses positives (« Oui ») diminue dans les deux populations, mais il subsiste néanmoins un écart prononcé (30 points de pourcentage⁵⁴). Les résultats figurent au tableau 2.14.

Tableau 2.14

Couverture des soins dentaires par une police d'assurance privée, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998

Couverture des soins dentaires	Résidence	
	HLM	Non HLM
1- Oui	1,4 %	31,4 %
2- Non	98,6 %	68,6 %
Total	100,0 %	100,0 %
Nombre pondéré	268,4	12 169,5
Nombre réel (estimé)	305,0	11 557,0

$p \chi^2$ SUDAAN < 0,0001

Source : Enquête sociale et de santé 1998, variable COUVSDEN (« Quelqu'un du foyer » couvert pour soins dentaires par police d'assurance privée, de Q141 et Q147).

La participation à une police d'assurance privée en matière de soins de santé est donc très réduite chez les répondants principaux résidant en HLM. Cependant, comme nous le verrons maintenant, leur désavantage à ce chapitre est, dans une certaine mesure, contrebalancé par leur présence relativement forte dans les régimes d'assurance santé gouvernementaux destinés à des clientèles particulières. Le plus récent de ces programmes est le programme d'assurance médicaments du Québec. Le tableau 2.15 présente les données relatives à la QRI 151, qui portait spécifiquement sur la couverture d'un membre du ménage par ce programme. Ce tableau indique qu'environ les trois quarts (74,0 %) de la population résidente HLM serait couverte par ce programme, contre 39 % chez les non résidents, un écart significatif et relativement important.

54. Exemple de calcul de cet écart (Δ) pour valeurs « Oui » de variable COUVSDEN : $|1,4 - 31,4| = 30,0$.

Tableau 2.15

Couverture d'au moins un membre du ménage par le programme d'assurance médicaments, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998

Couverture par le programme d'assurance médicaments	Résidence	
	HLM	Non HLM
1- Oui	74,0 %	39,0 %
2- Non	26,0 %	61,0 %
Total	100,0 %	100,0 %
Nombre pondéré	268,4	12 125,1
Nombre réel (estimé)	305,0	11 517,2

$p \chi^2 \text{ SAS} < 0,0001$

Source : Enquête sociale et de santé 1998, Q151 (« Quelqu'un du foyer » inscrit au programme d'assurance médicaments).

En plus de l'assurance médicaments, les gouvernements québécois et fédéral prennent à leur charge un certain nombre de services de santé rendus, très souvent, par le programme d'assistance-emploi. Or le QRI avait prévu une question (la QRI 152) faisant précisément référence à ce programme, de même qu'à celui de la sécurité de la vieillesse (PSV), et s'informait si des membres du ménage étaient couverts par de tels programmes « en partie ou en totalité, (pour des) soins de santé tels les examens de la vue, les soins dentaires... ? ». Le tableau 2.16 rapporte les réponses fournies selon la variable résidence.

Tableau 2.16

Couverture d'au moins un membre du ménage par un programme d'aide gouvernemental offrant des protections en matière de santé, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998

Couverture par un programme d'aide gouvernemental	Résidence	
	HLM	Non HLM
1- Oui	61,1 %	17,5 %
2- Non	38,9 %	82,5 %
Total	100,0 %	100,0 %
Nombre pondéré	267,7	12 220,6
Nombre réel (estimé)	304,2	11 608,0

$p \chi^2 \text{ SUDAAN} < 0,0001$

Source : Enquête sociale et de santé 1998, Q152 (« Quelqu'un du foyer » bénéficie d'un programme d'aide gouvernemental couvrant des soins de santé).

Ce tableau permet de constater que 61 % des ménages résidant en HLM sont couverts par l'un ou l'autre de ces programmes de sécurité du revenu, offrant des protections en matière de santé, alors que parmi

les autres ménages, ce pourcentage ne s'élève qu'à 18 %. Le modèle multivarié a permis de tester l'effet de la variable résidence sur la QRI 152 en tenant compte de l'âge et du sexe du répondant principal. Comme cela s'est produit plus tôt, ce modèle donne l'interaction *résidence*âge* significative, ce qui nous oblige à interpréter l'effet de résidence (très favorable aux résidents en HLM) en tenant compte du groupe d'âge du répondant principal.

2.5 Indicateurs de sécurité alimentaire

Un autre ensemble de mesures et de questions liées au revenu du ménage (et ce, explicitement, dans la formulation même des questions, tout comme pour la QRI 152) est constitué des questions relatives à la sécurité alimentaire, soit les QRI 153 à 156. Nous allons rapporter ici les résultats de deux des quatre questions en cause, soit les QRI 155 et 156.

Cette dernière (QRI 156) est intéressante parce que l'information livrée est plutôt de nature quantitative, ce qui rend plus concrète l'insécurité alimentaire vécue. La QRI 156 demandait au répondant principal une estimation du nombre de jours pendant lesquels le ménage a pu manquer de nourriture au cours du dernier mois. Les distributions font l'objet du tableau 2.17.

Tableau 2.17

Insécurité alimentaire dans le ménage, d'après le nombre de jours au cours du dernier mois avec nourriture insuffisante, ou argent disponible à cette fin insuffisant, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998

Nombre de jours	Résidence	
	HLM	Non HLM
Plus de 7 jours	3,4 %	1,1 %
De 1 à 7 jours	9,2 %	2,5 %
Aucun jour	87,4 %	96,4 %
Total	100,0 %	100,0 %
Nombre pondéré	256,5	12 122,5
Nombre réel (estimé)	291,5	11 512,4

$p \chi^2$ SUDAAN < 0,0001

Source : Enquête sociale et de santé 1998, Q156 (Nombre de jours au cours du dernier mois avec nourriture insuffisante ou manque d'argent pour acheter de la nourriture).

On constate que la relation est significative, et que, des deux durées positives (> 0 jour) constituées par l'ISQ aux fins de cette question, celle où l'on retrouve l'écart en pourcentage le plus prononcé est la catégorie « De un à sept jours ». L'écart y est de près de sept points de pourcentage (de 9,2 % chez les ménages HLM, à 2,6 % chez les non HLM).

L'autre question de cette section du QRI qui retient notre attention est la Q155, car celle-ci traite de la nourriture destinée aux enfants, un groupe d'âge pour lequel les carences nutritionnelles peuvent avoir des conséquences plus néfastes que chez l'adulte (croissance de l'enfant, attention en classe, etc.). Elle n'a été soumise, bien sûr, qu'aux ménages avec enfants (nombre pondéré de réponses valides : 4 038,1). Le répondant principal se fait demander dans quelle mesure l'énoncé « il arrive que le ménage manque d'argent pour offrir des repas équilibrés aux enfants » s'applique à leur situation. Les résultats à cette question se trouvent au tableau suivant.

Tableau 2.18

Insécurité alimentaire dans le ménage, suivant l'énoncé que celui-ci ne peut offrir de repas équilibrés aux enfants faute d'argent, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998

Occurrence de l'énoncé d'insécurité alimentaire	Résidence	
	HLM	Non HLM
Souvent vrai	2,1 %	0,8 %
Parfois vrai	22,9 %	2,9 %
Jamais vrai	75,0 %	96,3 %
Total	100,0 %	100,0 %
Nombre pondéré	84,0	3 954,0
Nombre réel (estimé)	95,5	3 755,0

$p \chi^2$ SUDAAN < 0,0001

Source : Enquête sociale et de santé 1998, Q155 («[...] nous ne pouvons pas offrir de repas équilibrés aux enfants [...] faute d'argent » ; préalable à Q155 : avoir un ou des enfants de moins de 18 ans).

Ces résultats sont significatifs. Bien que la très grande majorité des ménages considèrent que cet énoncé n'est « jamais vrai » (il ne s'applique pas à eux), on observe quand même une différence de 21 points de pourcentage entre ménages HLM et non HLM pour cette catégorie de réponse. Cet écart trouve essentiellement sa contrepartie dans la catégorie de réponse « Parfois vrai », choisie par 22,9 % des ménages HLM comparativement à 2,9 % seulement des ménages non HLM. La catégorie « Souvent vrai » reste marginale : moins de 1 % des ménages au total, soit 0,8 % chez les non HLM et 2,1 chez les HLM.

Pour cette dernière variable, le préalable d'avoir des enfants de moins de 18 ans assure un certain contrôle de l'âge du répondant principal, ce qui n'est pas le cas toutefois de la variable traitée au tableau 2.17. Quoiqu'il en soit, il n'a pas été possible de tester le modèle multivarié avec les deux variables de cette section.

2.6 Indicateurs sociaux relatifs à la santé

Un certain nombre d'autres variables indices de l'ESS nous sont apparues intéressantes à explorer en regard du portrait de santé qui sera tiré des personnes. Nous avons regroupé ces indices en deux grandes catégories, soit les indicateurs sociaux relatifs à la santé, qui font l'objet de la présente section, et les habitudes de vie pouvant affecter la santé, qui seront traitées à la section 2.7.

2.6.1 Vie sociale du répondant principal

La section XI du QAA porte, en premier lieu, sur la vie sociale du répondant. Onze questions lui sont dédiées (QAA146 à QAA156), allant de la fréquence de rencontres sociales, au fait d'avoir ou non des amis, etc. L'ISQ a élaboré un indice de soutien social à partir de sept de ces questions⁵⁵, indice que nous allons exploiter dans sa version dichotomique (baptisée « SSOCS »).

Tableau 2.19

Indice du soutien social du répondant principal, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998

Indice du soutien social	Résidence	
	HLM	Non HLM
1- Faible	29,0 %	20,5 %
2- Élevé	71,0 %	79,5 %
Total	100,0 %	100,0 %
Nombre pondéré	213,9	10 028,3
Nombre réel (estimé)	269,1	10 306,6

$p \chi^2$ SUDAAN = 0,015

Source : Enquête sociale et de santé 1998, variable SSOCS (Indice de soutien social, 7 questions parmi QAA 146-156).

Pris tels quels, avec les caractéristiques qui sont leurs, les répondants principaux vivant en HLM sont légèrement plus susceptibles de disposer d'un soutien social faible (29,0 % comparativement à 20,5 %) que les ménages résidant ailleurs. La relation est significative à une probabilité observée de 0,015 (ou 1,5 %). Cette relation bivariée semble confirmée par le modèle multivarié, puisque les cotes qu'un répondant principal vivant en HLM dispose d'un soutien social faible sont estimées être de 80 % supérieures à celles que l'on observe chez ceux qui ne vivent pas en HLM.

55. Les QAA 146, 147, 148, 150, 152, 154, 156 (Daveluy *et al.*, 2001, vol. 2 : 191).

2.6.2 Traumatismes anciens

L'autre indicateur social retenu est celui de la présence de « traumatismes anciens » chez les répondants. Les questions QAA 164 à 170 énumèrent sept événements particuliers, qui sont considérés comme traumatisants s'ils se sont produits avant que la personne n'ait atteint l'âge de 18 ans – par exemple : avoir passé deux semaines ou plus à l'hôpital (QAA 164), divorce des parents (QAA 165), avoir été maltraité physiquement par un proche (QAA 170).

L'ISQ a élaboré un indice cumulant le nombre de réponses positives du répondant parmi les QAA 164 à 170. Les fréquences observées parmi les deux groupes de résidents aboutissent cependant à un résultat non significatif (tableau 2.20). On remarque, tout de même, que les données vont dans le sens attendu, soit une probabilité de tels événements légèrement supérieure du côté des répondants principaux vivant en HLM.

Tableau 2.20

Présence de traumatismes anciens chez le répondant principal, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998

Traumatismes anciens	Résidence	
	HLM	Non HLM
Aucun	47,0 %	52,0 %
Un ou plus	53,0 %	48,0 %
Total	100,0 %	100,0 %
Nombre pondéré	199,6	9 741,6
Nombre réel (estimé)	251,1	10 012,0

$p \chi^2$ SAS = 0,16

Source : Enquête sociale et de santé 1998, variable TRAUMAN (Événements traumatisants anciens, de QAA 164-170).

2.7 Habitudes de vie du répondant principal pouvant affecter la santé

De ce tour d'horizon de l'environnement social et économique des ménages, un dernier volet de nature objective est abordé, soit celui concernant certaines habitudes de vie des répondants principaux pouvant affecter leur santé ou celle de leurs proches. Nous y avons regroupé quatre variables, toutes en provenance du QAA.

2.7.1 Tabagisme

En premier lieu, l'information à savoir si le répondant principal est fumeur ou non. Le tableau 2.21 indique des différences, jugées significatives. Les répondants principaux vivant en HLM sont plus susceptibles d'être des fumeurs habituels («réguliers») ou occasionnels (écart de 10 points de pourcentage entre groupes de résidents, en joignant ces deux catégories de la variable type de fumeur).

Tableau 2.21

Type de fumeur (répondant principal), selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998

Type de fumeur	Résidence	
	HLM	Non HLM
4- Fumeur habituel	45,1 %	32,2 %
3- Fumeur occasionnel	0,4 %	3,3 %
2- Ancien fumeur	29,7 %	33,5 %
1- Jamais fumé	24,8 %	31,0 %
Total	100,0 %	100,0 %
Nombre pondéré	211,5	9 819,6
Nombre réel (estimé)	266,0	10 092,1

$P \chi^2$ SAS = 0,0002

Source : Enquête sociale et de santé 1998, variable TABAC (Type de fumeur, de QAA 20, 21-25).

Puisque les variables âge et sexe sont souvent associées au tabagisme⁵⁶, une régression logistique contrôlant ces variables paraissait tout indiquée. Peu nombreux, les fumeurs occasionnels ont été exclus du modèle. Celui-ci oppose donc les fumeurs habituels aux anciens fumeurs et à ceux qui déclarent n'avoir jamais fumé. Le résultat de ce modèle est que les répondants principaux résidant en HLM ont deux fois plus de cotes de risques d'être fumeurs habituels que les répondants non résidents (lorsque l'âge et le sexe sont contrôlés)⁵⁷.

Le tableau 2.22 permet théoriquement de jeter un coup d'œil élargi sur l'incidence du tabagisme à l'intérieur du ménage, puisqu'il porte sur l'exposition du répondant principal à la fumée de cigarette chez lui. Cette variable (indice) prend donc en considération les habitudes de vie des autres membres du ménage, pouvant inclure l'effet induit par des visiteurs fréquents. Cette perspective élargie est de nature à accroître l'incidence du tabagisme au domicile du répondant.

56. Voir le tableau 3.1 de Daveluy *et al.* (2000), p. 102. Ainsi, si l'on choisit la colonne concernant les « fumeurs habituels », ce tableau indique une croissance du pourcentage des fumeurs jusqu'au groupe d'âge des 25 à 44 ans, et un déclin dans les groupes d'âge subséquents. Dans ce groupe d'âge charnière des 25 à 44 ans, il n'y a pratiquement aucune différence entre hommes et femmes, mais, dans les autres groupes d'âge, les pourcentages de femmes fumeuses habituelles sont généralement inférieurs de deux ou trois points à ceux des hommes.

57. Rapport de cotes $HLM_{Oui/Non} = 2,1$.

Tableau 2.22

Fréquence d'exposition du répondant principal à la fumée de cigarette chez lui, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998

Fréquence d'exposition	Résidence	
	HLM	Non HLM
1- Chaque jour ou presque	44,6 %	32,2 %
2- 1 fois par semaine	14,4 %	10,8 %
3 - 1 fois par mois ou moins	9,4 %	14,8 %
4 - Jamais	31,6 %	42,2 %
Total	100,0 %	100,0 %
Nombre pondéré	166,4	9 096,1
Nombre réel (estimé)	209,3	9 348,5

$p \chi^2$ SAS = 0,0007

Source : Enquête sociale et de santé 1998, variable FTEMAISO (Fréquence d'exposition à la fumée de cigarette à la maison, de QAA, 29a).

On constate que la première fréquence d'exposition mentionnée (« Chaque jour ou presque ») correspond en tous points à celle des « Fumeurs habituels » du tableau précédent (tableau 2.21), puisque les pourcentages obtenus sont presque identiques. Cela donne à croire que les autres membres du ménage, voire l'entourage, ne changent guère la mise lorsque le répondant principal s'est déjà déclaré lui-même fumeur habituel⁵⁸. Quant aux autres fréquences d'exposition de tableau 2.22, ce sont des catégories qui n'ont pas d'équivalence en propre parmi celles du tableau 2.21 (la variable TABAC), et il devient alors très difficile d'établir toute correspondance entre les deux tableaux.

Notons que, si l'on dichotomise les fréquences d'exposition en groupant les deux catégories de fréquences du haut (« Chaque jour... », « 1 fois... ») et les deux autres de l'autre, l'écart de pourcentages entre groupes de résidents atteint seize points. Les effets des variables âge et sexe sur la relation observée dans ce tableau n'ont pu être contrôlés.

2.7.2 Consommation d'alcool

En plus du tabagisme, nous avons voulu explorer deux autres habitudes de vie dont le lien avec la santé est relativement bien établi. Voyons, en premier lieu, la plus répandue des deux, soit la consommation d'alcool. Nous allons utiliser la variable indice « type de consommateurs d'alcool » (ou type de buveur), développée à partir des QAA 33 et 34.

58. Du côté des ménages HLM, cela ne devrait guère surprendre puisque environ 59 % de ceux-ci sont constitués de personnes seules (voir le tableau 2.1).

Tableau 2.23

Type de consommateur d'alcool parmi les répondants principaux, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998

Type de consommateur d'alcool	Résidence	
	HLM	Non HLM
1- Abstinents	33,8 %	13,5 %
2- Ancien consommateur	17,1 %	6,4 %
3- Consommateur actuel	49,1 %	80,1 %
Total	100,0 %	100,0 %
Nombre pondéré	203,6	9 989,2
Nombre réel (estimé)	256,1	10 266,4

$p \chi^2 \text{ SAS} < 0,0001$

Source : Enquête sociale et de santé 1998, variable TYPEBUV (Type de buveur, de QAA 33 et 34).

Le tableau 2.23 indique que le pourcentage de consommateurs actuels parmi les répondants principaux vivant en HLM est nettement moins élevé que chez les non-résidents, un résultat qui peut surprendre, étant donné, notamment, le lien réputé entre tabagisme et consommation d'alcool. Tel qu'on le constate, l'écart prononcé au niveau des consommateurs actuels est compensé, chez les résidents de HLM, par des pourcentages plus élevés à la fois d'anciens consommateurs (définis comme des personnes qui n'ont pas consommé au cours des douze derniers mois) et d'abstinents (qui rapportent n'avoir jamais bu).

Étant donné le lien négatif entre la consommation d'alcool et l'âge, tel que l'indique, par exemple, le tableau 4.1 du rapport général de l'ESS⁵⁹, il était recommandable de contrôler les variables âge et sexe. La variable TYPEBUV a été dichotomisée en opposant la catégorie « abstinents » aux deux autres. La régression logistique confirme, en quelque sorte, les pourcentages observés au tableau 2.23 en ce qui a trait aux abstinents, puisqu'elle évalue à 2,5 fois supérieures les cotes d'un répondant principal vivant en HLM d'être abstinents comparativement à ce qui prévaut chez ceux qui ne vivent pas en HLM.

2.7.3 Consommation de drogues

Finalement, nous en venons à la dernière habitude de vie que nous voulions couvrir : la consommation de drogues. Une mise en garde s'impose toutefois, car, dans l'ESS, le terme *drogues* déborde quelque peu de son sens populaire. Certes, les substances considérées comme des drogues (marijuana, speed, héroïne – voir QAA 45) sont prises en considération, mais pour autant seulement qu'elles soient consommées *sans ordonnance* (médicale). Par ailleurs, les médicaments de type tranquillisants,

59. Voir Daveluy *et al.* (2000), p. 119. Le même tableau semble indiquer un lien, moins prononcé toutefois, entre la consommation d'alcool et le sexe (davantage de femmes sont abstinents). Notons que ce rapport ne contient pas de tableau sur le lien entre tabagisme et consommation d'alcool, pour lequel a été présumée une association positive au paragraphe précédent.

somnifères (QAA 46) ou « autres médicaments » (QAA 47) sont également pris en considération, mais uniquement lorsqu'ils sont consommés, eux aussi, sans ordonnance.

L'ISQ a développé deux variables indices concernant ce sujet, soit les indices CONSDROG et TYPEDROG. Nous allons étudier CONSDROG (pour Type de consommateur de drogues à vie, nom descriptif véritable) qui porte un regard sur une plus longue période. Les catégories de types de consommateurs de drogues à vie sont les mêmes que celles du tableau 2.23, concernant les types de consommateurs d'alcool, et la durée de temps qui distingue les catégories 2 et 3 est également la même (voir la section 2.7.2). Les données comparant répondants principaux résidant et non résidant en HLM figurent au tableau 2.24.

Tableau 2.24

Type de consommateur de drogues parmi les répondants principaux, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998

Type de consommateur de drogues	Résidence	
	HLM	Non HLM
1- Abstinents	85,1 %	70,4 %
2- Ancien consommateur	4,8 %	14,8 %
3- Consommateur actuel	10,1 %	14,8 %
Total	100,0 %	100,0 %
Nombre pondéré	200,5	9 698,4
Nombre réel (estimé)	252,2	9 967,5

$p \chi^2$ SAS < 0,0001

Source : Enquête sociale et de santé 1998, variable CONSDROG (Type de consommateur de drogue à vie, de QAA 44, 46, 47).

La consommation de drogues (sans ordonnance) est un phénomène beaucoup moins répandu que la consommation d'alcool, puisque la catégorie modale (et très largement) du tableau 2.24 est celle des abstinents, alors qu'elle était celle des consommateurs actuels dans le tableau 2.23. Cette catégorie modale est plus nombreuse chez les résidents de HLM, abstinents à 85,1 % comparativement à 70,4 % parmi les non-résidents. Leur avantage dans cette catégorie produit des pourcentages inférieurs dans les deux autres, celui des « anciens consommateurs » présentant la plus grande différence (10 points de pourcentage).

Il est bien connu que beaucoup de comportements sociaux sont influencés par l'âge. La consommation de drogues n'y fait certainement pas exception. Le facteur âge peut influencer la relation apparente du tableau 2.24. On sait que la consommation de drogues dites illicites (telles qu'elles sont énumérées à la

QAA 45) est davantage un phénomène observé chez les jeunes⁶⁰. Or, comme cela a été vu au tableau 1.4, il y a relativement peu de jeunes parmi les répondants principaux résidant en HLM. Cela peut contribuer au pourcentage plus élevé d'abstinents parmi ceux-ci.

La variable sexe peut également tenir un certain rôle dans la relation du tableau 2.24. En effet, le tableau 5.1 du rapport général de l'ESS⁶¹ indique également que les femmes ont moins tendance à être des « consommatrices actuelles » de drogues, puisque, selon cette source, 14,5 % des femmes en seraient, comparativement à 20,3 % chez les hommes. La plus grande proportion de répondants principaux de sexe féminin parmi les résidents HLM est donc de nature, elle aussi, à contribuer à l'avantage de ces résidents dans la catégorie des « abstinents ».

Ces deux variables peuvent intervenir sur la relation observable au tableau 2.24. Pour tenter d'y voir plus clair, le modèle multivarié (contrôlant l'âge et le sexe) a été appliqué. Or, cette fois, celui-ci annule le résultat bivarié concernant le facteur résidence, qui devient non significatif ($p = 0,19$)⁶². Il n'y aurait donc pas de différence entre résidents et non-résidents concernant cette variable indice.

2.8 Perceptions du répondant principal relativement à sa santé

À la section sur les indicateurs économiques (section 2.3, point 5), nous avons rapporté un premier exemple d'une question d'« auto-évaluation », soit la QAA 234 (rendue par l'indice PERÇU), par laquelle on demandait au répondant d'évaluer sa situation personnelle en comparaison de celle de « gens du même âge ». Nous allons maintenant nous intéresser à deux autres questions (variables) de forme semblable, et qui traitent de la santé.

La première lui demande de se prononcer sur son état de santé en général, et la seconde, sur sa santé mentale. Certains observateurs prétendent que l'autoperception de la santé constitue un indicateur fiable de celle-ci, tout autant que des indicateurs de type davantage objectif⁶³. Compte tenu de notre modèle d'analyse toutefois, nous préférons en traiter dans ce chapitre-ci, en tant qu'élément de contexte relativement à la santé des personnes⁶⁴. Une perception demeure une perception, tandis qu'un problème de santé déclaré devient un élément plus tangible.

60. Cela ressort clairement, notamment, du tableau 5.1 du Rapport de l'ESS 1998 (Daveluy *et al.*, 2000 : 137). Ce tableau est intitulé « Type de consommateurs de drogues selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 ».

61. *Ibid.*

62. Notons toutefois qu'on observe une interaction *résidence***sexe* significative, interaction qui indique que, parmi les répondants principaux résidant en HLM, les femmes sont davantage abstinentes que les hommes.

63. C'est dans le *Cahier technique et méthodologique* (Daveluy *et al.*, 2001), vol. 1, partie II « Sources et justifications des questions », que sont exposés les liens entre les objectifs de l'enquête et les questions du QRI et du QAA (p. 59-140). Cette affirmation concernant l'autoévaluation de la santé se trouve à la page 97 de cette source et est appuyée d'une citation tirée du chapitre 12 du *Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1998* (Daveluy *et al.*, 2000). Ce chapitre (rédigé par M. Levasseur) s'intitulait « Perception de l'état de santé », p. 259-271.

64. Cette dernière, tel qu'indiqué préalablement, fera l'objet du chapitre 4.

2.8.1 Autoperception de sa santé en général

La première question du QAA (QAA 1) porte sur la perception qu'a le répondant de sa santé en général. Les données propres aux répondants principaux figurent au tableau suivant.

Tableau 2.25

Autoperception de sa santé par le répondant principal comparativement à d'autres personnes du même âge, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998

Perception de sa santé par le répondant principal	Résidence	
	HLM	Non HLM
Excellente	12,8 %	18,1 %
Très bonne	23,9 %	35,7 %
Bonne	32,9 %	34,7 %
Moyenne	21,9 %	9,2 %
Mauvaise	8,5 %	2,3 %
Total	100,0 %	100,0 %
Nombre pondéré	209,9	9 885,1
Nombre réel (estimé)	264,0	10 159,4

$p \chi^2$ SUDAAN < 0,0001

Source : Enquête sociale et de santé 1998, variable PERCEPT (Perception par le répondant principal de sa santé comparativement [...], de QAA 1).

Conformément aux attentes, sans doute, le pourcentage des répondants principaux résidant en HLM qui se disent en excellente ou en très bonne santé est inférieur aux pourcentages observés parmi les répondants principaux non résidents. Le niveau de probabilité du *khi-deux* est très significatif. Bien que la formulation de ce type de questions tienne compte du facteur âge (dans une mesure bien imprécise toutefois, laissée à la discrétion du répondant), le modèle multivarié a quand même été appliqué afin d'obtenir un contrôle statistique formel.

Les niveaux de perception ont été dichotomisés en regroupant les perceptions « mauvaise » et « moyenne » d'un côté, et les trois niveaux supérieurs de l'autre. Le modèle multivarié produit un résultat significatif pour le facteur résidence, qui accorde aux répondants principaux vivant en HLM 2,7 fois plus de cotes de se considérer en santé moyenne ou mauvaise que les répondants principaux ne vivant pas en HLM.

2.8.2 Autoperception de la santé mentale

L'autre question relative à la perception de la santé concerne la santé mentale : quelle perception le répondant principal en a-t-il ? Les données figurent au tableau 2.26. On note, comparativement au tableau précédent, que les écarts observés selon le facteur résidence (soit les écarts observés sur l'axe

horizontal, d'après les catégories d'autoperception) sont moins prononcés cette fois-ci. Cette atténuation des écarts se traduit par un niveau de probabilité de la relation qui franchit tout juste le seuil de signification ($p = 0,043$).

Tableau 2.26

Autoperception de sa santé mentale par le répondant principal, comparativement à d'autres personnes du même âge, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998

Perception de sa santé mentale par le répondant principal	Résidence	
	HLM	Non HLM
Excellente	29,3 %	34,8 %
Très bonne	30,2 %	36,0 %
Bonne	26,6 %	21,5 %
Moyenne	10,9 %	6,3 %
Mauvaise	3,1 %	1,4 %
Total	100,0 %	100,0 %
Nombre pondéré (estimé) ¹	215,6	10 038,6
Nombre réel (estimé)	271,2	10 317,2

$p \chi^2$ SUDAAN = 0,043

Source : Enquête sociale et de santé 1998, variable PERCMEN (Perception par le répondant principal de sa santé mentale [...], de QAA 121).

Note : 1. Les nombres pondérés véritables n'étaient plus disponibles au moment de la rédaction, mais ont pu être estimés. À l'instar des autres variables du QAA, les nombres réels ont été estimés à partir des nombres pondérés.

Cette variable a été dichotomisée de la même façon que la précédente (tableau 2.25), et le modèle multivarié a été appliqué. Une fois de plus, une interaction significative entre les facteurs résidence et âge émerge, puisque l'un des groupes d'âge fait exception à l'effet observé dans les deux autres, et veut que les répondants principaux résidant en HLM ont plus de cotes de risques d'avoir une perception « mauvaise » ou « moyenne » de leur santé mentale⁶⁵.

2.9 Conclusion

Dans l'ensemble, l'examen des variables socioéconomiques mené dans ce chapitre a généralement permis de repérer des différences significatives entre la population des répondants principaux résidant en HLM et celle des répondants non résidents. Sous le regard, plus simple, du modèle bivarié, il en fut ainsi de toutes les variables socioéconomiques testées, sauf la variable indice des traumatismes anciens (TRAUMAN). Lorsque nous avons voulu valider ces résultats initiaux à l'aide du modèle multivarié, ceux-ci ont été maintenus (même s'ils sont exprimés d'une autre façon) pour toutes les variables testées, à

65. L'interaction *résidence*âge* est significative à $p = 0,007$.

l'exception toutefois de l'indice CONSDROG pour lequel, comme nous venons de le voir, le facteur résidence a été annulé⁶⁶.

Donc, dans leurs caractéristiques socioéconomiques qu'on peut considérer comme davantage fondamentales, les répondants principaux de HLM vivent plus souvent sans partenaire, disposent plus fréquemment d'un revenu relatif considéré « très pauvre » ou « pauvre », ont une scolarité plus souvent inférieure à celle des non-résidents, sont beaucoup moins fréquemment en situation (actuelle) d'emploi, sont plus rarement pourvus d'une police d'assurance privée pour les soins de santé non couverts par le régime d'assurance maladie; en revanche, ils disposent beaucoup plus fréquemment des protections en cette matière prévues par les programmes de sécurité du revenu.

En matière de perceptions, ils se perçoivent (à juste titre, sans doute) plus souvent pauvres ou très pauvres, et ce, depuis plus longtemps que les non-résidents. La perception de leur « santé en général » est plus fréquemment mauvaise ou moyenne, tout comme l'est la perception de leur santé mentale, mais, ici, de façon moins prononcée. Les perceptions en matière d'insécurité alimentaire montrent un certain écart, certes, mais rien de vraiment alarmant, nous semble-t-il, considérant que les résidents sont comparés à ceux de l'ensemble des autres ménages, y incluant ceux qui s'estiment à l'aise ou dotés d'un revenu suffisant.

En matière de comportements sociaux, envisagés sous l'angle de la consommation de produits non essentiels pouvant avoir une incidence sur la santé, le portrait de la situation est moins uniforme. Les résidents HLM sont plus susceptibles d'être fumeurs habituels (comportement négatif), mais sont plus susceptibles également d'être abstinentes en matière d'alcool (comportement positif). En matière de drogues et de médicaments consommés sans ordonnance, toutefois, ils ne se distinguent pas significativement des non-résidents.

De façon générale cependant, résidents et non-résidents sont différents par rapport aux variables sociales et économiques prises en considération, et, dans la mesure où ces dernières influencent la santé des personnes qui composent les ménages, il faudra s'attendre à observer des différences à ce niveau également. Le tableau 2.27 présente la synthèse des rapports de cotes observés après application du modèle multivarié. Toutes les variables socioéconomiques qui ont pu être testées de cette façon sont rapportées, et ce, dans le même ordre où on les retrouve dans le texte.

66. Certains tableaux bivariés n'ont pu cependant être soumis au modèle multivarié, notamment ceux de l'insécurité alimentaire.

Tableau 2.27

Résultats des analyses multivariées comparant les ménages résidant en HLM aux autres ménages pour les variables socioéconomiques, âge et sexe du répondant principal pris en considération, Québec, 1998

Variables socioéconomiques	Rapport de cotes HLM _{Oui/Non} (HLM _{Non} = 1,0)	Intervalle de confiance à 95 % du rapport de cotes
État matrimonial observé (Sans partenaire/En couple) Sans partenaire : séparé, divorcé, veuf, etc.	7,7	5,6 - 11,1
Lieu de naissance (Québec/Extérieur du Québec) Québec	0,57	0,42 - 0,76
Langue maternelle (Français/Autres) Français	0,61*	---
Suffisance du revenu (cinq niveaux) « Très pauvre » et « Pauvre »	14,5	10,6 - 19,8
Êtes-vous en emploi actuellement? (Oui/Non) Oui	0,14	0,09 - 0,21
Scolarité relative (cinq quintiles) Quintiles 1 à 3	4,7	3,2 - 7,0
Perception de sa situation économique (quatre niveaux) « Très pauvre » et « Pauvre »	6,3 *	---
Durée de pauvreté perçue (chez les répondants s'estimant pauvres) Cinq ans et plus	2,4	1,6 - 3,6
Couverture des frais de santé par assurance privée Oui	0,04	0,02 - 0,08
Couverture des frais de santé par programme de soutien au revenu Oui	8,4 *	---
Soutien social du répondant principal (Faible/Élevé) Faible	1,8	1,3 - 2,4
Perception de sa santé en général (cinq niveaux) « Mauvaise » et « Moyenne »	2,7	2,0 - 3,7
Perception de sa santé mentale (cinq niveaux) « Mauvaise » et « Moyenne »	1,9 *	---
Type de fumeur (Jamais / Ancien / Habituel) Habituel	2,1	1,6 - 2,8
Type de buveur (Actuel/Ancien/Abstinant) Abstinant	2,5	1,7 - 3,3
Type de consommateur de drogues (Actuel/Ancien/Abstinant) Abstinant	non significatif **	---

Source : Enquête sociale et de santé 1998 ; calculs de l'auteur.

* : Interaction *résidence***âge* significative ; ** : Interaction *résidence***sexe* significative.

Chapitre 3 : Le logement des ménages locataires

Tel qu'indiqué au chapitre 1 (voir les figures 1.3 et 1.2), cette étude se penche maintenant sur les caractéristiques du logement. Étant donné l'intérêt de la SHQ pour l'habitation, à peu près tout ce qui touche ce sujet a été pris en considération, même des éléments dont le lien avec la santé n'est pas bien établi⁶⁷.

L'essentiel des informations provient de la section XV du QRI, qui a pour titre « Environnement physique : air intérieur », et dont l'objectif se situait en relation avec la santé des personnes. Il s'agit d'une section nouvelle par rapport à la version précédente du QRI (celle de l'édition 1992-1993). En se penchant sur la qualité de l'air à l'intérieur du logement, cette section recueille certains renseignements intéressants sur celui-ci. Par ailleurs, deux informations supplémentaires à celles de la section XV sont tirées de la section d'identification du QRI (la section préliminaire), soit le nombre de pièces du logement et la taille de l'immeuble (c'est-à-dire le nombre de logements qu'il contient). Quant au QAA, il ne contient à peu près pas d'informations sur le logement, à l'exception toutefois de celle, très stratégique dans ce contexte-ci, du mode d'occupation, variable qui permet de départager les propriétaires des locataires.

À cet effet, ce chapitre-ci définit une population de référence plus restreinte à opposer à celle des ménages résidant en HLM (la population d'intérêt). Puisque ces derniers ont tous en commun le mode d'occupation de locataires, il est apparu préférable d'étudier les variables de ce chapitre uniquement en comparaison des autres ménages locataires également (laissant de côté les ménages propriétaires ou les chambreurs). D'après les données de l'ESS 1998, les ménages locataires (incluant ceux des HLM) comptent pour 37,2 % de l'échantillon pondéré des ménages⁶⁸.

3.1 Caractéristiques de résidence des ménages locataires susceptibles d'être associées à la santé des occupants

Pour faire le pont avec le chapitre précédent, celui-ci sera entamé avec deux variables de nature socioéconomique⁶⁹, mais dont le lien étroit avec le logement justifiait de les examiner uniquement en relation avec la situation des ménages locataires dans leur ensemble.

3.1.1 Durée d'habitation dans le logement actuel

La section XV du QRI, qui traite de l'air intérieur du logement, est amorcée par une question portant sur la durée d'habitation dans le logement actuel⁷⁰. Que cette question ait été placée dans cette section du

67. Cette couverture large tient également au fait que le rapport général d'enquête publié par l'ISQ (Daveluy *et al.*, 2000) n'a pas traité de ce sujet.

68. Leur nombre pondéré est de 4 668,4 (réel = 3 908).

69. Elles auraient donc pu être traitées au chapitre précédent.

questionnaire suggère que les personnes qui ont développé la section XV voulaient permettre l'introduction d'un critère de durée dans l'examen de l'effet de l'air intérieur sur la santé, afin d'exclure, par exemple, les ménages qui résident depuis trop peu de temps à leur adresse actuelle⁷¹.

Tableau 3.1

Durée d'habitation dans le logement locatif actuel, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998

Durée d'habitation	Résidence	
	HLM	Non HLM
1 an et moins	21,2 %	37,3 %
De 1 à 3 ans	24,5 %	27,3 %
De 3 à 5 ans	18,4 %	12,9 %
De 5 à 10 ans	16,0 %	8,8 %
Plus de 10 ans	19,9 %	13,7 %
Total	100,0 %	100,0 %
Nombre pondéré	224,2	4 214,5
Nombre réel (estimé)	254,8	4 002,4

p χ^2 SAS < 0,0001

Source : Enquête sociale et de santé 1998, QRI 174A (Durée depuis laquelle le ménage habite à l'adresse actuelle).

Commençons l'analyse par la présentation des données bivariées concernant les durées d'habitation parmi les ménages locataires. Le tableau 3.1 indique que les ménages résidant en HLM ont tendance à demeurer plus longtemps au même endroit. Ils sont nettement minoritaires dans la catégorie de réponse de « 1 an et moins », mais deviennent majoritaires dès que les durées dépassent la barre des trois ans. Ainsi, 20 % des ménages HLM résident au même endroit depuis plus de dix ans, comparativement à 14 % chez les autres ménages locataires.

Nous savons cependant que les ménages HLM ont tendance à être plus âgés, ce qui peut diminuer la volonté ou la capacité de déménager. Le modèle multivarié a donc été appliqué à la variable durée de résidence, en dichotomisant ces durées autour de la barre des trois ans (« trois ans et moins », comparativement à « plus de trois ans »). Le modèle a tenu compte de l'âge du répondant principal, en plus, bien sûr, de la variable résidence (résidence en HLM ou pas)⁷². Ce modèle a confirmé la tendance

70. Il est à noter que l'on observe un pourcentage de réponses manquantes (indéterminées) sensiblement plus élevé (8 %) pour cette question que pour les autres questions relatives au logement.

71. Étant donné la nature exploratoire de cette recherche-ci, de même que la taille de l'échantillon des ménages résidant en HLM, ce n'est pas là toutefois une considération à laquelle nous avons donné suite. Il en va de même de l'équipe de recherche qui, la première, a produit une analyse de cette section du QRI : voir B. Lévesque *et al.* (2001), p. 228-232.

72 La variable sexe a été laissée de côté à cause de la réduction de la taille de l'échantillon.

des ménages HLM à occuper plus longtemps leur logement : leurs cotes d'y demeurer depuis plus de trois ans sont 1,6 fois supérieures à celles des ménages non HLM (voir le tableau synthèse 3.9 de la conclusion du chapitre).

La durée de résidence peut être vue comme un indicateur de satisfaction par rapport à ce logement. Plus longue est cette durée, plus le ménage devrait-il, en principe, être satisfait de celui-ci, y incluant de ses conditions de salubrité. L'hypothèse de recherche étant que le logement influence la santé, il y a également tout lieu de croire que la satisfaction à son égard va influencer favorablement le moral et la santé des résidents. Évidemment, une durée de résidence prolongée peut tout aussi bien refléter la difficulté qu'un déménagement pourrait représenter pour certains types de ménages, en raison de leur ressources financières, de leur situation familiale, de leur âge ou de leurs problèmes de santé, etc. Il va de soi qu'un examen plus détaillé de la satisfaction requerrait un éventail plus large d'indicateurs, mais celui dont nous disposons reste, à notre avis, un élément à prendre en considération.

3.1.2 Nombre d'occupants par pièce

La section d'identification des ménages du QRI notait le nombre de pièces dans le logement, une mesure essentiellement physique, mais qui peut aisément être transformée en mesure socioéconomique. Voyons d'abord, au tableau 3.2, ce qu'il en est du nombre de pièces dans les logements locatifs en fonction de la variable résidence.

Les données de tableau 3.2 indiquent clairement que les ménages locataires en HLM disposent de logements de plus petite taille (*khi-deux* très significatif). Cependant, on sait également que ces ménages sont souvent composés de personnes seules. Il faut donc comparer le nombre de pièces, parmi les deux groupes de ménages locataires, en tenant compte de la taille du ménage. Cela était tout à fait possible, puisque le QRI recense l'ensemble des occupants du logement. En établissant le ratio du nombre de pièces par le nombre de personnes du ménage, on crée une nouvelle variable qui peut être considérée comme étant de nature socioéconomique. Il est, en effet, tout à fait raisonnable de croire que le nombre de pièces d'un logement locatif est fonction, bien sûr, de la taille du ménage, mais également de ses ressources financières.

Tableau 3.2

Nombre de pièces dans les logements locatifs, selon résidence en HLM ou non, Québec, 1998

Nombre de pièces	Résidence	
	HLM	Non HLM
3 pièces et moins	50,4 %	30,0 %
De 4 à 5 pièces	42,0 %	60,6 %
6 pièces et plus	7,6 %	9,4 %
Total	100,0 %	100,0 %
Nombre pondéré	223,6	4 438,7
Nombre réel (estimé)	254,1	4 215,3

P χ^2 SAS < 0,0001

Source : Enquête sociale et de santé 1998, variable PIÈCE (Nombre de pièces du logement).

Sans être très sophistiquée⁷³, la mesure que nous proposons nous semble adéquate pour comparer en cette matière les ménages HLM aux autres ménages locataires. L'utilisation d'une technique multivariée adaptée à un ratio, soit l'analyse de variance, permettra également de prendre en compte d'autres variables, notamment l'âge du répondant principal. Ce type de modèle multivarié produit des valeurs moyennes ajustées du nombre de pièces par personne⁷⁴.

Les valeurs moyennes obtenues par l'application du modèle ont été de 2,3 pièces par personne chez les ménages HLM, et de 2,5 pièces par personne chez les autres ménages locataires (tel qu'indiqué au tableau synthèse 3.9). La probabilité observée de cet écart est de 0,022, ce qui dépasse légèrement le seuil de 0,02 qui a été établi pour les variables traitées à l'intérieur de ce chapitre-ci⁷⁵. Il faut donc conclure qu'il n'y a pas de différence significative entre les ménages locataires HLM et ceux qui résident ailleurs en ce qui a trait au ratio pièces/personne.

Cette variable socioéconomique peut sans doute influencer la santé des personnes, comme le soumet la partie II (« Sources et justifications des questions ») du *Cahier technique et méthodologique* de l'ESS⁷⁶. Bien qu'il soit non significatif, le résultat obtenu de la comparaison avec les autres locataires reste tout de même pertinent en regard du prochain chapitre, qui comparera la santé des résidents de HLM à celle du reste de la population. En effet, ce résultat rendra difficile d'imputer d'éventuels problèmes de santé (plus

73. Moins sophistiquée, par exemple, que la Norme nationale d'occupation élaborée par la SCHL. Cette dernière est la norme prise en considération dans la définition des besoins impérieux de logement, et régit le nombre de pièces à attribuer à un ménage accepté en HLM.

74. Les moyennes sont « ajustées » afin de tenir compte de l'effet des autres variables du modèle.

75. Pour les variables logement, le seuil de signification a été fixé à 0,02, plutôt qu'à 0,05, parce que ces dernières ont été analysées avec SAS, sous des postulats qui ne reflètent pas le plan d'échantillonnage véritable de l'enquête.

76. « [...] la question sur le nombre de pièces et sur le nombre de personnes dans le ménage permet d'obtenir la densité résidentielle dont le lien avec la santé physique et mentale a été maintes fois soulevé » (L. Pica *et al.* dans Daveluy *et al.* (2001), vol. 1: 61.

fréquents, ou autres) parmi les ménages HLM à un plus faible nombre de pièces par personne⁷⁷ sans que l'on ne vérifie que ces problèmes soient également observés parmi les autres ménages locataires, puisque le ratio pièces/personne de ces derniers n'est pas significativement supérieur à celui des ménages HLM.

3.2 Caractéristiques du milieu environnant susceptibles d'être associées à la santé des occupants

Après les deux variables précédentes, qui ont été traitées comme des variables socioéconomiques relatives au ménage, nous allons traiter deux nouvelles variables qui peuvent être vues comme des caractéristiques du milieu environnant dans lequel sont situés les logements. Ces variables nous renseignent sur des aspects de l'environnement externe qui, sous certaines conditions, pourraient influencer la santé des occupants du logement.

3.2.1 Le type de localité

La première des variables dont nous voulons rendre compte est le type de localité. Celle-ci répartit les ménages en quatre catégories sur le continuum urbain-rural. Les données figurent au tableau 3.3.

Tableau 3.3

Ménages locataires selon le type de localité et la résidence en HLM ou non, Québec, 1998

Type de localité	Résidence	
	HLM	Non HLM
Métropole ¹	42,1 %	54,9 %
Capitales régionales ²	30,8 %	20,8 %
Agglomérations et villes	20,4 %	19,2 %
Rural	6,7 %	5,1 %
Total	100,0 %	100,0 %
Nombre pondéré	223,6	4 438,7
Nombre réel (estimé)	254,1	4 215,3

$p \chi^2 \text{ SAS} < 0,0001$

Source : Enquête sociale et de santé 1998.

Notes : 1. Région métropolitaine de recensement de Montréal (couronnes de la rive sud et de la rive nord incluses). 2. Régions métropolitaines de recensement de Chicoutimi-Jonquière, Hull, Québec, Sherbrooke et Trois-Rivières.

Ce tableau indique une relation significative quant au type de localité entre locataires de HLM et autres locataires. Cette relation repose en bonne partie sur les écarts observés au niveau des catégories métropole et capitales régionales. En proportion, moins de ménages HLM que de ménages locataires

77. Ce qui est le cas lorsqu'on les compare aux ménages propriétaires, bien sûr.

autres (non HLM) résident dans la métropole, mais les premiers sont plus nombreux dans les capitales régionales. Toutefois, les écarts de pourcentages ne sont pas radicaux. De plus, il faut convenir que les types de localités définis peuvent connaître des conditions très diverses de qualité de l'air. La pollution engendrée par la circulation et les procédés industriels n'est assurément pas uniforme sur le territoire de la métropole, pas plus qu'elle n'est inexistante dans les capitales régionales ou d'autres types de localités où l'on trouve des sites et des procédés industriels d'envergure. En définitive, pour tenir compte de la qualité de l'air ambiant dans le portrait de santé des ménages résidant en HLM, il faudrait disposer de mesures de cette qualité prises plus près de l'immeuble de résidence.

3.2.2 La taille de l'immeuble

Les deux dernières variables passées en revue ont chacune abordé à leur façon la question de la densité, laquelle est souvent reliée à la santé. La variable du nombre de pièces par occupant, à la section 3.1.2, examinait la densité du nombre d'occupants à l'intérieur du logement, tandis que la variable du type de localité (section 3.2.1) aurait voulu, idéalement, s'intéresser à la proximité des logements et des résidences par rapport aux zones d'activités humaines plus intenses. À ces deux éclairages peut s'en ajouter un autre, portant sur la densité résidentielle immédiate, soit la taille de l'immeuble dans lequel est situé le logement du ménage locataire.

Le lien entre cette densité résidentielle externe immédiate et la santé n'a cependant pas été formulé de façon très explicite. Il a été mentionné que les immeubles de grande taille pourraient engendrer un stress plus élevé. Il est possible également que ce lien opère par la dimension sociale. En effet, la SHQ (et sans doute d'autres organismes gestionnaires de logement social, au Québec ou ailleurs) a développé la perception que les immeubles HLM de grande taille, très en vogue au début des années 1970, engendraient trop de problèmes sociaux⁷⁸. Ces immeubles ont donc été rayés du menu dans les programmations ultérieures de nouveaux HLM (du moins au Québec). Il reste possible, cependant, que les problèmes sociaux présumés des grands ensembles de logements sociaux, s'ils persistent toujours, aient des répercussions négatives sur la santé des résidents de ces immeubles ou, à tout le moins, d'une certaine proportion d'entre eux.

Théoriquement, le QRI était censé produire l'information souhaitée, c'est-à-dire le nombre exact de logements que contient l'immeuble, puisqu'une variable avait été créée à cette fin⁷⁹. Cependant, cette variable n'a pu être exploitée car on n'y recensait qu'une seule valeur. Il a donc fallu s'en remettre à une autre variable de cette section du questionnaire, la variable type de construction (CONST). Or celle-ci rend l'information sous une forme très sommaire, soit en fonction de trois tailles d'immeubles prédéfinies,

78. Toutefois, cette perception n'a pas été vraiment documentée à la SHQ. Dans la publication de la SCHL citée au chapitre 1, un exemple concret d'un problème social lié à un complexe immobilier de grande taille est donné au sujet du complexe Regent Park, à Toronto. Ce complexe avait été conçu comme une cité jardin à l'intérieur de la ville, si bien que « l'absence de voies de circulation ([...] à l'intérieur du complexe [...]) a créé une impression d'isolement par rapport au reste de la ville, ce qui a suscité des problèmes de sécurité ». Voir SCHL, *Bulletin du CNRL* (2005), p. 2.

79. La variable MULTI, de la section d'identification.

qui sont reprises telles quelles au tableau 3.4. Comme on le constate en parcourant celui-ci, les ménages HLM sont largement surreprésentés dans les immeubles de six logements et plus (qui se trouvent à former la catégorie supérieure de cette codification des tailles).

Tableau 3.4

Ménages locataires selon la taille de l'immeuble et selon la résidence en HLM ou non, Québec, 1998

Type de construction	Résidence	
	HLM	Non HLM
Maison individuelle	6,1 %	10,3 %
Moins de six logements	11,1 %	44,8 %
Six logements et plus	82,8 %	44,9 %
Total	100,0 %	100,0 %
Nombre pondéré	220,7	4 433,7
Nombre réel (estimé)	250,8	4 210,5

$p \chi^2 \text{ SAS} < 0,0001$

Source : Enquête sociale et de santé 1998, variable CONST (Type de construction).

Évidemment, un bâtiment de « six logements et plus » n'équivaut pas nécessairement à ces immeubles de grande taille auxquels nous faisons référence précédemment, soit ceux, par exemple, de quarante ou cinquante logements et plus. Tout ce que l'information disponible au QRI permet d'avancer est que 83 % des ménages HLM logent dans des immeubles de six logements et plus, comparativement à 45 % parmi les autres locataires. Le potentiel d'une plus grande présence dans les immeubles de grande taille est donc là. Si ce type de bâtiment suscite, quelque part en aval, des problèmes particuliers de santé, on peut logiquement s'attendre à ce que les ménages HLM en soient davantage affectés.

3.3 Caractéristiques du logement et comportements en relation avec l'air intérieur

Tel que mentionné précédemment, la section XV du QRI porte sur l'air intérieur du domicile des ménages répondants. D'après les indications fournies dans les *Cahiers techniques et méthodologiques* de l'ESS, la majeure partie des questions de cette section sont inspirées de l'Étude européenne sur la santé respiratoire⁸⁰. Toutefois, le lien entre certaines de ces questions et la santé peut parfois sembler distant, du moins pour les non-spécialistes. Le rapport général de l'ESS aurait peut-être pu élaborer davantage, mais, exceptionnellement, cette section du QRI n'y a pas été traitée.

80. Voir Daveluy *et al.* (2001), vol. 1, p. 94-95. La seule référence bibliographique à cette étude fournie dans cette source est celle de Burney *et al.* (1994).

La première question de la section XV du QRI, soit celle de la durée d'habitation dans le logement actuel, a été couverte au point 3.1 du présent chapitre. Nous poursuivons donc avec les questions suivantes de cette section du questionnaire.

3.3.1 Méthodes de chauffage

Le bloc des QRI 175 à 179 s'enquiert des méthodes de chauffage utilisées pour le logement. À l'exception de la très marginale catégorie « autres⁸¹ », on observe des différences significatives entre ménages locataires HLM et non HLM pour chacune de celles-ci. D'emblée, la catégorie modale est celle du chauffage par radiateurs (plinthes) électriques : plus des trois quarts des ménages locataires (77,1 %) s'en réclament, pourcentage qui grimpe à 92,3 % chez les ménages HLM, un niveau significativement supérieur ($p < 0,0001$).

En conséquence, toutes les autres méthodes de chauffage sont, en proportion, moins usitées chez ces derniers⁸² :

- radiateurs à l'eau chaude (calorifères) : 6,4 % chez les ménages HLM comparativement à 15,9 % chez les autres ménages locataires ;
- circulation d'air chaud : 1,1 % des ménages HLM comparativement à 8,5 % des autres ;
- poêle à bois ou foyer : 0 % des ménages HLM comparativement à 5,1 % des autres.

Les données concernant les deux méthodes de chauffage les plus répandues (radiateurs électriques et radiateurs à l'eau chaude) ont fait l'objet d'un test multivarié en contrôlant la taille de l'immeuble. Les résultats vont dans le même sens que le résultat bivarié : que l'immeuble ait moins de six logements, ou six logements et plus, les ménages résidant en HLM ont 4,1 fois les cotes (des autres ménages locataires) de disposer d'un chauffage par radiateurs électriques, alors que leurs cotes de disposer de radiateurs à l'eau chaude sont, presque à l'inverse, 0,26 fois celles des autres locataires (ces résultats sont reproduits au tableau synthèse 3.9 à la fin du chapitre). Le système de chauffage peut certes influencer la qualité de l'air intérieur, mais on ne voit pas comment la prédominance du chauffage par radiateurs électriques parmi les ménages résidant en HLM pourrait affecter leur santé. L'étude, citée plus tôt, portant sur la section XV du QRI (Lévesque *et al.*, 2001 : 231) formule certains commentaires relativement au chauffage au bois, mais ne mentionne rien à l'égard du chauffage par radiateurs électriques.

81. Seuls 0,2 % des ménages utilisent un système de chauffage autre que ceux qui sont indiqués aux Q175 – Q178.

82. Écarts significatifs à $p < 0,01$ (et non pas à 0,02). Pour l'ensemble de ces relations, le nombre pondéré de ménages résidant en HLM est de 221.4 (n réel estimé de 251.6), et celui des autres ménages varie entre 4 427.4 et 4 438.7 (n réel estimé approximatif de 4 207).

3.3.2 Aération, ventilation

Le bloc des QRI 181 à 184 traite de l'aération du logement durant chacune des saisons. La seule saison où des différences significatives sont relevées est l'hiver. Le tableau 3.5 reproduit les données. L'écart de pourcentages le plus important s'y observe au niveau de la catégorie « Jamais » (écart de sept points de pourcentage entre résidents et non-résidents), qui indique que les ménages HLM sont proportionnellement un peu moins nombreux que les autres ménages locataires à ne « jamais » ventiler en hiver. Par contre, dès la catégorie suivante, on observe qu'ils sont, cette fois, plus nombreux à « rarement » ventiler en hiver. N'étant pas de nature linéaire, la relation observée au tableau 3.5 n'est donc pas facile à rendre. On observe d'ailleurs un profil contradictoire semblable au niveau des catégories « Souvent » et « Toujours ».

Tableau 3.5

Ménages locataires selon fréquence à laquelle les fenêtres ou portes sont laissées ouvertes et selon la résidence en HLM ou non, Québec, 1998

Fréquence de ventilation l'hiver	Résidence	
	HLM	Non HLM
1- Jamais	35,4 %	42,5 %
2- Rarement	32,3 %	28,4 %
3- Occasionnellement	21,0 %	19,9 %
4- Souvent	9,0 %	4,7 %
5- Toujours	2,3 %	4,5 %
Total	100,0 %	100,0 %
Nombre pondéré	221,4	4 418,6
Nombre réel (estimé)	251,6	4 196,2

P χ^2 SAS = 0,006

Source : Enquête sociale et de santé 1998, QRI 184 (Fréquence de ventilation l'hiver).

Néanmoins, au regard de l'ensemble du tableau 3.5, il semble raisonnable de soumettre que les ménages HLM ont un peu plus tendance à ventiler en hiver. Cela devrait être considéré comme un point positif relativement à la qualité de l'air intérieur (et de la santé des personnes) chez ceux-ci.

3.3.3 Contamination intérieure

Évidemment, pour qu'une aération un peu plus fréquente en hiver constitue vraiment un point positif, il faut s'assurer que les conditions de départ soient à peu près comparables et que les domiciles des ménages locataires résidant en HLM ne soient pas aux prises avec un plus grand nombre d'agents

contaminants, auquel cas l'aération plus fréquente pourrait bien n'être pratiquée qu'en réaction à ceux-ci. La section XV du QRI a pris en considération différentes sources de contamination, dont le tabagisme, la présence de tapis et celle d'animaux. Voyons quels résultats ont été obtenus pour chacune de ces sources.

La QRI 185 demandait au répondant principal « combien de personnes fument à l'intérieur de la maison tous les jours ou presque ? » Pratiquement aucune différence n'a été relevée entre les ménages HLM et les autres ménages locataires à ce sujet. Une faible majorité des ménages locataires, 52 % environ, déclarent zéro personnes (aucun fumeur), et 48 %, un fumeur ou plus⁸³.

La présence de tapis a été notée tant pour la pièce principale (« pièce que vous utilisez le plus pendant la journée ») que pour une ou des chambres à coucher (QRI 186-187). Encore une fois, l'étude ne révèle aucune différence significative entre les deux types de ménages locataires. Il en ressort que 37 % des logements locatifs ont du tapis dans la pièce principale, et 42 % dans une ou des chambres à coucher⁸⁴.

Finalement, les QRI 188 à 190 traitaient de la présence de chats, de chiens, d'autres animaux à poil ou d'oiseaux au domicile. Les réponses à ces questions ont été regroupées en un seul indice. Les données figurent au tableau 3.6.

Tableau 3.6

Ménages locataires selon la présence d'animaux à l'intérieur du domicile et selon la résidence en HLM ou non, Québec, 1998

Présence d'animaux à l'intérieur du domicile	Résidence	
	HLM	Non HLM
1- Oui	28,3 %	34,6 %
2- Non	71,7 %	65,4 %
Total	100,0 %	100,0 %
Nombre pondéré	221,4	4 438,7
Nombre réel (estimé)	251,6	4 216,8

$p \chi^2 \text{ SAS} = 0,056$

Source : Enquête sociale et de santé 1998, variable indice établie par la SHQ (présence de chats, chiens, autres animaux à poil, oiseaux).

La relation ne parvient pas à franchir le seuil du 0,02 ($p = 0,056$). On observe quand même un écart de six points de pourcentage, à l'avantage des locataires HLM, chez lesquels on ne retrouverait de tels animaux que dans 28,3 % des logements, comparativement à 34,6 % chez les autres locataires. Il est

83. En ne considérant que les ménages locataires, on constate donc que locataires de HLM et autres locataires sont relativement homogènes sous ce plan, contrairement aux contrastes, entre HLM et non HLM, observés à la section 2.7.1.

84. Les pourcentages chez les ménages HLM sont légèrement supérieurs dans les deux cas (plus 2 % et 3 %, respectivement), mais le test du *khi-deux* se révèle non significatif.

possible que le plus faible pourcentage observé chez les résidents HLM résulte d'une interdiction plus fréquente de la présence d'animaux dans les règlements d'immeubles de logements sociaux que dans ceux régissant les immeubles locatifs privés⁸⁵.

3.3.4 Modifications au logement ou modifications des comportements en raison d'un problème d'asthme ou d'allergie

Le dernier bloc de questions de la section XV du QRI (Q191-196) porte sur les modifications apportées au domicile ou encore sur les modifications des comportements par suite de problèmes de santé bien définis. En effet, ce bloc de questions n'était activé qu'à l'intention des répondants principaux qui avaient signalé, dans les cinq questions antérieures, un ou plusieurs des problèmes de santé suivants (chez l'un ou l'autre des membres du ménage) : allergie cutanée (QRI 73b), rhume des foins (QRI 74), allergie aux animaux (QRI 75b), autres allergies (QRI 75c) et asthme (QRI 82d).

Ce filtre provoque une diminution importante du nombre des ménages (locataires) répondants. Celui-ci passe de 4 668 (n pondéré) à 1 506, une diminution de l'ordre des deux tiers⁸⁶. Parmi ce tiers restant des ménages, les modifications au logement proposées aux QRI 191 à 196 ne génèrent aucune différence significative entre ménages HLM et autres ménages locataires⁸⁷. Comme on le constate au tableau 3.7, la modification qui vient le plus près de susciter une différence significative est celle qui évoque le recours à « des méthodes de contrôle des acariens et des mites de poussière » (Q195) : on relève un écart de pourcentage de l'ordre de cinq points. Toutefois, la probabilité du *khi-deux* est de 0,086, donc supérieure au seuil de 0,02 défini plus tôt.

Les autres modifications au logement ou aux comportements indiquées au questionnaire suscitent, chez les ménages locataires, des pourcentages d'adhésion qui varient entre 11,9 % (le maximum) et 1,4 %. À titre informatif, le tableau 3.8 en fournit la liste complète, en ordre décroissant et avec les pourcentages de oui recueillis.

85. En principe, jusqu'à récemment, les règlements d'immeubles de HLM interdisaient la présence d'animaux domestiques. Toutefois, en 1998, le gouvernement québécois a introduit des modifications réglementaires relativement au logement social qui pourraient résulter en une plus grande tolérance à l'égard des animaux domestiques dans les HLM. Ces modifications ont pour effet d'autoriser les « comités consultatifs de résidents de HLM », apparus dans le prolongement de la création (en 1998) des associations de locataires de HLM, d'être en mesure d'exiger des offices municipaux d'habitation la levée d'interdictions générales émises à l'encontre de la présence d'animaux domestiques dans les immeubles (voir le guide *Gestion du logement social* (SHQ), un recueil administratif publié par la Direction de l'habitation sociale de la SHQ à l'intention des mandataires de logements sociaux, chapitre B, section 3, sujet 3). Il est donc possible que l'écart observé au tableau 3.6 s'amenuise avec le temps.

86. Chez les ménages HLM, la diminution semble plus importante encore, puisqu'elle est estimée à 74 %. L'écart de diminution entre les deux groupes de ménages devrait normalement s'expliquer par une incidence plus faible de ce type de problèmes de santé (allergies, asthme, etc.) chez les ménages HLM. Nous y reviendrons au chapitre 4.

87. Évidemment, la faible taille de l'échantillon HLM ayant déclaré un problème d'asthme ou d'allergie (n pondéré = 58,3) ne facilite assurément pas l'atteinte de résultats significatifs.

Tableau 3.7

Ménages locataires selon l'implantation de mesures de contrôle des acariens et des mites, et selon la résidence en HLM ou non, Québec, 1998

Implantation de mesures de contrôle	Résidence	
	HLM	Non HLM
1- Oui	0,7 %	6,1 %
2- Non	99,3 %	93,9 %
Total	100,0 %	100,0 %
Nombre pondéré	58,3	1 447,6
Nombre réel (estimé)	66,3	1 375,2

$p \chi^2 \text{ SAS} = 0,086$

Source : Enquête sociale et de santé 1998, QRI 195 (Utiliser méthodes de contrôle des acariens et mites de poussière).

Tableau 3.8

Pourcentage des ménages locataires qui déclarent certaines altérations au logement ou certaines modifications de leurs comportements en raison de problèmes d'asthme ou d'allergie, Québec, 1998

Modifications au logement ou aux comportements	% de Oui
QRI 193 : Réduire consommation tabac	11,9 %
QRI 192 : Augmenter ventilation	7,7 %
QRI 191 : Enlever tapis	6,3 %
QRI 195 : Utiliser méthodes de contrôle des acariens et des mites de poussière	6,1 %
QRI 194 : Se défaire des animaux domestiques	4,4 %
QRI 196 : Autres modifications	1,4 %

Source : Enquête sociale et de santé 1998.

Note : Les pourcentages de la colonne ne sont pas cumulatifs. Par ailleurs, les nombres pondérés et nombres réels (estimés) n'y sont pas indiqués, mais sont, à toutes fins utiles, identiques à ceux qui sont rapportés au tableau 3.7.

3.4 Conclusion

Le bloc principal des questions qui meublent ce chapitre sur le logement provient de la section XV du QRI, section qui porte sur l'air intérieur au domicile. Quelques informations supplémentaires, de nature physique, tirées de la section d'identification au QRI, ont été exploitées, de même que la QAA 232. C'est cette dernière, soit la variable du mode d'occupation, qui a permis de centrer ce chapitre sur les ménages locataires seulement. Bien que l'utilisation du modèle multivarié n'ait pas été systématique dans ce chapitre-ci, nous sommes confiants dans les résultats obtenus.

La première variable logement recensée a été la durée d'habitation dans le logement actuel. Cette variable indique que les locataires HLM ont tendance à demeurer plus longtemps que les autres locataires dans leur logement. Cette relation demeure vraie peu importe le groupe d'âge du répondant principal. Il est donc permis de penser que cette durée d'habitation plus longue reflète une certaine satisfaction à l'égard du logement, satisfaction à laquelle peut également contribuer l'avantage financier que procure un logement en HLM.

La santé des occupants d'un logement pourrait aussi être liée à l'insuffisance de l'espace occupé. Un nombre d'occupants trop élevé réduit la qualité de l'air, spécialement durant les saisons froides ; il favorise également la propagation des microbes et des virus. En termes absolus, les logements HLM comptent généralement moins de pièces que les autres logements locatifs privés. Cependant, dû au fait que beaucoup de ménages HLM sont composés de personnes seules ou de couples (âgés) sans enfants, le nombre moyen de pièces par personne parmi ceux-ci n'est que légèrement inférieur à celui des autres ménages locataires, et cette différence n'est pas statistiquement significative⁸⁸. Un tel résultat ne permettrait pas d'attribuer au manque d'espace certains problèmes de santé observés parmi les ménages résidant en HLM, sans que ne soit vérifié également si les mêmes problèmes se présentent chez les autres ménages locataires.

Du côté de l'environnement externe, la variable du type de localité est significative, et elle indique que proportionnellement moins de ménages locataires de HLM résident dans la métropole (montréalaise) que les autres ménages locataires. Sous l'angle de la qualité de l'air à tout le moins, cela n'est vraisemblablement pas défavorable à leur santé. Par ailleurs, la catégorisation très sommaire de la taille de l'immeuble à laquelle ont procédé les responsables de l'enquête produit une différence importante au niveau de la catégorie la plus élevée, soit celle des immeubles de six logements ou plus. Cela indiquerait que davantage de locataires HLM résident dans des immeubles de grande taille que parmi les autres ménages locataires. Il semble que les immeubles de logements sociaux de grande taille aient pu favoriser l'émergence de certains problèmes sociaux. Advenant que cette affirmation soit fondée, ces problèmes sociaux pourraient se répercuter négativement sur la santé des résidents.

88. Le nombre moyen de pièces par personne est de 2,3 pour les ménages résidents de HLM, comparativement à 2,5 pour les ménages non HLM. Ce nombre moyen est ajusté pour tenir compte de l'effet de l'âge et du sexe du répondant principal.

La dernière section du chapitre 3 porte sur des caractéristiques du logement et sur des comportements des occupants influençant la qualité de l'air intérieur. Pour ce qui est de la méthode de chauffage, les ménages HLM disposent très majoritairement d'une méthode de chauffage dite propre, soit les radiateurs électriques, pour laquelle il ne semble pas y avoir d'incidence négative particulière relativement à la santé. Quant aux comportements relatifs à l'air intérieur, les ménages HLM semblent aérer leur logement en hiver un peu plus fréquemment que les autres ménages locataires, ce qui est vraisemblablement favorable à leur santé. Par contre, durant les autres saisons, aucune différence significative n'est signalée entre les deux groupes de locataires.

Toujours d'après les données de 1998 de cette enquête, il n'y avait pas de différence non plus pour ce qui est de deux sources de contamination intérieure, soit une exposition quotidienne à la fumée de tabac dans le logement (à raison de 48 % des ménages locataires), de même que la présence de tapis dans la pièce principale (37 %) ou dans une ou des chambres à coucher (42 %). Le comportement par lequel les ménages locataires semblent se différencier le plus est la présence d'animaux domestiques. Chez les ménages HLM, 28 % rapportaient la présence d'un animal à poil ou d'un oiseau, comparativement à près de 35 % chez les autres ménages locataires ; rappelons, toutefois, que le *khi-deux* de cette relation n'est pas significatif.

Finalement, l'ESS dédiait un sous-ensemble particulier de questions à ceux parmi les ménages locataires qui avaient rapporté la présence, au sein de leur ménage, de problèmes d'asthme ou d'allergie. Approximativement un tiers des ménages locataires remplissaient cette condition. L'échantillon HLM devenant relativement petit, aucune relation significative n'a pu être observée. Le comportement pour lequel on observe le plus grand écart de pourcentage a été celui de l'utilisation de méthodes de contrôle des acariens et des mites de poussière ; 1 % seulement des ménages HLM s'en sont réclamés, comparativement à 6 % chez les autres ménages locataires touchés, eux aussi, par des problèmes d'asthme ou d'allergie. Au total, la modification du comportement la plus fréquemment rapportée par ce sous-ensemble de ménages fut celle de la réduction de la consommation de tabac (12 % de ces ménages), suivie, au deuxième rang, de l'augmentation de la ventilation (7,7 %).

De façon générale donc, ménages HLM et autres ménages locataires se ressemblent davantage qu'ils ne se distinguent par rapport aux variables logement incluses dans l'ESS. Et, lorsqu'ils se distinguent, cela ne semble que rarement préjudiciable à leur santé. Ainsi en est-il de leur durée d'habitation plus longue, qui les épargne de la fatigue et du stress liés aux déménagements, et qui peut également s'interpréter comme un signe de satisfaction par rapport au logement et à l'immeuble. Bref, peu d'éléments ressortent de cet examen de variables logement parmi les ménages locataires qui suggèrent que certaines de celles-ci puissent être invoquées pour expliquer d'éventuels problèmes de santé chez les locataires de HLM (thème qui fera l'objet du prochain chapitre). Il faut convenir toutefois que le nombre de variables logement était limité, et qu'un nombre accru de celles-ci aurait pu contribuer à repérer davantage de différences entre les deux groupes de locataires.

Le tableau 3.9 reprend les mesures multivariées établies pour quatre des variables examinées, mesures qui, dans trois cas, sont constituées des rapports de cotes propres à la variable résidence, alors que la dernière concerne les valeurs moyennes ajustées du nombre de pièces par personne. Diverses variables de contrôle sont utilisées ; elles sont indiquées en rapport avec les variables concernées.

Tableau 3.9

Résultats des analyses multivariées comparant les ménages résidant en HLM aux autres ménages locataires pour certaines variables logement, en prenant en considération les autres variables indiquées.

Variables logement	Rapport de cotes HLM _{Oui/Non} (HLM _{Non} = 1,0)	Intervalle de confiance à 98 % du rapport de cotes ¹
Durée dans le logement actuel (âge du répondant principal pris en considération) Plus de 3 ans	1,6	1,1 - 2,3
Chauffage plinthes électriques (taille de l'immeuble prise en considération) Oui	4,1	2,3 - 7,4
Chauffage radiateurs à l'eau chaude (taille de l'immeuble prise en considération) Oui	0,26	0,13 - 0,49
	Moyennes ajustées	
Nombre de pièces par personne (âge et sexe du répondant principal pris en considération) Ménages résidents de HLM	2,33	2,1 - 2,5
Ménages non résidents	2,53	2,5 - 2,6

Source : Enquête sociale et de santé 1998 ; calculs de l'auteur.

Note : 1. Le niveau 0,98 de SAS est utilisé comme substitut approximatif du niveau 0,95 de SUDAAN.

Chapitre 4 : Données comparatives concernant la santé des personnes résidant en HLM

4.1 L'analyse des variables de santé

Nous en arrivons maintenant à l'élément principal de l'étude, qui est de comparer l'état de santé des locataires de HLM à celui du reste de la population. Le couloir emprunté au chapitre précédent, soit l'étude des conditions de logement parmi les ménages locataires, est donc délaissé au profit d'un retour à la perspective générale, celle qui a été utilisée au chapitre 2 concernant l'environnement socioéconomique des ménages. En effet, puisque la santé des ménages locataires de HLM au Québec n'a encore jamais été étudiée en tant que telle, il convient d'abord de situer les choses dans leur ensemble. Les éclairages qui seront ainsi jetés permettront, s'il y a lieu, d'examiner l'opportunité d'effectuer une étude de la santé de ces ménages en comparaison à un ou des groupes plus restreints de la population.

En plus de revenir à un angle d'observation élargi, ce chapitre-ci marque également un changement quant à l'unité d'analyse. Tel qu'indiqué au premier chapitre, les chapitres 2 et 3 ont porté sur des facteurs d'environnement⁸⁹, et avaient conséquemment adopté le ménage comme unité d'analyse. Le présent chapitre, pour sa part, analyse un ensemble de variables de santé dont les valeurs ont été observées pour chacune des personnes résidentes. Conséquemment, nous avons opté pour cette unité d'analyse plutôt que de conserver celle du ménage. En effet, le choix de l'unité personne respectait davantage l'objectif premier de l'étude, qui est d'étudier la santé des résidents de HLM dans leur ensemble (enfants aussi bien qu'adultes), c'est-à-dire dans toute leur diversité.

Si, d'un côté, toutes les personnes ont été incluses, il faut remarquer, de l'autre, que ce ne sont pas toutes les variables de santé qui ont été prises en considération dans ce chapitre-ci. Étant donné l'ampleur des questionnaires d'enquête, une sélection a été faite. La première étape de ce processus de sélection avait été, au chapitre 2, d'établir une distinction entre les variables de santé de nature objective et celles de nature subjective, distinction en vertu de laquelle deux variables de santé dites subjectives (autoperception de sa santé en général et autoperception de sa santé mentale; voir la section 2.6.2) avaient été rapportées à l'intérieur de ce chapitre. Par opposition, le présent chapitre sera celui des variables de santé de type objectif.

89. L'environnement socioéconomique et le logement, respectivement.

La deuxième grande caractéristique de ce processus de sélection est que toutes les variables de ce chapitre-ci ont été tirées du QRI, nettement plus axé sur ce type d'indicateurs que le QAA⁹⁰. Cependant, ce ne sont pas non plus toutes les variables du QRI (comptant plus de deux cents questions) qui ont été prises en considération. Dans une bonne mesure, nous nous en sommes remis, pour leur sélection, à notre collaborateur de l'ISQ⁹¹. Celui-ci connaissait très bien l'enquête et son contexte, et il savait également quelles questions du QRI avaient été davantage utilisées aux fins du rapport général de l'ISQ portant sur l'enquête. Nous croyons que cette façon de procéder a pu faciliter l'identification des questions plus opportunes et minimiser tout arbitraire de notre part.

La règle de base, dans la sélection de ces questions, a été généralement de retenir les questions premières des sections pertinentes du questionnaire, de préférence aux questions dérivées. Ainsi, dans la section du questionnaire portant sur les consultations effectuées par des membres du ménage auprès de divers professionnels de la santé (la section III), la question principale, de notre point de vue, était la consultation ou non de ce professionnel. Les questions dérivées (portant, par exemple, sur les durées d'attente, le temps de déplacement, etc.) ont été laissées de côté. Par ailleurs, les deux sections du QRI visant à produire des données sur d'autres unités d'analyse que celles des ménages ou des personnes ont également été laissées de côté, puisqu'elles ne sont pas compatibles avec la présente recherche.

Dans les deux chapitres précédents, le cheminement de l'analyse a été rapporté au complet, c'est-à-dire que, pour une variable d'analyse donnée, le résultat bivarié était d'abord présenté, pour être suivi du résultat multivarié. Dans cette optique, le tableau bivarié servait au moins deux fins, d'abord une fin descriptive par rapport à la population d'intérêt premier de la SHQ, soit les résidents de HLM, et ensuite une fin utilitaire, celle de présenter le nombre de ménages répondants concernés.

Dans ce chapitre-ci, par contre, ces fins deviennent beaucoup moins pertinentes. D'une part, en ce qui a trait au nombre d'observations, le passage de l'unité ménage à l'unité personne ajoute à la confiance que l'on peut avoir à l'égard de l'échantillon résidant en HLM, car sa taille brute (ne tenant pas compte des interrelations entre personnes) passe de 305 (ménages) à 627 (personnes). De plus, toutes les questions de ce chapitre étant tirées du QRI, le potentiel des répondants reste toujours à son maximum et n'est pas affecté par les diminutions qu'entraîne l'utilisation du QAA⁹².

D'autre part, la fin descriptive que pouvait remplir le tableau bivarié, afin de permettre à la SHQ de mieux connaître les résidents de HLM en rapport à des variables socioéconomiques ou des variables logement, n'est guère justifiable par rapport à des variables santé. Ici, la perspective comparative prime, et on ne voit guère l'intérêt à rapporter des mesures concernant des variables de santé prises sur des populations qui ne sont pas homogènes, ou qui ne sont pas homogénéisées de quelque façon. C'est cette possibilité

90. Le QAA, que remplit individuellement chacun des membres du ménage, porte surtout sur des habitudes de vie et des comportements relatifs à la santé, de même que sur l'autoperception du répondant en cette matière. Ces variables ont été traitées au chapitre 2.

91. M. Yann Latulippe.

92. Diminutions dues à l'inadmissibilité des moins de quinze ans et à la non-réponse à ce questionnaire.

qu'offre le modèle multivarié, qui permet de tenir compte des différences d'âge et de sexe des populations concernées.

Ne seront donc produits, dans ce chapitre, que les résultats du modèle multivarié. Celui-ci a été appliqué à un ensemble de questions qui avaient donné lieu à une différence significative avec le modèle bivarié. Dans les deux cas, les travaux ont été effectués avec le logiciel spécialisé SUDAAN, ce qui fait en sorte que le seuil de signification de 0,05 (bilatéral) sera maintenu constant à l'intérieur du chapitre.

4.2 Variables de santé non significatives

Le premier tableau que nous présentons (tableau 4.1) est celui, tout simplement, des variables de santé pour lesquelles aucune différence statistique entre les deux groupes de ménages n'a été détectée⁹³. Le symbole $\perp$ est apposé aux variables pour lesquelles les résultats du modèle multivarié ne restent que légèrement à l'écart du seuil de signification établi : ce sont les QRI 23, 35 et 37.

Le contenu de ce tableau pourrait se résumer ainsi : l'analyse des données indique qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux populations en matière de consultation de médecins généralistes⁹⁴ et de chiropraticiens, ainsi qu'en matière de consommation de médicaments pour le cœur ou la tension artérielle, de médicaments pour l'estomac, de la pilule contraceptive⁹⁵, et de médicaments autres (catégorie résiduelle). Aucune différence non plus n'a pu être relevée quant à la proportion des personnes qui ont pris des médicaments (quels qu'ils soient) dans les 48 heures précédentes, pas plus que dans celle des personnes ayant pris au moins un médicament prescrit. Aucune différence également quant à la proportion de celles qui ont subi un accident avec blessures au cours des douze mois précédents⁹⁶, de même que dans la proportion de celles qui ont passé au moins une nuit à l'hôpital, toujours durant ce laps de temps. Finalement, la population résidente HLM ne semble pas se distinguer non plus du reste de la population en ce qui a trait aux problèmes d'hypertension (QRI 86) et d'ulcères d'estomac (QRI 89). Cela semble cohérent avec ce qu'indiquait préalablement ce tableau relativement à la consommation de médicaments reliés à ces problèmes de santé (QRI 35 et 37).

93. Une variable supplémentaire, soit la QRI 17, concernant les médecins spécialistes, ne figure pas dans ce tableau parce que la validation du résultat bivarié, largement non significatif ($p = 0,53$), a été omise.

94. Il est fort possible que ce soit le cas des médecins spécialistes également, comme semble l'indiquer la note infrapaginale précédente.

95. Cette variable a fait l'objet d'un traitement spécial au niveau des variables de contrôle, puisque l'âge et le sexe ont été considérés comme des constantes (échantillon restreint aux femmes de 12 à 44 ans seulement). Un contrôle de la relation a plutôt été exercé en fonction de la variable genre de ménage. Celle-ci a été restreinte à deux catégories : les femmes monoparentales et les femmes en couple avec enfants (exclusion des célibataires principalement). La comparaison de la consommation de ce médicament entre ces deux catégories de ménages s'est révélée non significative ($p = 0,515$).

96. Il est à noter que cette question concernant les accidents avec blessures visait à cerner les accidents ayant entraîné une visite chez le médecin, ou encore ceux ayant causé une limitation d'activité. Elle n'était toutefois pas la seule (du QRI) au moyen de laquelle le thème des limitations d'activité a pu être traité. Nous reviendrons sur ce thème plus loin dans le chapitre.

Tableau 4.1

Liste des variables de santé pour lesquelles le rapport de cotes comparant les résidents de HLM aux non-résidents est non significatif, âge et sexe de la personne pris en considération, Québec, 1998

Variables de santé non significatives

QRI, section III : Recours aux services de santé ou aux services sociaux au cours des deux dernières semaines

médecin généraliste (QRI 16)

chiropraticien $\perp$ (QRI 23)

QRI, section IV : Consommation de médicaments (quarante-huit dernières heures)

médicaments pour le cœur ou la tension artérielle $\perp$ (QRI 35)

médicaments pour l'estomac $\perp$ (QRI 37)

pilule contraceptive (QRI 44)¹

autres médicaments (QRI 45, catégorie résiduelle)

aucun médicament consommé (variable indice CONSOM)

au moins un médicament prescrit consommé (variable indice CONSOMPR)²

QRI, section V : Accidents avec blessures

accidents avec blessures assez graves (douze derniers mois) ayant entraîné limitation d'activités ou consultation d'un médecin (variable indice ACLIMCON)

QRI, section VI : Problèmes de santé (de longue durée)

hypertension (QRI 86)

ulcères d'estomac (QRI 89)

QRI, section VIII : Hospitalisation

au moins une nuit à l'hôpital au cours des douze derniers mois (QRI 118)

Source : Enquête sociale et de santé 1998.

Notes : $\perp$ = niveau de p proche du seuil de signification retenu ($\alpha < 0,05$). 1. Échantillon restreint aux femmes de 12 à 44 ans ; genre de ménage pris en considération. 2. Dichotomie considérée : *un médicament prescrit* comparé à *aucun prescrit ou tous non prescrits*.

Une douzaine de variables ou d'indicateurs de santé, donc, ont abouti à des résultats non significatifs ($p \geq 0,05$). L'importance relative de ce groupe de variables ressortira mieux une fois que nous aurons passé en revue le groupe de celles qui, de leur côté, ont donné des résultats significatifs, ce vers quoi nous nous tournons maintenant.

4.3 Variables de santé significatives

Les variables de santé qui donnent lieu à des différences significatives entre résidents de HLM et non-résidents figurent au tableau 4.2. Un rapide décompte indique que le nombre de celles-ci (22) est supérieur au nombre des variables estimées non significatives (12). Le tableau 4.2 est fait sur le même modèle que les tableaux multivariés clôturant les chapitres 2 et 3 (tableaux 2.27 et 3.9). Il indique le nom de la variable de santé traitée, le rapport des cotes observé du facteur résidence ($HLM_{Oui/Non}$), de même que l'intervalle de confiance de ce dernier (à un seuil bilatéral de 0,95). Les sections qui suivent expliquent et commentent les résultats du tableau 4.2.

4.3.1 Section III du QRI : Recours aux services de santé ou aux services sociaux

À la section III du QRI, portant sur les professionnels consultés (« au cours des deux dernières semaines »), trois groupes professionnels ont généré des différences significatives, soit les infirmiers et les travailleurs sociaux, que les résidents en HLM verraient plus souvent, et les dentistes, pour lesquels la situation serait l'inverse.

Infirmiers et travailleurs sociaux travaillent très fréquemment pour le compte d'organismes du secteur public qui dispensent des services sociaux et de santé. Du côté des infirmiers, il est admis que les probabilités d'avoir rencontré un de ces professionnels seront particulièrement élevées chez les personnes ayant effectué un séjour hospitalier. Or l'hypothèse que les résidents de HLM effectuent davantage de tels séjours n'est pas appuyée par les données de l'ESS, comme nous l'avons vu précédemment. En effet, le tableau 4.1 indiquait que la fréquence d'hospitalisation n'était pas significativement différente pour les résidents de HLM et les non-résidents⁹⁷.

D'autres hypothèses d'explication à ce recours plus fréquent aux infirmiers parmi les résidents de HLM pourraient être le fait que certains HLM, particulièrement ceux dont la vocation est de loger des ménages de personnes âgées, aient conclu des arrangements avec les centres locaux de services communautaires (CLSC) ou d'autres organismes à vocation similaire, afin que des infirmiers viennent sur place dispenser certains services tels que ceux de vaccination et d'autres services préventifs, ou encore que les critères de fourniture de services adoptés par les CLSC (ou certains d'entre eux) fassent en sorte que les ménages à bas revenus soient privilégiés.

97. Voir, dans ce tableau, à la section VIII du QRI, les données relatives à la proposition « au moins une nuit à l'hôpital au cours des douze derniers mois ».

Tableau 4.2

Résultats des analyses multivariées comparant les résidents de HLM aux non-résidents pour les variables de santé, âge et sexe de la personne pris en considération, Québec, 1998.

Variables de santé significatives	Rapport de cotes HLM _{Oui/Non} (HLM _{Non} = 1,0)	Intervalle de confiance à 95 % du rapport de cotes
QRI, section III : Recours aux services de santé ou sociaux¹		
Dentiste (QRI 18)	0,44	0,19 - 0,99
Infirmière / infirmier (QRI 19)	1,9	1,0 - 3,7
Travailleur social / travailleuse sociale (QRI 27)	4,4	1,5 - 11,1
QRI, section IV : Consommation de médicaments		
Tranquillisants (QRI 34) ²	2,0	1,3 - 3,0
Laxatifs (QRI 38) ²	2,6	1,5 - 4,6
Médicaments contre le rhume des foins (QRI 47) ³	0,35	0,21 - 0,59
Vaccin contre la grippe (QRI 48) ³	1,5	1,0 - 2,2
QRI, section VI : Problèmes de santé		
Allergie, rhume des foins (QRI 74)	non significatif*	---
Maux de dos, de colonne (QRI 76)	2,2	1,5 - 3,0
Arthrite, rhumatisme (QRI 77)	1,9 **	---
Déficiência mentale ou intellectuelle (QRI 83)	5,4	1,6 - 20,0 ⁴
Dépression (QRI 84)	2,1	1,2 - 3,7
Maladies du cœur (QRI 87)	1,8	1,1 - 2,9
Troubles urinaires, maladies du rein (QRI 88)	2,8	1,3 - 5,9
Paralysie à la suite d'une attaque, hémorragie cérébrale (QRI 95)	8,5	3,6 - 20,0 ⁴
Périodes de grande nervosité ou d'irritabilité (QRI 96)	2,0	1,3 - 3,1
Périodes de confusion ou de perte de mémoire fréquentes et importantes (QRI 97)	non significatif*	---
Incapacité ou handicap dus à l'obésité (QRI 98)	6,8	3,3 - 14,3 ⁴
Maladies de la rétine (QRI 101)	2,9	1,1 - 7,7
Autre problème chronique de santé (QRI 103)	2,4	1,0 - 5,6
QRI, section XI : Vision et audition		
Problème de vision de près (QRI 137) ⁵	0,72	0,53 - 0,98
QRI, section II : Limitation des activités		
Limitation dans les activités à cause de maladie, problèmes de santé (indice ACTLIM)	2,5	1,8 - 3,5

Source : Enquête sociale et de santé 1998 ; calculs de l'auteur.

Notes : * = Interaction *résidence***âge* significative. ** = Interaction *résidence***sexe* significative. 1. Au cours des deux dernières semaines. 2. Au cours des quarante-huit dernières heures. 3. Au cours des douze derniers mois. 4. Très large intervalle de confiance à cause de la faible prévalence de cette condition. 5. Enfants de 0-5 ans exclus.

En ce qui a trait aux travailleurs sociaux, les probabilités supérieures des résidents de HLM d'en rencontrer pourraient découler aussi de l'emploi de ces professionnels par les CLSC et de contextes favorisant la fourniture de services, par ces organismes, à la clientèle des résidents de logements sociaux. À cela s'ajoute aussi le recours élevé des résidents de logements sociaux de moins de soixante-cinq ans au programme d'assistance-emploi. Les répondants à l'Enquête sociale et de santé qui sont prestataires de ce programme peuvent ainsi avoir accès à des services de soutien qu'ils pourraient assimiler à des contacts avec des travailleurs sociaux (par exemple, les mesures visant à développer l'employabilité des prestataires).

Toutefois, le rôle du programme de l'assistance-emploi à l'égard des ménages résidents de moins de 65 ans ne semble pas suffire à assurer à *l'ensemble* des personnes résidant en HLM une probabilité équivalente (à celle des non-résidents) d'avoir consulté un dentiste (QRI 18). On sait, en effet, que, moyennant un délai de carence, les services dentaires sont couverts par le programme d'assistance-emploi. Quelles sont les hypothèses d'explications que l'on peut faire valoir pour expliquer l'écart observé entre résidents de HLM et non-résidents en matière de services dentaires ?

Il y a deux explications possibles, qui sont probablement complémentaires. L'une est plus technique et concerne précisément cette question du délai de carence. Celui-ci, d'une durée d'un an, est activé pour chaque nouvelle demande d'assistance-emploi formulée par un ménage donné⁹⁸. À moyen et long terme, ce délai va donc pénaliser davantage les ménages qui connaissent plus de mouvements entre le marché du travail et l'assistance-emploi. Dans le vocabulaire de ce programme, ces ménages dont le chef ou le conjoint peut occuper un emploi sont désignés comme étant les ménages *aptés au travail*. D'après les données du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (données produites à l'intention de la SHQ), environ 60 % des ménages ayant déclaré résider en HLM, et qui sont prestataires de l'assistance-emploi, seraient aptes au travail⁹⁹. Voilà donc un pourcentage assez substantiel, à l'intérieur duquel ce délai de carence pourrait s'appliquer plus fréquemment.

À notre avis toutefois, cette explication jouerait plutôt à la marge, car les ménages résidant en HLM seraient relativement stables par rapport à l'assistance-emploi¹⁰⁰. La raison plus substantielle pour expliquer le rapport des cotes inférieur d'avoir consulté un dentiste chez les ménages résidant en HLM est que le programme d'assistance-emploi prend fin dès que le chef du ménage franchit le cap des 65 ans. Ce programme de sécurité du revenu est alors remplacé, pour à peu près la totalité de ces

98. Une demande est dite nouvelle si, le mois précédent, le même ménage ne bénéficiait pas de l'assistance-emploi. Un ménage qui « sort » de l'assistance-emploi, mais qui présente une demande pour y revenir un ou deux mois plus tard devra, à nouveau, se conformer au délai de carence prescrit.

99. Ces données figurent dans un rapport interne de la SHQ : François Rivest, *Les résidents d'habitation à loyer modique (HLM)*, février 2004, p. 32.

100. Souvent, ils sont déjà prestataires de ce programme au moment de leur inscription sur la Liste des requérants à un logement social.

ménages, par le programme de sécurité de la vieillesse (PSV)¹⁰¹. Or ce dernier ne prolonge pas la couverture des divers services de santé assumés par le programme d'assistance-emploi, dont les services dentaires¹⁰².

Puisque très peu de ménages de 65 ans ou plus résidant en HLM disposent d'une assurance privée couvrant les soins dentaires (voir le chapitre 2), il devient alors très plausible que la probabilité de consulter un dentiste parmi cette clientèle diminue, abaissant alors les cotes observées des résidents dans leur ensemble par rapport à celles des non-résidents. L'hypothèse d'explication la plus plausible à ce rapport de cotes inférieur du côté des résidents serait donc que la clientèle issue de l'assistance-emploi trouverait difficile de composer subitement avec le coût des services dentaires, après que le programme de sécurité de la vieillesse vienne se substituer à celui de l'assistance-emploi¹⁰³.

4.3.2 Section IV du QRI : Consommation de médicaments

Nous poursuivons notre examen des résultats significatifs avec la section suivante du QRI (la section IV), qui porte sur les médicaments consommés. Cet objet d'investigation nous obligera à faire quelques incursions du côté des résultats de la section VI, relative aux problèmes de santé de longue durée, lorsque les problèmes de santé en question seront la raison probable de la prise de tel ou tel médicament.

Avant de passer en revue les médicaments ayant généré des différences significatives, il convient d'effectuer un bref rappel sur ceux qui n'en ont pas généré (tableau 4.1), car autant, sinon davantage, de variables médicaments ont produit des résultats non significatifs, que d'autres, des résultats significatifs. Le tableau 4.1 fournissait quelques balises quant à la consommation médicamenteuse d'ensemble, puisque les variables indices CONSOM et CONSOMPR étaient non significatives. Toutes deux testaient des propositions dichotomiques de type présence-absence en regard de la consommation des médicaments¹⁰⁴. Le même tableau indiquait également que trois catégories de médicaments, soit ceux pour le cœur ou la tension artérielle (considérés en bloc), de même que ceux pour l'estomac, n'avaient pas généré de différences significatives entre les deux populations. Finalement, le tableau 4.1 relevait que les femmes de 12 à 44 ans ne se différenciaient pas significativement en regard de la consommation de contraceptifs¹⁰⁵.

101. Les cas d'exception (les ménages qui demeurent prestataires de l'assistance-emploi) sont constitués, généralement, des ménages prestataires qui n'ont pas accumulé le nombre d'années de résidence obligatoires au Canada pour bénéficier de ce programme de sécurité de la vieillesse.

102. En contrepartie, il offre des montants d'allocation supérieurs à ceux de l'assistance-emploi.

103. L'atteinte du cap des 65 ans est moins susceptible d'affecter la demande de services dentaires chez les ménages non prestataires de l'assistance-emploi, car ceux-ci disposent de meilleurs revenus et auront généralement composé avec ces coûts durant toute leur vie d'adulte.

104. La première (CONSOM), concernant le nombre total de types de médicaments consommés, et la deuxième (CONSOMPR), concernant le nombre total de types de médicaments *prescrits* (parmi les médicaments consommés).

105. Cette comparaison a été restreinte à deux genres de ménages : les ménages monoparentaux (dirigés par une femme) et les ménages de couples avec enfants, en raison de leurs tailles échantillonnelles convenables.

Reportons-nous maintenant au tableau 4.2. Celui-ci indique que les résidents de HLM et les non-résidents ont une consommation significativement différente de quatre médicaments. Deux d'entre eux sont des types de médicaments relativement banals¹⁰⁶, soit les laxatifs et les médicaments contre le rhume des foins. Il est à remarquer que ce dernier résultat (médicaments contre le rhume des foins) est le seul des quatre pour lequel le rapport des cotes des résidents de HLM, par opposition aux non-résidents, soit inférieur à un (il est estimé à 0,35). Cela est cohérent avec ce qui a été relevé au chapitre précédent (section 3.3.4) concernant l'effet des questions filtres déclenchant le bloc des questions QRI 191-196 (les « modifications apportées au domicile ») sur le nombre restant de ménages répondants : proportionnellement moins de ménages HLM ont été retenus pour ces questions, parce que la prévalence de problèmes d'asthme ou d'allergie s'y était révélée inférieure à celle des autres ménages.

Le résultat pour les laxatifs, quant à lui, se situe à l'opposé, puisque les résidents en HLM ont 2,6 fois les cotes des non-résidents de consommer des laxatifs. À titre d'explication hypothétique, la prise de tels médicaments est parfois associée à des carences nutritionnelles (choix alimentaires inadéquats) ou à un style de vie trop sédentaire (qui va souvent de pair avec un état de santé déficient).

Il y a relativement peu de commentaires à faire à propos du rapport de cotes supérieur observé en faveur des résidents HLM relativement au vaccin contre la grippe. Ce résultat pourrait être lié à la probabilité plus forte qu'ont les résidents HLM de recevoir la visite d'infirmiers. Il pourrait indiquer également que les frais modestes, ordinairement associés à ce vaccin, n'importunent pas les ménages résidant en HLM ou encore qu'ils leur sont remboursables.

Par contre, ce que l'on observe pour les tranquillisants (QRI 34) paraît plus intéressant : les résidents HLM ont deux fois plus de cotes d'en consommer. Ce résultat est sans doute lié à la prévalence plus grande de problèmes de dépression ou de nervosité parmi cette population, ce que confirment les rapports de cotes des QRI 84 et 96 (voir le tableau 4.2) : ces rapports de cotes y sont de 2,1 (approximativement).

4.3.3 Section VI, section XI et section II du QRI : Problèmes de santé

Ces commentaires concernant les QRI 96 et 84 nous entraînent directement dans la section VI du QRI. Cette dernière constitue un point névralgique dans cette comparaison de l'état de santé des deux populations, puisqu'elle recense les problèmes de santé (à long terme) pour lesquels résidents et non-résidents se différencient significativement. Du même souffle, nous irons puiser également dans les sections XI et II (dans cet ordre), chacune contribuant pour une question (soit un problème de santé) à la comparaison des deux populations.

Pour situer les choses dans leur ensemble toutefois, il convient au préalable, comme nous l'avons fait avec les médicaments, de rappeler les problèmes de santé dont le tableau 4.1 indiquait qu'ils n'ont pas

106. Banals en ce sens qu'ils sont offerts en vente libre dans les pharmacies, et qu'ils sont relativement peu dispendieux.

généralisé de différences significatives : ce sont l'hypertension et les ulcères d'estomac. Or, si l'on examine maintenant le tableau 4.2, qui recense les différences significatives entre les deux populations, on constate que deux autres problèmes de santé y figurent, dont le rapport des cotes de la variable résidence est pourtant donné comme étant non significatif. Ce sont les problèmes dits d'allergie ou de rhume des foies (QRI 74) et les périodes de confusion ou de perte de mémoire (QRI 97). La raison pour laquelle ils figurent au tableau 4.2, plutôt qu'au tableau 4.1, est que, dans un cas comme dans l'autre, nous nous retrouvons avec une interaction significative entre les variables résidence en HLM et âge. Il ressort donc que la variable résidence peut jouer un certain rôle à l'égard de ces deux variables dépendantes (les QRI 74 et 97), mais que ce rôle doit être examiné en conjonction avec celui de la variable âge¹⁰⁷.

À partir de la « Section VI » et allant jusqu'à la fin, le tableau 4.2 contient treize autres variables de santé pour lesquelles le modèle multivarié génère un effet principal significatif à l'égard de la variable HLM. De ce nombre, une seule voit son rapport de cotes observé chez les résidents de HLM être inférieur à celui des non-résidents, soit la QRI 137, traitant de la vision de près. Cette variable provient de la section XI du QRI, intitulée « Vision et audition », et elle indique tout simplement si la personne doit porter des lunettes ou des verres de contact pour lire les caractères ordinaires d'un journal. Il s'agit donc d'un léger problème de santé, et l'on pourrait difficilement prendre appui sur le rapport des cotes inférieur de cette variable pour soutenir que les résidents en HLM ont moins de problèmes avec leurs yeux.

De fait, en examinant l'ensemble des autres variables de cette section du tableau 4.2, on peut en relever une qui porte sur un problème de santé plus sérieux lié à la vision, soit la QRI 101, qui traite des maladies de la rétine. Or, cette fois-ci, le modèle multivarié indique que les cotes des résidents HLM d'être affectés de ce type de maladies sont estimées être 2,9 fois supérieures à celles des non-résidents. Voilà donc un résultat bien différent, et passablement éloquent, relativement aux problèmes de vision. De plus, si l'on poursuit notre survol de la section VI et suivantes du tableau 4.2, on constate que ce rapport de cotes concernant les maladies de la rétine semble conforme aux résultats correspondant à toutes les autres questions retenues. En effet, celles-ci affichent toutes des rapports de cotes supérieurs à 1,0 relativement à la variable résidence en HLM, indiquant que le problème en question est plus fréquent parmi les résidents.

En révisant ces résultats dans l'ordre numérique des questions, les problèmes de santé pour lesquels les deux populations diffèrent significativement sont les maux de dos ou de colonne (QRI 76), l'arthrite ou le rhumatisme (QRI 77), la déficience mentale ou intellectuelle (QRI 83^E), la dépression (QRI 84), les maladies du cœur (QRI 87)¹⁰⁸, les troubles urinaires ou les maladies du rein (QRI 88), la paralysie à la

107. Nous n'élaborerons pas sur la signification de ces interactions, sauf pour signaler que les combinaisons résidence-âge qui créent l'effet d'interaction ne sont pas nécessairement les mêmes pour l'une et l'autre de ces variables dépendantes.

108. Pour le problème de maladies du cœur (QRI 87), nous obtenons ici un résultat qui semble contredire celui qui a été observé plus tôt avec les médicaments pour le cœur et pour l'hypertension (QRI 35), pour lesquels aucune différence significative n'avait été détectée. Puisque la question sur le problème des maladies du cœur (QRI 87) est

suite d'une attaque cardiaque ou d'une hémorragie cérébrale (QRI 95^E), des périodes de grande nervosité ou d'irritabilité (QRI 96), d'incapacité ou de handicap dû à l'obésité (QRI 98^E), des maladies de la rétine (QRI 101), des problèmes de santé chroniques autres (QRI 103) et, finalement, des limitations dans les activités à cause de maladie ou de problèmes de santé (indice ACTLIM).

À l'exception des variables suivies de la majuscule « E » (en exposant), soit les QRI 83, 95, et 98, toutes les estimations de rapports de cotes de la population résidant en HLM relativement à ces problèmes de santé paraissent fiables et indiquent des probabilités de l'ordre du double (et au-delà) d'être affectés de ceux-ci. Les QRI 76, 77, 84, 87, 88, 96, 101, 103 et ACTLIM forment donc le noyau de base des problèmes de santé qui semblent affecter plus particulièrement les résidents de HLM (parmi les problèmes inclus dans l'étude¹⁰⁹).

Quant à la lettre « E », apposée aux variables indiquant des problèmes de déficience mentale ou intellectuelle (QRI 83), de paralysie à la suite d'une attaque ou d'une hémorragie cérébrale (QRI 95), et, finalement, d'incapacité ou de handicap dus à l'obésité (QRI 98), elle vient rappeler qu'il s'agit là de conditions de santé plus rares, et qui ont conséquemment généré des estimations moins précises, comme l'indiquent les intervalles de confiance des rapports de cotes en question (voir le tableau 4.2)¹¹⁰. En dépit de cette perte de précision, il n'en demeure pas moins qu'au seuil de confiance de 95 %, ces trois estimations restent significativement supérieures à 1,0 (les cotes des résidents HLM d'être atteints de ces problèmes sont estimées supérieures à celles des non-résidents).

Il est à remarquer également que ces trois derniers problèmes de santé suggèrent tous une forme d'incapacité à moyen ou long terme. La QRI 98 utilise explicitement ce terme (« incapacité ou handicap dus à l'obésité »), alors que les QRI 83 et 95 en utilisent d'autres qui en reprennent le sens (« déficience » et « paralysie »). Parmi les autres problèmes de santé relevés au tableau 4.2, le terme « handicap » revient également dans la QRI 103 (lorsque celle-ci est lue au long¹¹¹). De même, la notion d'incapacité est sous-jacente à la variable indice ACTLIM (dernière variable au tableau 4.2). Elle est en effet fondée sur les questions QRI 7 et 8, lesquelles s'enquéraient de l'existence de « restrictions » dans les activités que peuvent mener les membres du ménage¹¹².

Ces questions d'enquête, et le fait que les résidents HLM affichent des probabilités supérieures d'être affectés des problèmes de santé auxquels elles font référence, nous ont amené à nous interroger sur un biais possible, qui n'avait pas été envisagé à l'origine du projet, soit celui qui pourrait découler d'un accès

particulière, alors que la QRI 35 considérait les deux types de médicaments en bloc, elle nous apparaît comme le résultat à privilégier.

109. Cette section VI du questionnaire, qui va de QRI 72 à 104 a été couverte de façon assez détaillée. Ont cependant été exclues les questions indiquant un problème à très faible prévalence, de même que certaines des questions de type « autres problèmes... »

110. Mentionnons que les nombres pondérés de résidents HLM avec ces problèmes figurant dans l'échantillon sont, respectivement, de 12,8, 8,4 et 3,1.

111. QRI 103 : « [...] y a-t-il quelqu'un dans le foyer qui présente tout autre problème de santé chronique, physique ou mentale, ou tout autre handicap ? »

112. Les QRI 7 et 8 proviennent de la section II du QRI, intitulée « Limitation des activités ».

préférentiel que les HLM, en tant que système de logement, accorderaient aux personnes ayant des handicaps ou des incapacités. Si tel était le cas, le bilan de santé des personnes vivant en HLM serait, en fait, moins chargé que ne l'indiquent les données du tableau 4.2, en ce sens qu'il serait *attendu* que les ménages sélectionnés par les organismes locateurs de HLM puissent davantage être affectés de problèmes de santé de type handicaps ou incapacités en raison de certaines caractéristiques du système HLM.

Cette question demande que soient envisagés divers éléments historiques, normatifs et autres, qui font l'objet de l'annexe 3. De celle-ci, nous n'allons maintenant ne rapporter que les conclusions. Dans l'univers HLM couvert par le plan échantillonnal de l'Enquête sociale et de santé, il y a officiellement 3,1 % des logements qui sont classés comme adaptés¹¹³ ». Compte tenu toutefois des caractéristiques des HLM qui se sont retrouvés dans l'échantillon de l'Enquête sociale et de santé, il est possible que la valeur de référence à retenir tende plutôt vers le 1,6 % de logements adaptés que l'on retrouve officiellement pour les HLM du secteur « public-régulier ». Quoi qu'il en soit, ces pourcentages (1,6 % ou 3,1 %) se comparent aisément à ceux que l'on peut tirer des enquêtes ayant pour but d'estimer les taux d'incapacité dans la population. Ainsi, l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998 (EQLA) évalue à 2,2 % le pourcentage des ménages dont le domicile a besoin d'adaptations en raison d'une incapacité de l'un de leurs membres¹¹⁴.

La proximité entre ces pourcentages ne permet guère de soutenir que le système HLM dans son ensemble comporte un biais notable de sélection en faveur de cette clientèle. Un tel biais pourrait être causé par des normes explicites ou implicites du système ou par un inventaire important de logements adaptés¹¹⁵. De tels phénomènes opèrent possiblement dans les logements HLM du volet dit « privé-régulier », mais le nombre relativement restreint de logements dans ce volet du programme HLM ne lui permet pas de biaiser le portrait d'ensemble des logements de type HLM.

Dans le volet « public-régulier » (qui regroupe la grande majorité des logements de type HLM), il existe effectivement une norme en vertu de laquelle cinq points supplémentaires peuvent être accordés aux ménages comptant une personne avec incapacité lors du pointage des requérants (en vertu du Règlement sur l'attribution des logements à loyer modique). Or ces cinq points ne sont même pas accessibles aux personnes qui ont un problème de santé à long terme. L'évaluation de la situation reste donc la même : il n'y a pas de politique de préférence, et le critère fondamental de l'admissibilité au système HLM demeure le revenu.

Puisque, à notre avis, il n'y a pas vraiment de biais du système HLM en faveur des ménages chez lesquels se trouve une personne avec une incapacité requérant l'adaptation du logement, il serait

113. Un logement ayant fait l'objet d'adaptations pour accueillir un ou des locataires ayant des limitations fonctionnelles.

114. Voir Camirand *et al.* (2001), p. 200.

115. Un pourcentage de logements adaptés beaucoup plus élevé que le pourcentage des ménages ayant de tels besoins.

étonnant qu'il s'en soit créé une, plus générale, favorable à l'ensemble des personnes qui souffrent de conditions médicales plus sérieuses ou, à plus long terme, même si ces dernières ne requièrent pas l'adaptation du logement. Il nous apparaît donc que les rapports de cotes supérieurs observés parmi les résidents HLM pour le groupe des questions du QRI indiqués plus haut, et qui recouvrent une incapacité quelconque, seraient plutôt attribuables à la relation entre ces conditions d'incapacité et le revenu de ces ménages¹¹⁶. La condition d'incapacité, spécialement si c'est le chef du ménage qui en est porteur, viendrait réduire le revenu du ménage, et c'est par l'entremise de ce revenu diminué que davantage de personnes avec des conditions médicales plus sérieuses, ou à plus long terme, se retrouveraient résidentes de HLM.

4.4 Conclusion

Ce chapitre se distingue des chapitres 2 et 3 sur au moins deux points analytiques qu'il convient de rappeler. Premièrement, il prend la personne comme unité d'analyse (et non le ménage). Deuxièmement, il ne comporte que deux tableaux de résultats, parce que ceux qui auraient pu être construits à partir du modèle bivarié en sont exclus. En effet, il n'y a pas d'intérêt à s'arrêter aux comparaisons en matière de santé de deux populations (les résidents de HLM et les non-résidents) que l'on sait différentes par rapport à l'âge et au sexe. Un modèle multivarié offre une solution à ce problème.

Trente-quatre questions du QRI ont été sélectionnées pour former l'ensemble des variables de santé sur lesquelles ont été comparées les deux populations. Le modèle multivarié permet de préciser, à un niveau de confiance donné (95 %), si le fait de résider en HLM semble lié à la variable de santé, tenant compte de l'âge et du sexe. L'application du modèle multivarié a abouti à des résultats non significatifs, en rapport avec la variable résidence en HLM, pour douze de ces variables de santé (elles font l'objet du tableau 4.1). Parmi celles-ci figurent certaines variables dichotomiques concernant l'utilisation ou non de ressources de santé : il y a absence de résultats significatifs par rapport aux visites à l'hôpital, à la consultation de médecins et, ce qui leur est sans doute relié, aux accidents avec blessures. Il y a également absence de résultats significatifs par rapport à la consommation de certains médicaments (médicaments pour le cœur ou la tension artérielle, médicaments pour l'estomac, etc.). Du côté des variables relevant la présence de problèmes de santé bien définis, les résultats sont non significatifs pour l'hypertension et les ulcères d'estomac. Dans ces deux derniers cas, la consommation des médicaments reliés à ces problèmes semble conséquente, c'est-à-dire qu'elle n'est pas influencée par la variable résidence¹¹⁷.

Toutes les autres variables de santé retenues se retrouvent donc au tableau des variables pour lesquelles le fait de résider en HLM émerge comme significatif (tableau 4.2). Parmi ces vingt-deux

116. Tel que mentionné précédemment : voir l'annexe 3 pour plus de détails.

117. Notons toutefois que les valeurs de probabilités observées pour ces deux médicaments sont relativement près du seuil de signification défini.

variables, deux y figurent non pas à cause de l'« effet principal » de la variable résidence, mais à cause de son effet en conjonction avec celui de la variable âge, soit l'effet d'interaction¹¹⁸. Cela laisse donc vingt variables de santé avec effet principal de la variable résidence établi comme significatif.

Du côté des ressources de santé (professionnels, médicaments), le portrait de la situation des résidents de HLM est nuancé. Ils sont moins susceptibles d'avoir vu un dentiste, mais plus susceptibles d'avoir vu des infirmiers ou des travailleurs sociaux, deux groupes professionnels généralement composés de salariés du secteur public. Par ailleurs, quatre des médicaments retenus ont produit des résultats significatifs. Les résidents de HLM sont partagés par rapport à deux d'entre eux, qui sont des médicaments en vente libre, puisqu'ils sont plus susceptibles de consommer des laxatifs, mais moins susceptibles de consommer des médicaments contre le rhume des foins. Les deux autres médicaments ne sont pas en vente libre : il s'agit des tranquillisants et des vaccins contre la grippe. Dans les deux cas, les résidents de HLM sont plus susceptibles d'en avoir consommé.

En ce qui concerne les problèmes de santé, toutefois, la situation est passablement moins équivoque. Treize variables demeurent sous considération et, du nombre, une seule indique des probabilités inférieures du côté des résidents de HLM, soit la variable précisant si le port de lunettes est requis pour lire de près¹¹⁹. Les douze autres indiquent donc des probabilités supérieures que les résidents de HLM soient affectés de ces problèmes. Trois de celles-ci obtiennent même des rapports de cotes considérablement supérieurs, mais face auxquels il faut faire preuve de beaucoup de réserve étant donné la très grande variabilité des estimations : ce sont les problèmes de déficience mentale ou intellectuelle, de paralysie à la suite d'une attaque ou d'une hémorragie cérébrale et d'incapacité due à l'obésité. En faisant exception de ces trois problèmes de santé, on se retrouve avec un bloc de neuf problèmes de santé pour lesquels les rapports de cotes en faveur des résidents varient entre 1,8 (les maladies du cœur) et 2,9 (les maladies de la rétine). Ce bloc inclut les variables suivantes (énumérées selon leur ordre d'apparition au tableau 4.2) :

- les maux de dos, de colonne;
- l'arthrite, le rhumatisme;
- la dépression;
- les maladies du cœur;
- les troubles urinaires, les maladies du rein;
- les périodes de grande nervosité, d'irritabilité;
- les maladies de la rétine;
- autre problème de santé chronique;
- les limitations dans les activités à cause de maladies, de problèmes de santé.

118. Ce sont les problèmes d'allergie et de rhume des foins (QRI 74) et celui de périodes de confusion ou de perte de mémoire fréquentes et importantes (QRI 97).

119. Comme on peut s'en douter, cette variable n'est pas tirée de la section « Problèmes de santé » à proprement parler (la section VI du QRI), mais de la section portant sur la vision et l'audition (section XI).

On ne peut opposer, à ces résultats, que les deux problèmes de santé rapportés au tableau 4.1, soit l'hypertension et les ulcères d'estomac, problèmes pour lesquels l'étude n'a pas montré de différences significatives entre les deux populations. Donc, au niveau des problèmes de santé à plus long cours, il y a une convergence assez forte des résultats, indiquant généralement des probabilités supérieures d'être affectés de tels problèmes parmi les résidents de HLM.

Partant d'une sélection de trente-quatre variables de santé à l'intérieur du QRI, le constat principal qui émerge de la comparaison des deux populations est donc que les écarts les plus importants s'observent à l'égard des problèmes de santé. Par rapport aux variables relatives à l'utilisation ou à la consommation de ressources de santé, les résultats sont relativement partagés. C'est le cas, notamment, des variables médicaments, dont autant figurent au tableau 4.1 (résultats non significatifs) qu'au tableau 4.2 (résultats significatifs), de même que des variables rapportant les visites aux professionnels de la santé et des services sociaux, puisque nous avons vu qu'il y a, en effet, équilibre relatif par rapport aux médecins, avantage des résidents de HLM par rapport aux infirmiers et aux travailleurs sociaux, et désavantage par rapport aux dentistes.

Chapitre 5 : Conclusion générale

Cette recherche découle du besoin de la SHQ, et des organismes présents dans le domaine du logement social, de mieux cerner l'état de santé des résidents de ces logements, lequel procède lui-même d'une volonté plus générale de mieux connaître cette population. Le choix de la santé comme centre d'intérêt premier de cette recherche s'expliquait non seulement par la disponibilité possible de données en la matière, mais également par une problématique plus précise qui semblait en émergence chez les résidents des HLM.

Les premiers logements sociaux relevant de la SHQ sont apparus au tournant des années 1970. Avec le passage des années, une préoccupation a émergé à l'égard d'une détérioration possible (ou attendue) de l'état de santé des résidents de HLM. Cette perception, toutefois, ne s'appuyait pas sur un examen de données empiriques en cette matière, mais faisait plutôt écho à des commentaires d'observateurs du milieu, ou encore aux notions véhiculées par les médias et certaines agences gouvernementales concernant le vieillissement de la population, l'opportunité du maintien à domicile pour les personnes âgées, etc. L'objectif de la présente recherche a donc été d'obtenir des données qui permettent de tracer un premier portrait de la situation de cette population au regard de la santé. Bien entendu, un premier portrait ne peut répondre à la question de la détérioration de la santé des résidents (qui implique une comparaison dans le temps), mais il permet, à tout le moins, d'entamer le processus.

Aux fins de ce portrait, l'utilisation des données de l'Enquête sociale et de santé, dont la dernière édition s'était déroulée durant l'année 1998, constituait la cible de tout premier choix. Cet espoir a pu se concrétiser, d'une part, par l'obtention des autorisations nécessaires auprès de l'organisme responsable de cette enquête, soit l'Institut de la statistique du Québec, et, d'autre part, sur le plan opérationnel, par l'identification d'un nombre suffisant d'adresses de HLM parmi la liste des adresses de l'ensemble des ménages répondant à cette enquête.

Une fois ce pont établi, l'objectif initial de l'étude (la santé) a pu être élargi afin de greffer au projet des variables tirées de deux autres thématiques des questionnaires de cette enquête. Ces thématiques sont les variables sociodémographiques et les variables relatives au logement. Ce choix s'explique par la relation éventuelle entre certains éléments contenus dans ces thèmes d'analyse et l'état de santé des personnes, telle que cette relation est esquissée, à tout le moins, dans des modèles conceptuels relatifs à la santé¹²⁰.

120. Se référer aux figures du chapitre 1.

Bien que cette étude vise d'abord à répondre aux besoins de la SHQ, et à ceux des organismes œuvrant en logement social, nous croyons également qu'elle peut rejoindre un auditoire plus large. En effet, l'étude comparative de la santé au sein des couches sociales de la population est un champ d'intérêt bien établi, et pour lequel il existe une littérature considérable¹²¹. Comme les résidents de logements sociaux forment un groupe ayant des caractéristiques socioéconomiques particulières, cette analyse comparée de leur état de santé peut constituer un apport pertinent pour tous ceux qui s'intéressent à l'étude de la santé dans les populations.

Trente-quatre variables (ou questions du questionnaire d'enquête principal, soit le QRI) mesurant différents indicateurs relatifs à l'état de santé ont été utilisées. Le fait de résider en HLM s'est révélé significatif¹²², en tenant constants le groupe d'âge et le sexe, pour vingt de ces variables. Deux autres ont produit des résultats significatifs, mais conditionnels à la variable âge¹²³, tandis que les douze autres n'ont pas montré une association significative au fait de résider ou non en HLM. Parmi les variables de santé utilisées dans cette étude, une majorité prêtent appui à l'idée que le fait de résider en HLM puisse être pertinent par rapport à l'état de santé des personnes en cause. Pour donner plus de substance à ces résultats, nous croyons qu'il y a lieu d'examiner, en premier lieu, la nature des variables de santé qui ont produit des résultats significatifs (ou non significatifs) pour la variable résidence en HLM.

5.1 Nature des relations entre les variables de santé et la variable résidence

La distinction produite à l'intérieur du chapitre 4 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 encore appropriée. L'utilisation des ressources inclut la consultation de professionnels de la santé, les séjours hospitaliers et la consommation de médicaments. Ce type de variables a eu tendance à produire des résultats non significatifs ou mixtes. Par exemple, la majorité des variables médicaments sont non significatives, trois autres indiquent des probabilités supérieures de consommer ce médicament parmi les résidents de HLM, et une autre, des probabilités inférieures. Parmi les variables traitant de la consultation de professionnels, il ressort que la probabilité de rencontrer un médecin n'est pas influencée significativement par le fait de résider en HLM, pas plus que le fait d'avoir effectué un séjour hospitalier. En ce qui concerne cependant la consultation d'un infirmier ou d'un travailleur social, la résidence en HLM leur est associée positivement (probabilités supérieures d'en avoir rencontré), tandis que la consultation d'un dentiste l'est négativement. Nous sommes donc face à des résultats variés, dont la cohérence n'est pas toujours évidente.

121. Littérature dont témoignent, notamment, le document *L'Approche de la santé de la population en fonction du logement : cadre de recherche* (Dunn, 2002) cité plus tôt, de même que la publication *Social Determinants of Health : The Solid Facts* de l'Organisation mondiale de la santé (1998).

122. Seuil $p < 0,05$.

123. Les variables résidence et âge étant liées par une interaction.

Cela n'est pas le cas, cependant, des variables relevant l'existence d'un problème de santé, envisagé comme une condition médicale à plus long terme. Prenons d'abord en considération les résultats obtenus avec deux variables indices ayant trait aux limitations d'activité. Ainsi, si la variable indice ACLIMCON, qui traite des *accidents* avec blessures ayant entraîné une limitation d'activités ou la consultation d'un médecin, n'a pas généré un coefficient significatif pour la variable résidence, en revanche, la variable indice ACTLIM, qui traite des limitations dans les activités à cause de *maladies* ou de *problèmes de santé* (donc, une condition plus à long terme), produit, quant à elle, un résultat significatif, indiquant que les résidents de HLM sont beaucoup plus susceptibles d'être sujets à de telles limitations¹²⁴. Ces deux variables indices illustrent donc le fait que les deux populations, en ce qui concerne les limitations d'activités, se rejoignent en regard de celles qui sont d'origine accidentelle, mais diffèrent, par contre, à l'égard de celles qui sont dues aux maladies et aux problèmes de santé.

Ce résultat éclaire avec justesse, nous semble-t-il, 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. Parmi ceux-ci se trouvent les maux de dos (de colonne), l'arthrite (et le rhumatisme), la déficience mentale ou intellectuelle, la dépression, les maladies du cœur, les troubles urinaires et maladies du rein, les cas de paralysie à la suite d'une attaque cérébrale, les périodes de grande nervosité, l'incapacité due à l'obésité, les maladies de la rétine, etc. En fait, deux seulement des variables testées (et issues de la section VI du QRI) se sont révélées non significatives en regard de la variable résidence : l'hypertension et les ulcères d'estomac.

Voilà donc un peu ce à quoi aboutit cette étude de la santé des résidents de HLM. Ce groupe particulier de la population se démarque principalement en relation avec les problèmes de santé de longue durée, mais beaucoup moins en ce qui a trait à l'utilisation des ressources de santé. Ces résultats peuvent, à certains égards, sembler contradictoires, car on s'attendrait à ce qu'une population davantage affectée de problèmes de santé consomme également davantage sur le plan des ressources. Nous n'avons pas de réponse prête et assurée à opposer à cet argument. Nous pouvons, toutefois, faire valoir un certain nombre d'éléments en rapport, notamment, avec les visites aux médecins, eux qui constituent les professionnels de la santé les plus consultés (d'après les données de l'ESS).

Il est possible que les problèmes de santé, de nature temporaire ou accidentelle, forment la cause principale des visites médicales, et que les problèmes de santé de longue durée, une fois qu'ils sont diagnostiqués du moins, n'exigent que relativement peu de visites. Cette hypothèse ne peut toutefois être résolue, car cette enquête s'est attardée principalement à la question des problèmes de santé des personnes, accordant relativement peu d'importance à leurs visites médicales et aux motifs de celles-

124. Cette variable a donc été rapportée au tableau 4.2, alors que ACLIMCON a été placée au tableau 4.1.

ci¹²⁵. Cependant, il peut tout de même être opportun, afin de situer les choses, de rapporter quelles sont les prévalences, parmi la population en général (hormis les résidents de HLM), des problèmes de santé de longue durée traités dans cette étude.

Les problèmes aux pourcentages observés les plus élevés (dans la population non HLM) sont l'allergie et le rhume des foins, les maux de dos ou de colonne, et l'arthrite et le rhumatisme : leurs pourcentages sont de l'ordre de 7 % et de 8 %. Viennent ensuite les maladies du cœur, évaluées à 3,7 %, et les périodes de grande nervosité, à 3,4 %. De là, on tombe dans l'étendue du 1 % à 2 %, laquelle regroupe les problèmes de dépression, de troubles urinaires (maladies du rein), d'ulcères d'estomac, et tout autre problème de santé chronique. Les problèmes de santé de longue durée restants affichent des prévalences en deçà de 1 %¹²⁶.

Ce ne sont pas des pourcentages énormes. Il est donc possible que l'ensemble des problèmes ou des conditions de santé de courte durée, qu'ils soient dus à des raisons accidentelles ou non accidentelles (épidémie de grippe, diarrhée, grossesse, bilan médical, etc.), engendrent, sur un intervalle donné, plus de visites médicales que les problèmes à long terme, et fassent en sorte que résidents et non-résidents de HLM ne se soient pas différenciés significativement par rapport aux visites médicales (la QRI 16).

Pour ce qui est des médicaments, il se peut que la situation mixte qui y est également observée soit attribuable au fait que plusieurs des questions, parmi la quinzaine que compte la section IV du QRI (la section « Consommation de médicaments », couvrant les QRI 33 à 48), portent sur des médicaments grands publics et des produits d'utilité générale tels les onguents pour la peau (QRI 40), les vitamines et minéraux (QRI 41), les suppléments alimentaires (QRI 42), etc. Les médicaments plus spécifiques prescrits pour certains problèmes à long terme auraient pu alors être rapportés par la QRI 45, soit la question résiduelle sur les « autres médicaments ». Notons que cette question résiduelle est celle qui, à l'intérieur de la section IV, obtient le pourcentage de réponses positives le plus élevé, soit 16,5 %. S'il avait été possible d'inventorier les types de médicaments qui ont emprunté cette voie, peut-être aurions-nous pu constater que les résidents de HLM consomment effectivement davantage des médicaments associés aux problèmes de santé de longue durée. Ainsi, la relation entre problèmes de santé et médicaments utilisés aurait pu devenir plus tangible.

125. L'ISQ demandait toutefois aux personnes, à la toute fin du QAA (QAA 239), si elles consentaient à lui fournir leur numéro d'assurance maladie, afin qu'il puisse lier à leur questionnaire l'information présente dans les bases de données du gouvernement en rapport avec leur utilisation des services de santé pour une période déterminée. Par ailleurs, la QRI 50 (intégrée, avec la QRI 49, à l'indice ACLIMCON) est probablement la seule question de ce questionnaire à assurer que le répondant ait effectué au moins une visite médicale (et ce, en raison de blessures accidentelles) au cours de l'année précédente.

126. Ce sont les cas de déficience mentale ou intellectuelle, les cas de paralysie à la suite d'une attaque ou d'une hémorragie cérébrale, les périodes de confusion ou de perte de mémoire, l'incapacité due à l'obésité et les maladies de la rétine.

5.2 L'apport des modèles théoriques

Le principal constat relatif à la santé qui émerge de cette analyse des données de l'ESS est que les résidents de HLM sont davantage sujets aux problèmes de santé de longue durée. Pour leur part, les modèles théoriques exposés au chapitre 1 de cette étude-ci avançaient l'idée que l'état de santé des personnes sera influencé par leur milieu socioéconomique et par leurs conditions de logement. Après avoir traité ces thématiques aux chapitres 2 et 3, il est opportun de se demander, *a posteriori*, en quoi les éléments parcourus dans ces chapitres peuvent être reliés aux problèmes de santé éprouvés par les résidents de HLM.

5.2.1 Le logement

Le thème dont nous allons traiter en premier lieu est celui du logement, puisqu'il est le plus simple à résoudre. En effet, nous avons vu que le QRI contient relativement peu d'informations au sujet du logement : il s'en trouve un maximum d'environ vingt-cinq¹²⁷. De ce nombre, six n'étaient adressées qu'au sous-échantillon des ménages dont un des membres (ou plusieurs) avait rapporté des problèmes d'allergie ou d'asthme.

Voilà donc un premier élément à prendre en considération : par rapport au logement, la cible principale poursuivie par le QRI relativement à la santé des résidents a été la qualité de l'air intérieur. Or, de prime abord, les informations obtenues de cet angle d'observation paraissent très peu pertinentes relativement aux types de problèmes de santé qu'éprouvent les résidents de HLM, c'est-à-dire les conditions médicales de longue durée qui ont été relevées précédemment: maux de dos (QRI 76), arthrite, rhumatisme (QRI 77), déficience mentale (QRI 83), etc.

Par ailleurs, le QRI avait pris la précaution d'obtenir les informations permettant d'établir le ratio du nombre de pièces par occupant. Cet indicateur de la densité du nombre d'occupants d'un logement pouvait possiblement être pertinent par rapport à deux des problèmes de santé relevés, soit celui de la dépression (QRI 84) et celui des périodes de grande nervosité ou d'irritabilité (QRI 96). Cependant, l'écart du nombre de pièces par occupant entre ménages résidents de HLM et autres ménages locataires s'est révélé faible et non significatif. Bien que ce résultat soit tiré de l'observation des ménages locataires seulement, il indique tout de même qu'il ne faudrait pas fonder de trop grands espoirs sur la variable du nombre de pièces par occupant pour expliquer les rapports de cotes observés pour les QRI 84 et 96¹²⁸.

127. À titre de comparaison, mentionnons que la SCHL rapporte qu'une recherche qu'elle a subventionnée a étudié les conditions de logement et de voisinage de quartier parmi les enfants de deux villes de taille moyenne, et que le nombre des variables prises en considération y était de 310. On trouve un résumé de cette étude dans la publication *La Qualité du logement et la santé émotionnelle des enfants* (SCHL, 2003).

128. Autrement dit, considérant les rapports de risques (environ du double) établis entre résidents HLM et le reste de la population, nous serions étonnés que les taux de présence de ces problèmes de santé soient du même ordre parmi l'ensemble des personnes locataires, HLM ou non HLM (étant donné l'importance de ce dernier groupe).

De façon générale, toutefois, nous croyons que le peu de pertinence des variables logement tirées du QRI relativement à l'état de santé des résidents de HLM ne tient pas tant aux limites des indicateurs à notre disposition qu'à la nature et aux prévalences des problèmes de santé affectant cette population. Il serait bien difficile, croyons-nous, de vouloir faire intervenir les caractéristiques de leur logement actuel, qu'ils habitent peut-être depuis environ cinq ans¹²⁹, dans leurs problèmes de santé. Nous parlons en effet de problèmes de santé de longue durée, et dont le temps de latence peut également être assez long. Si les données de l'ESS avaient plutôt montré que les résidents se caractérisent par des problèmes comme les blessures accidentelles, qui sont réputées se produire surtout à l'intérieur du logement ou à proximité, alors celui-ci aurait pu être mis en cause. Tel n'est pas le cas, cependant. Il y a donc lieu de se demander si le lien entre le logement et la santé n'aurait pas eu davantage de chances de se manifester en s'intéressant aux logements antérieurs de ces ménages.

Le peu de pertinence du logement actuel par rapport aux problèmes de santé des personnes résidant en HLM peut également, selon nous, être appuyé par la bonne qualité relative des logements et immeubles HLM. En contexte québécois, ces immeubles constituent généralement des constructions récentes, érigées à l'intérieur d'un intervalle approximatif de dix à quelque trente ans¹³⁰. De plus, ils demeurent la propriété de l'État et, à ce titre, sont dotés par les autorités de budgets d'entretien et de rénovation présumément suffisants. Cette participation et ce soutien financier de l'État ont fait en sorte que les immeubles HLM où il y a eu des problèmes pouvant affecter la santé des résidents (par exemple, des problèmes d'humidité et de moisissures dans certains édifices) ont fait l'objet de correctifs relativement rapidement après qu'ils eurent été détectés.

Nous croyons donc que l'intérêt de résider en HLM n'est pas seulement économique, mais qu'il tient aussi à la qualité relative et à la salubrité de ces logements. Pour la grande majorité des ménages qui y sont admissibles, le logement HLM pourrait représenter une amélioration sensible de leurs conditions de logement. Bien que cela ne soit, pour l'instant, qu'une hypothèse, certains éléments nous semblent déjà militer en sa faveur, notamment la durée d'habitation plus longue de ces ménages dans leur logement actuel, comparativement à celle des autres ménages locataires¹³¹. De la même façon, il est connu que les ménages requérants d'un logement social doivent demeurer sur les listes d'attente pendant parfois plusieurs années. Il est permis de douter que ces ménages maintiendraient leur demande aussi longtemps si les logements offerts étaient de moins bonne qualité que ceux dont ils disposent déjà, ou d'autres qui se libèrent sur le marché locatif.

Des arguments de nature juridique pourraient également être invoqués à l'appui de cette hypothèse. Ceux-ci proviennent du Règlement sur l'attribution des logements à loyer modique¹³². Sans entrer dans les détails, mentionnons simplement qu'à l'égard du ménage requérant deux des six critères obligatoires

129. Estimation grossière, d'après les données du tableau 3.1.

130. De fait, les HLM construits dans les quartiers centraux, spécialement les complexes imposants des premières années du programme, sont bien souvent venus remplacer des logements âgés et passablement détériorés.

131. Voir le tableau 3.1.

132. Règlement qui, comme l'indique son titre, gouverne le processus d'attribution des HLM.

pris en considération par ce règlement visent la dimension santé et salubrité du logement actuel des requérants : l'un des critères vise les « déficiences d'habitabilité » de ce logement, et l'autre, son état de surpeuplement potentiel¹³³.

Plus récemment, ce même règlement s'est ouvert aux ménages résidents de HLM eux-mêmes, afin que toute demande de relocalisation dans un autre logement HLM, formulée par l'un d'eux en raison d'un problème de santé ou de sécurité pour l'un des membres du ménage en regard du logement actuel, figure au nombre des demandes définies comme prioritaires. Donc, que ce soit pour les requérants ou les résidents, le système présume qu'un logement HLM viendra apporter une solution à certains problèmes de logement susceptibles d'interférer négativement sur la santé des personnes.

5.2.2 Le milieu socioéconomique

L'autre dimension retenue des modèles théoriques utilisés pour expliquer l'état de santé des personnes est celle de leur milieu socioéconomique, ce qui se ramène le plus souvent au revenu des ménages. Différents indicateurs de cette dernière variable ont été présentés au chapitre 2, notamment l'indice de suffisance du revenu (tableau 2.6), le revenu brut (tableau 2.7) et le statut d'activité du répondant principal (tableau 2.8). Les comparaisons ainsi faites entre la population des résidents de HLM et celle des non-résidents confirmaient généralement que les ménages résidents disposent de plus faibles revenus, ce qui était attendu, bien sûr, étant donné le filtrage exercé en cette matière par le processus de sélection des locataires de HLM.

Puisque les données de l'ESS indiquent également que les résidents de HLM connaissent un plus grand nombre de problèmes de santé (même en contrôlant le groupe d'âge), elles confirment donc, sur un plan général, qu'il y a une association entre les revenus des ménages et l'état de santé de leurs membres. Cependant, les modèles théoriques de la santé esquissés au chapitre 1 vont généralement plus loin que le simple constat d'une association. Ils postulent, ni plus ni moins, un lien de cause à effet entre les revenus et la santé. Cette 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 revenus, mauvaise santé), alors qu'un revenu élevé préviendrait ou atténuerait ceux-ci (bons revenus, bonne santé).

Intuitivement, cet argument est très attrayant. Toutefois, tenant compte du fait, notamment, que l'Enquête sociale et de santé est une enquête transversale, nous ne croyons pas qu'elle offre une perspective historique suffisante sur les ménages interviewés pour confirmer ou infirmer un tel lien de causalité. Ce que nous avons trouvé est que les personnes résidentes en HLM ont plus tendance à présenter des problèmes de santé de longue durée. Cependant, l'enquête ne nous renseigne pas quant à la durée précise depuis laquelle la personne est affectée de ce ou ces problèmes de santé.

133. Il faut donc en retenir que la demande de logement social n'est pas évaluée qu'en fonction de la situation économique du ménage.

En ce qui concerne la durée de la condition socioéconomique, la situation semble un peu mieux circonscrite, puisque nous disposons, à tout le moins, de la durée d'habitation dans le logement actuel, ce qui, dans le cas des ménages résidents de HLM, procure une approximation minimale de la durée de leur condition socioéconomique actuelle. Cependant, les durées antérieures pertinentes écoulées par ces ménages, notamment en tant que requérants à un logement social, restent inconnues¹³⁴. Ne pouvant déterminer si la situation économique plus difficile est apparue avant le problème de santé de longue durée, il ne serait donc guère possible de prendre position par rapport à la justesse de ce lien de causalité présumé. Car si c'est la situation de maladie qui précède celle de pauvreté, il devient possible de renverser l'argument et de faire valoir que c'est peut-être le problème de santé qui a pu créer la situation de pauvreté du ménage¹³⁵. Parmi l'ensemble des ménages résidents de HLM, il y aurait assurément des cas qui se rapprochent de cette interprétation, et d'autres qui se rapprocheraient davantage de la vision plus classique que l'on retrouve dans les modèles théoriques. Toutefois, dans sa forme actuelle, l'enquête ne nous permet pas de déterminer quelle situation correspond à celle du plus grand nombre.

S'il est préférable de renoncer à ces préoccupations plus larges, il convient cependant de tirer de l'étude tout ce qui peut être pertinent en rapport avec les préoccupations de son auditoire premier, soit celui de la SHQ et des organismes œuvrant en logement social. À cet égard, il y a lieu, en particulier, de se demander comment les résultats de cette étude peuvent éclairer le fonctionnement du logement social en tant que système. Pour expliquer cette prévalence de personnes résidentes avec des problèmes chroniques de santé, la première explication qui vient à l'esprit est probablement celle d'une politique de préférence quelconque. Nous avons déjà soulevé cette possibilité, à la fin du chapitre 4, concernant plus spécifiquement les personnes avec incapacité (handicap), et nous avons conclu cette discussion par la négative. Ce qui peut se produire, cependant, est que le système d'attribution de ces logements, et notamment le temps d'attente, fait en sorte que les ménages qui sont pauvres depuis un certain temps déjà seraient, en vertu du système, favorisés par rapport aux pauvres plus récents.

Or ce critère de stabilité dans les bas revenus sera plus aisément satisfait par des personnes qui sont aux prises avec des problèmes de santé de longue durée. Toutes choses étant égales par ailleurs, ceux 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. Ainsi, les requérants à un logement HLM qui n'éprouvent pas de problèmes chroniques de santé risquent plus de connaître un changement de situation (déménagement, emploi, etc.) qui rende caduque leur demande de logement social ou qui les relègue plus bas dans l'ordre de classement de ces demandes. Quant aux ménages

134. Il n'est vraiment pas sûr que la durée de cette condition socioéconomique pourrait être précisée davantage à l'aide des informations fournies par les QAA 234 (autoperception du répondant de sa situation économique) et QAA 235 (durée de cette situation économique perçue). Ces informations représentent plutôt des ordres de grandeur, empreints sans doute de subjectivité, par rapport à la dimension temps, et ne sont guère assimilables à des durées réelles et fiables.

135. Par ailleurs, il faut bien admettre que la situation de maladie, une fois présente, est certes de nature à réduire la capacité de gagner des revenus.

déjà résidents de HLM qui n'ont pas de problèmes chroniques de santé, ils risquent peut-être davantage, eux aussi, de quitter ce logement à la suite d'un emploi ou d'une autre occasion qui les y incitera. De leur côté, les personnes avec des problèmes chroniques de santé seraient plus stables et persévérantes dans ce système, ce qui pourrait avoir un effet cumulatif sur leur présence en HLM.

5.3 Perspectives

Cette première étude de la santé des résidents de HLM nous indique généralement qu'il s'agit d'une population relativement particulière sur ce plan, puisqu'on y a observé, notamment, une plus grande prévalence de problèmes de santé à long terme. Ces problèmes de santé pourraient avoir, ou avoir eu, un effet négatif marqué et durable sur les revenus de ces ménages, qui expliquerait qu'ils soient proportionnellement plus nombreux en HLM que dans le reste de la population. 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 nouvel échantillon. La probabilité qu'un résultat donné non fondé puisse être observé dans deux échantillons indépendants devient tout à fait minime. D'autres sources de données relatives à la santé existent; elles sont généralement offertes par les organismes statistiques gouvernementaux, soit l'ISQ et Statistique Canada.

Du côté de l'ISQ, l'Enquête sociale et de santé (ESS) n'a pas été reprise après l'édition 1998 que nous avons utilisée. Si l'on veut refaire une nouvelle étude, il faut plutôt songer à utiliser l'enquête qui prend le relais de l'ESS, soit l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), que pilote Statistique Canada et qui a officiellement démarré en 2000. Cette enquête se veut biennale. Chaque période de deux ans correspond à un « cycle » de l'enquête. Chaque cycle comprend deux questionnaires administrés séparément, un durant l'année initiale du cycle, et l'autre durant l'année de clôture. Le questionnaire administré durant la première année a un contenu relativement stable d'un cycle à l'autre, ce qui permettra de voir les tendances. Comme il reprend plusieurs des préoccupations de l'ESS, il est celui qu'il conviendrait d'utiliser pour établir des comparaisons avec la présente étude. Le second questionnaire est thématique, et cette thématique est particulière à chaque cycle¹³⁶.

Au Québec, les cycles «1» de l'ESCC ont un objectif échantillonnal de ménages répondants sensiblement supérieur à celui de l'ESS. Ainsi, l'édition 1998 de cette dernière comptait 11 986 ménages répondants, tandis que le cycle 1.1 de l'ESCC (soit l'enquête de 2000-2001) en a obtenu 20 903¹³⁷. Il est donc permis de penser que les données d'un cycle subséquent de l'ESCC permettraient de disposer d'un plus grand nombre de ménages québécois résidant dans des logements sociaux. Les variables communes à ce cycle et à l'édition 1998 de l'ESS permettraient de valider les résultats de cette étude-ci, tandis que ses variables particulières permettraient de jeter de nouveaux éclairages sur la santé de cette

136. Ainsi, le cycle 1.2 a porté sur la santé mentale et le bien-être, alors que le cycle 2.2 a porté sur la nutrition – voir la page http://www.statcan.ca/francais/rdc/whatdata_f.htm.

137. D'après les données du tableau 9.1 du *Guide du fichier de microdonnées du cycle 1.1 de l'ESCC* (enquête de 2000-2001).

population. Le portrait socioéconomique pourrait également être approfondi. Nous croyons donc qu'une autre étude faite sur cette base pourrait être bénéfique et utile à plusieurs titres, étant donné l'intérêt et la nouveauté du sujet.

Bibliographie

- BURNEY, P.G. *et al.* (1994). « The European Community Respiratory Health Survey », *European Respiratory Journal*, vol. 7, n° 5, p. 954-960.
- CAMIRAND, Jocelyne *et al.* (2001). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998 (EQLA)*, Institut de la statistique du Québec, 516 p.
- DAVELUY, Carole, L. Pica, N. Audet, R. Courtemanche, F. Lapointe, L. Côté et J. Baulne (2001). *Enquête sociale et de santé 1998 : cahier technique et méthodologique : documentation générale*, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, 133 p., et *Cahier technique et méthodologique : définition et composition des indices*, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, 215 p.
- DAVELUY, C., L. Pica, N. Audet, R. Courtemanche, F. Lapointe *et al.* (2000). *Enquête sociale et de santé 1998, 2^e édition*, Institut de la statistique du Québec, 642 p. et annexes.
- DUNN, James R. (2002). *L'Approche de la santé de la population en fonction du logement : cadre de recherche*. Rapport de recherche. Série sur les besoins particuliers de logement. Société canadienne d'hypothèques et de logement, avril 2002, 75 p.
- FALTA, Patricia *et al.*, « Habitation et besoins d'aménagements spéciaux », p. 189-205 dans CAMIRAND J. *et al.* (2001).
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Rapport du Vérificateur général du Québec*, année 1994-1995, paragraphe 17.24, p. 280.
- LEVESQUE, Benoît *et al.* (2001). « Enquête sociale et de santé de 1998 au Québec : divers déterminants des maladies chroniques respiratoires », *Revue canadienne de santé publique*, 92(3), mai-juin 2001, p. 228-232.
- LEVASSEUR, Madeleine, « Perception de l'état de santé », chapitre 12, p. 259-271, dans DAVELUY, C. *et al.* (2000).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1998). *Social Determinants of Health : The Solid Facts* (édité par Richard Wilkinson et Michael Marmot, non paginé).
- PICA, Lucille *et al.*, « Sources et justifications des questions », *Cahier technique et méthodologique*, vol. 1, partie II, 2001, p. 59-140, dans DAVELUY, C. *et al.* (2001).
- ROY, Claude et Danielle Maltais (2004). *Guide de dépistage de la perte d'autonomie des personnes âgées habitant un logement à loyer modique*, 2^e éd., Société d'habitation du Québec et Regroupement des offices d'habitation du Québec, 11 p.
- SCHL (2005). *Bulletin du Comité national de recherche sur le logement*, Société canadienne d'hypothèques et de logement, printemps 2005, 16 p.
- SCHL (2003). *La Qualité du logement et la santé émotionnelle des enfants*. Série socioéconomique 03-021. Société canadienne d'hypothèques et de logement, décembre 2003, 5 p.
- SHQ, Direction de l'habitation sociale. *Gestion du logement social : règlements, normes et directives*. Société d'habitation du Québec (recueil administratif mis à jour périodiquement, pagination par section).
- SHQ (2004). *Rapport annuel de gestion 2003*, Société d'habitation du Québec, 93 p.
- SHQ (2004). *Les Résidents d'habitation à loyer modique (HLM)*, François Rivest, février.
- SHQ, Direction des études et conseils techniques (1992). *Cadre normatif SHQ 1992*. Société d'habitation du Québec.
- STATISTIQUE CANADA. Page http://www.statcan.ca/francais/rdc/whatdata_f.htm datée du 15 juillet 2005.
- STATISTIQUE CANADA (2004). « Profil de l'incapacité en 2001 », *Tendances sociales canadiennes*, printemps 2004, p. 15 à 20.
- STATISTIQUE CANADA (2000-2001). *Guide du fichier de microdonnées à grande diffusion du cycle 1.1 de l'ESCC*, 80 p.

ANNEXE 1

[tiré de Daveluy et al. (2000), p. 53]

Introduction générale

À l'instar de tous les pays industrialisés, la société québécoise a mis en place un système de santé et de services sociaux visant à améliorer l'état de santé et de bien-être de la population. Pour des raisons liées à la démographie, à la culture, à l'éducation ou à l'économie, les besoins de la population en matière de santé et de bien-être sont en perpétuelle mouvance. La mesure de l'état de santé, effectuée à intervalles réguliers, permet d'apprécier l'atteinte des objectifs que le Québec s'est donnés à cet effet, et, au besoin, d'en fixer de nouveaux ou de consolider les acquis.

Les enquêtes sur l'état de santé et de bien-être de la population québécoise réalisées par Santé Québec, devenu, depuis le 1^{er} avril 1999, la Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), servent à recueillir des renseignements contribuant à la détermination des besoins et des secteurs d'intervention prioritaires, à l'allocation des ressources et à l'évaluation des programmes. De ce fait, elles sont utiles non seulement au Ministère (MSSS) et aux Régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS), mais également aux autres composantes du réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'à d'autres utilisateurs.

L'*Enquête sociale et de santé 1998* s'inscrit dans le prolongement de l'enquête *Santé Québec 1987* et de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* dont elle reprend en grande partie les thèmes et les mesures assurant de cette façon une surveillance de l'état de santé et de bien-être et des facteurs qui y sont associés. Elle a aussi la particularité d'aborder plusieurs nouveaux sujets et d'approfondir des aspects traités dans les enquêtes antérieures.

La présente enquête poursuit les objectifs généraux suivants :

- fournir des renseignements utiles à l'évaluation et au suivi de la *Politique de la santé et du bien-être (PSBE)* et des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002 (PNSP)*;
- fournir aux décideurs et aux chercheurs du MSSS, du réseau et d'autres milieux une source d'information sur la population québécoise en ce qui concerne les habitudes de vie, la santé physique et mentale, les milieux et conditions de vie, ainsi que la consommation de services;
- suivre les tendances des indicateurs présents dans les enquêtes antérieures;
- analyser les variations des observations en fonction des caractéristiques démographiques, socioculturelles et socioéconomiques;
- assurer la représentativité des données régionales et permettre la comparabilité entre les régions et avec l'ensemble du Québec.

ANNEXE 2

DONNÉES SUR L'ÉCHANTILLON INITIAL DES 269 ADRESSES JUMELÉES

Le tableau A2.1 place côte à côte deux ventilations relativement au bloc initial des 269 premières adresses jumelées (adresses de ménages répondants, identifiées comme des logements HLM)¹³⁸. Dans la partie gauche du tableau (partie 1) se trouve la ventilation du nombre de ménages brut (non pondéré) par région administrative, et dans la partie droite (partie 2), la ventilation par volet du programme HLM¹³⁹. Nous allons tenter de voir comment ces deux distributions (brutes ou non pondérées) se comparent avec des données populationnelles.

Il est à noter que, des deux variables présentées dans ce tableau, seule celle de la région sociosanitaire (à la partie 1 du tableau A2.1) a été conservée dans le fichier des données d'enquête qui nous a été transmis par l'ISQ.

Région administrative

Étant donné la disponibilité de données censitaires selon de multiples recoupements territoriaux, la répartition géographique d'un échantillon est souvent considérée comme un indicateur privilégié de sa représentativité. Aux fins de l'Enquête sociale et de santé toutefois, le lieu de résidence des ménages n'est pas une caractéristique (variable) que les responsables de l'enquête ont laissé librement varier, puisque la région administrative, une variable qui lui est hiérarchiquement supérieure, constituait l'une des variables de stratification du plan échantillonnal¹⁴⁰. L'objectif de cette stratification était d'obtenir des tailles échantillonnelles adéquates pour chacune des régions administratives.

Il n'est donc pas possible de comparer ces effectifs bruts par région à des données populationnelles. Toutefois, à l'intérieur des régions, le fait d'appartenir au groupe événement ou au groupe de référence (résident de HLM ou non) n'était pas contrôlé par le plan échantillonnal. Le rendement échantillonnal à cet égard peut conséquemment être brièvement examiné et commenté.

La répartition par région administrative des 269 adresses jumelées indique une dispersion satisfaisante du groupe événement, puisque l'effectif est partout supérieur à 0. Donc, aucune région n'est absente en bloc du sous-échantillon des ménages résidant en HLM. L'étendue des effectifs par région va de 5 (région 03 « Capitale-Nationale ») à 32 (région 06 « Montréal »). Évidemment, il aurait été préférable que la région 03, l'une des plus populeuses, soit un peu mieux

138. Les deux tableaux de cette annexe n'ont pu être mis à jour pour tenir compte des 36 adresses jumelées ultérieurement.

139. Cette dernière ventilation est subdivisée selon le « code de catégorie de projet », une typologie plus fine utilisée par la SHQ.

140. Une autre variable du plan échantillonnal a pu avoir une certaine incidence sur la région de résidence des ménages échantillonnés, soit la variable des « aires homogènes ». Une courte description de cette variable et du plan de sondage de l'Enquête apparaît dans Daveluy *et al.* (2000), p. 59 et suiv.

garnie, mais, considérant que nous n'avons pas l'intention de procéder à une analyse régionale, son faible effectif ne pose pas vraiment de problème.

Tableau A2.1

Répartition selon 1- la région administrative et 2- le type de mandataire du programme HLM du bloc des 269 premières adresses de l'échantillon ESS 1998 désignées comme correspondant à des adresses de logement HLM				
Partie 1		Partie 2		
Région administrative	N	Type de mandataire	Code de catégorie de projet	N
01 = Bas-Saint-Laurent	16	OMH (municipalités)	155 = log. famille/retraité	86
02 = Saguenay–Lac-Saint-Jean	22		555 = régulier urbain	121
03 = Capitale-Nationale	5		955 = régulier rural	10
04 = Mauricie	12		556 = Soc. gest. imm. ²	9
05 = Estrie	11	Total partiel (226)		
06 = Montréal	32			
07 = Outaouais	31			
08 = Abitibi-Témiscamingue	10	Coop-Obnl	550 = OBNL urbain	11
09 = Côte-Nord	21		560 = COOP urbain	5
10 = Nord-du-Québec	23	Total partiel (16)		
11 = Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	22			
12 = Chaudière-Appalaches	9			
13 = Laval	16	Autochtones	953 = log. locataire rural	18
14 = Lanaudière	9	hors réserve	957 = log. locataire urbain	9
15 = Laurentides	10	Total partiel (27)		
16 = Montérégie	14			
17 = Centre-du-Québec ¹	6			
Total	269	Total 269		

1. En 1998, quand s'est effectué le terrain de l'Enquête sociale et de santé, la région administrative 17 n'existait pas; elle faisait partie de la région 04. Son effectif a été détaché dans ce tableau simplement pour se conformer à la typologie actuelle.
2. Soc. gest. imm. = Société de gestion immobilière (SGI), une filiale de la SHQ qui, au fil des ans, a dû se porter acquéreur de sept ensembles immobiliers. Bien qu'ils soient subventionnés DX, deux seulement de ces ensembles utiliseraient le bail type HLM, c'est-à-dire le bail selon lequel le loyer est fixé à 25 % des revenus du ménage (plus certains montants forfaitaires pour l'électricité, le stationnement, etc.).

Type de mandataire du programme HLM

La partie 2 du tableau A2.1 présentait la distribution du bloc initial des 269 observations du groupe événement en fonction du type de mandataire du programme HLM, une variable non contrôlée du plan échantillonnal.

Cette distribution peut être comparée à celle du nombre total (réel) de logements par type de mandataire, telle qu'on la retrouve au tableau 1.1 (du chapitre 1). Ces deux distributions sont rapportées au tableau A2.2. La comparaison des pourcentages pertinents (c'est-à-dire sans tenir compte du type de mandataire inuit) indique une concordance satisfaisante de ces distributions.

Tableau A2.2

Répartition de l'univers des logements de type HLM (financés DX) et de l'échantillon non pondéré des HLM selon le type de mandataire, Québec, 1998

Type de mandataire	Univers des logements DX		Échantillon ISQ non pondéré	
	Nombre	%	Nombre	%
OMH	62 626	90,1	226	84,0
Coop-OBNL	5 008	7,2	16	5,9
Autochtones hors réserve	1 882	2,7	27	10,0
Inuits (non inclus)	---	---	---	---
Total	69 516	100,0	269	100,0

Source : Enquête sociale et de santé 1998.

Les logements les plus nombreux (gérés par les OMH) sont bien représentés, avec 84 % de l'échantillon comparativement à 90 % de l'univers. Il en va de même des coops et des OBNL. Toutefois, il y a un écart qu'il convient de relever concernant le volet Autochtones hors réserve, qui est surreprésenté de plus de trois fois dans l'échantillon. Si l'on se réfère au tableau A2.1, on constate que, parmi les quatre « codes de catégorie de projet » inscrits et rattachés aux volets Coop-OBNL et Autochtones hors réserve¹⁴¹, c'est le code 953 (Autochtones hors réserve en milieu rural) qui recueille le plus de ménages HLM, soit dix-huit, alors pourtant que son univers n'est que de 775 unités¹⁴².

141. D'autres codes de catégorie de projet rattachés à ces deux volets avaient été retenus, mais n'ont recueilli aucun ménage dans l'échantillon ESS. Le plus important était le code de catégorie 950 (OBNL rural), dont l'univers est de 296 logements.

142. Données de programmes de la SHQ.

Ce taux élevé d'adresses jumelées pour ce code de catégorie de projet pourrait être attribuable, du moins dans une certaine mesure, à l'effet du plan échantillonnal de l'ESS 1998. En effet, l'objectif d'obtenir une taille d'échantillon adéquate pour chacune des régions administratives résulte finalement en un taux d'échantillonnage sensiblement plus élevé dans les régions administratives intermédiaires et éloignées. À l'échelle du Québec, cela se traduit globalement par des probabilités supérieures d'être inclus dans l'échantillon ESS lorsque le ménage habite une région à caractère rural. De plus, l'effet de ce facteur serait accru par la taille relativement modeste des ensembles immobiliers HLM de cette catégorie de projet (catégorie 953) et, conséquemment, leur plus grande dispersion géographique. Il est admis qu'un plan échantillonnal en vertu duquel l'unité primaire d'échantillonnage est constituée de zones géographiques (tel que l'est le plan de l'ESS) va, à long terme, favoriser les unités secondaires (ensembles immobiliers) davantage dispersées sur le territoire.

Si ce raisonnement est juste, il serait bien probable que l'application de la pondération à ces 269 ménages rapprocherait les pourcentages établis à partir des données échantillonales de leurs équivalents populationnels, tels qu'on les retrouve au tableau A2.2.

Conclusion et effet relatif à la confidentialité des données

Bref, les répartitions observées aux tableaux A2.1 et A2.2 nous paraissent satisfaisantes, compte tenu du plan échantillonnal complexe de l'enquête. De plus, le fait d'avoir augmenté la taille échantillonnale de 269 à 305 observations devrait normalement avoir favorisé une atténuation des écarts relativement aux effectifs bruts par région (partie 1 du tableau A2.1) et relativement aux pourcentages que l'on retrouverait pour les données échantillonales des types de mandataires au tableau A2.2.

Des contraintes de temps et les exigences relatives à la confidentialité des données ont fait en sorte que nous n'avons pu réexécuter les distributions des parties 1 et 2 du tableau A2.1 pour l'ensemble des 305 ménages répondants qui ont finalement été identifiés comme résidant en HLM. En effet, dès que cette opération fut terminée, la liste des numéros (d'observation) des ménages jumelés a dû être transmise au service hôte de l'ISQ, et un temps d'arrêt nous fut alors demandé.

À partir de cette liste des numéros de ménages, l'ISQ a créé une variable dichotomique simple différenciant les ménages résident en HLM des autres. Cette variable a ensuite été introduite dans la version du fichier des données d'enquête (de l'ESS 1998) qui nous était destinée. Quant aux numéros de ménage originaux figurant sur cette version, ils ont été brouillés. Finalement, l'ISQ a supprimé notre accès au fichier d'adresses des ménages répondants de l'enquête.

Lorsque nous avons pu reprendre le travail, toutes ces mesures de sécurité de l'information ont fait en sorte qu'il ne nous était plus possible d'établir quelque lien que ce soit entre un ménage

échantillonné et toute information présente sur le fichier d'adresses de la SHQ (telle que celle du code de catégorie de projet), puisque le lien entre ces deux sources, c'est-à-dire le fichier d'adresses des ménages répondants à l'ESS, avait disparu. De plus, nous étions tenu par l'ISQ de ne bâtir aucun tableau, ni regroupement de variables, qui aurait eu pour effet de particulariser tout groupe de ménages ou de personnes et de risquer de compromettre la confidentialité de leurs réponses à l'enquête¹⁴³.

143. L'ISQ se réservait d'ailleurs un droit de regard sur tout document et tout tableau produit sur notre poste de travail.

ANNEXE 3

LE LOGEMENT SOCIAL ET LES PERSONNES AVEC INCAPACITÉ

Émergence de la notion de mixité

À la fin des années 1960, alors que le gouvernement du Québec est devenu (par entente avec le gouvernement fédéral) l'instance décisionnelle relativement au logement social, le contexte général voulait que les personnes que l'on désignait comme handicapées (c'est-à-dire les personnes avec incapacité permanente restreignant la mobilité) soient regroupées dans des bâtiments distincts, aménagés spécialement pour eux. Or cette conception, lorsqu'elle a été appliquée au logement social, semble avoir gêné le développement de logements adaptés pour cette clientèle, car elle entraînait des coûts de construction supérieurs pour le ou les bâtiments visés, alors que les budgets, de leur part, ne prévoyaient pas d'enveloppe réservée à cette fin. Ainsi, une note interne de la SHQ indique « qu'en 1979 le stock de logements (sociaux) adaptés pour les personnes handicapées s'élevait à 160 unités¹⁴⁴ », ce qui est bien peu par rapport à un total à l'époque, dans le volet « public-régulier¹⁴⁵ », qu'on peut estimer à approximativement 29 000 unités.

Au cours des années 1970 cependant, des projets expérimentaux réalisés ailleurs (autres provinces, États-Unis, Europe) remettaient en cause cette vision traditionnelle des choses, et des bâtiments conçus pour une clientèle mixte commençaient à être construits. Ainsi, dans les autres provinces canadiennes par exemple, des projets de logements à loyer modique de même que des coopératives prévoyant la mixité des personnes avec et sans handicap étaient approuvés par la SCHL et voyaient le jour¹⁴⁶.

La documentation d'époque de la SHQ indique toutefois que, dans le logement social québécois, le changement de perspective s'est effectué dans le contexte de l'adoption par le gouvernement québécois, en 1978, de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées, une loi-cadre en vertu de laquelle, notamment, un organisme chargé de la promotion de ces personnes était créé, soit l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ). Dans la foulée de cette loi, et en collaboration avec l'OPHQ, la SHQ s'est ensuite donné un programme de travail.

Plan d'action initial des instances québécoises du logement social

Une des premières initiatives du gouvernement québécois a été de modifier le Règlement sur l'attribution des logements à loyer modique. Ce règlement compte six critères obligatoires à prendre en considération dans le pointage d'un ménage requérant, et l'un de ceux-ci concerne « la qualité physique du logement actuel » du ménage. Le gouvernement a alors introduit un critère alternatif dans le règlement afin que le logement des ménages comptant une personne handicapée soit plutôt évalué en fonction des barrières

144. SHQ, « Mise en place d'une politique d'accessibilité universelle dans les logements de type HLM » (note non signée, circa 1979), p. 2 de 3.

145. Il a été mentionné au chapitre 1 que le volet public-régulier regroupe les HLM administrés par les offices municipaux d'habitation (OMH). Le tableau A2.2 indiquait qu'ils comptent pour 90 % des HLM couverts, en principe, par le plan échantillonnal de l'Enquête sociale et de santé 1998.

146. Source : SCHL, citée par Falta *et al.*, « Habitation et besoins d'aménagements spéciaux », dans Camirand *et al.* (2001), p. 189.

architecturales qu'il impose à cette personne. De plus, ce critère alternatif a été crédité de 5 points supplémentaires, soit 30 au lieu de 25¹⁴⁷.

Une ouverture juridique ne garantit pas toutefois de la disponibilité réelle de logements pour personnes handicapées. À cette fin, la SHQ a élaboré d'abord des normes dites d'« accessibilité universelle ». Ces normes visaient une meilleure conception des logements, notamment par l'élimination de certaines barrières architecturale, tant à l'entrée des logements eux-mêmes qu'à la porte principale de l'immeuble. Elles étaient applicables « à tous les nouveaux bâtiments de la programmation 1979 et des suivantes dont la conception s'est faite après le 5 février 1980¹⁴⁸ ». Dans le secteur public-régulier, on peut estimer à 30 000 environ le nombre de logements HLM construits selon ces normes.

Ces normes d'accessibilité universelle constituent des paramètres de base, faisant en sorte qu'un logement puisse, éventuellement, être *adapté* à coût raisonnable en fonction des besoins particuliers d'une personne handicapée qui compte l'habiter¹⁴⁹. Les adaptations permises comprennent le dégagement du bas des comptoirs de lavabo, la pose de barres d'appui au-dessus du bain, etc. Une liste plus complète de ces adaptations se trouve à la section « Adaptations complémentaires pour personnes handicapées » du document *Cadre normatif SHQ 1992*, « partie 2 : prescriptions¹⁵⁰ ». Notons toutefois que le Règlement sur l'attribution des logements à loyer modique exige qu'un requérant à un logement ait pris les mesures pour être « autonome [...] dans la satisfaction de ses besoins essentiels [...] »¹⁵¹. Les adaptations permises doivent donc être considérées comme des « adaptations mineures [...] elles n'ont pas pour but de doter le bâtiment et le logement d'équipement dispendieux de type hospitalier¹⁵² ».

La réalisation de ces adaptations nécessite l'allocation de fonds à cet effet par le gouvernement. Il semble également que certains budgets spéciaux aient permis d'adapter des logements dans des immeubles HLM construits avant l'implantation des normes d'accessibilité universelle (1980). L'ensemble de ces travaux ont suscité la création d'un champ d'information particulier dans les bases de données de la SHQ, qui permet à cette dernière de connaître le nombre de logements HLM adaptés. Ce champ d'information inclurait également les logements (plus rares) ayant été originellement conçus à l'intention d'une clientèle de personnes vivant avec certains profils d'incapacités¹⁵³.

147. Notons que les six critères obligatoires totalisent un maximum de 120 points, ou 125 si le ménage compte une personne handicapée. Quarante points supplémentaires peuvent être attribués par l'entremise de critères facultatifs.

148. SHQ, note intitulée « Politique de la S.H.Q. envers les personnes handicapées », septembre 1982, p. 1 (de 2).

149. Il est même recommandé qu'une entente particulière entre le locateur et le locataire soit conclue à cet effet.

150. SHQ (1992). Plusieurs de ces « prescriptions » sont reprises dans le guide *Gestion du logement social* (SHQ) *op. cit.* (voir le chapitre E, section 3, sujet 1).

151. Règlement sur l'attribution des logements à loyer modique, article 14, paragraphe 2.

152. Voir SHQ (1992), *op. cit.*, section « Adaptations complémentaires... », p. 2 de 4.

153. Telles que les 160 unités déjà existantes en 1979.

Taux de logements adaptés dans les HLM des secteurs public et privé

Cette dernière forme, le logement adapté dès sa conception, correspond davantage à ce que l'on peut trouver dans les HLM du volet dit « privé-régulier ». Ce volet de programme, qui s'est développé à partir de la fin des années 1970 à la suite de l'amendement de la loi-cadre fédérale, s'applique aux HLM gérés par les coopératives d'habitation et les organismes à but non lucratif. Le logement adapté est un créneau que ces organismes ont explicitement cherché à développer ; conséquemment, on y retrouve un taux de logements adaptés de l'ordre de 22,4 %.

Le gros de l'univers HLM est constitué toutefois des HLM publics. Ce sont ceux pour lesquels, généralement, l'adaptation d'un logement, si elle est requise, se fait en cours de vie utile du bâtiment. Le taux de logements adaptés y est de 1,6 %. Tous secteurs HLM confondus (le privé, le public et l'autochtone hors réserve), le taux de logements adaptés parmi les catégories de projets HLM incluses dans la couverture de l'Enquête sociale et de santé est de 3,1 %. En postulant qu'un logement, une fois adapté, conserve par la suite des locataires ayant ce profil¹⁵⁴, ce pourcentage de logements adaptés peut être considéré comme le pourcentage des ménages résidant en HLM comptant au moins une personne avec incapacité.

Taux de logements adaptés dans l'échantillon de l'ESS des ménages résidant en HLM

Il aurait été très intéressant que nous puissions vérifier si l'échantillon de HLM circonscrit dans l'ESS de 1998 (les 305 ménages résidents) se conforme à cette estimation de 3,1 % de logements adaptés dans l'univers HLM. Cependant, le champ d'information créé dans les bases de données de la SHQ a pour unité l'ensemble immobilier, et non pas les adresses individuelles des logements. Nous ne pouvons donc établir le pourcentage de logements HLM adaptés parmi l'échantillon de l'ESS. Rappelons toutefois que le tableau A2.2 indiquait qu'il y avait relativement peu de HLM du secteur privé parmi le bloc des 269 premières adresses jumelées¹⁵⁵. Cet indice nous porte à croire que la proportion de logements adaptés dans l'échantillon pourrait être davantage proche de celle des HLM du secteur public (1,6 %) que de celle combinant l'ensemble des secteurs (3,1 %).

Taux de logements adaptés parmi l'ensemble des ménages privés

Nous en arrivons maintenant au nœud de la question : vérifier dans quelle mesure notre estimation du pourcentage de logements adaptés dans l'échantillon des ménages résidant en HLM, laquelle devrait se situer dans la fourchette allant de 1,6 % à 3,1 % des logements, se compare à ce que l'on retrouve dans les ménages non HLM. Évidemment, pour les besoins de la cause, ceux-ci seront confondus à

154. Si l'on en juge par la note interne de la SHQ : « Mise en place d'une politique d'accessibilité universelle dans les logements de type HLM » (note non signée, circa 1979, déjà citée), p. 2 de 3, il semble que cela n'ait pas toujours été le cas, puisqu'on y mentionne qu'« auparavant on constatait que les logements spéciaux pour personnes handicapées n'étaient pas occupés par la bonne clientèle ou même étaient gardés vacants en attente d'un locataire handicapé ».

155. Seize logements HLM du type Coop-OBNL, sur un total de 269, soit 5,9 % de l'ensemble initial.

l'ensemble des ménages privés. En d'autres termes, il faut tenter de déterminer si les efforts consentis par le gouvernement afin d'augmenter l'offre de logements HLM adaptés depuis 1980 ont abouti à une situation de surpondération de ces logements par rapport à ce qui existe dans la population. Une telle situation, si elle s'avérait fondée, pourrait devenir un élément important à prendre en considération pour expliquer les probabilités supérieures observées chez les résidents de HLM d'être sujets à des incapacités.

Pour répondre à cette question, nous avons regardé d'abord du côté des rapports généraux portant, l'un, sur l'Enquête sociale et de santé 1998, et l'autre, sur l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998 (EQLA), une enquête de l'ISQ associée à la première¹⁵⁶. Finalement, nous avons également consulté un article faisant état des principaux résultats de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA), une enquête post-censitaire effectuée par Statistique Canada (en 2001) pour le compte du ministère du Développement des ressources humaines (Canada).

Les deux enquêtes portant sur les limitations d'activités, soit l'EQLA et l'EPLA, ont été réalisées à trois ans d'intervalle et ont chacune un questionnaire qui leur est propre. Toutefois, il convient de mentionner que l'une et l'autre ont adopté une perspective relativement large et se sont intéressées à toutes les conditions d'incapacité, qu'elles soient temporaires ou permanentes. Conséquemment, il faut faire preuve de nuance dans l'utilisation des résultats à des fins de comparaison avec l'univers HLM, car il est entendu que les logements HLM (du moins) ne seront adaptés qu'à la faveur d'une condition permanente.

Enquête sociale et de santé 1998

Le rapport précité de l'ISQ sur l'Enquête sociale et de santé 1998 contient un chapitre sur « l'incapacité et les limitations d'activité¹⁵⁷ », mais les données présentées ne nous permettent pas d'en arriver à une estimation compatible avec l'univers HLM. Ainsi, le tableau 18.6 de ce chapitre (p. 375) présente le « taux de limitations d'activité » pour l'ensemble de la population en ménage privé. Ce taux y est estimé à 9,3 %. Cependant, il n'est pas ventilé en fonction de l'intensité ou de la durée prévue de la limitation d'activité (court terme, long terme, etc.), ce qui ne permet donc pas de le comparer au taux de logements adaptés dans l'univers HLM.

Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998

L'ISQ a également publié un rapport concernant l'EQLA 1998 (Camirand, 2001 ; cité antérieurement), qui fournit des données plus pertinentes. Ainsi, le chapitre 2 de ce rapport (à la section 2.1.2, plus précisément) introduit la notion de « gravité de l'incapacité ». Trois niveaux de gravité sont créés à partir du pointage des répondants à un ensemble de questions. Le tableau 2.3 de ce rapport présente la distribution de ces répondants (qui sont en fait les répondants du QRI de l'Enquête sociale et de santé) selon leur niveau de gravité d'incapacité. Au total, 1,9 % des personnes présentent une incapacité

156. C'est la section XVI du QRI qui permettait de sélectionner les sujets de l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités. Voir Daveluy *et al.* (2000), p. 58.

157. Tel est le titre du chapitre 18 (auteur : R. Wilkins), dans Daveluy *et al.* (2000), p. 369-383.

qualifiée de grave, 3,5 %, une incapacité modérée, et 9,7 %, une incapacité légère. Bien que le rapport ne précise pas ce que recouvre exactement l'incapacité dite grave, on constate que le pourcentage de personnes qui en sont affectées (1,9 %) est proche du pourcentage des logements HLM du « public-régulier » qui ont été adaptés (1,6 %).

Par ailleurs, ce rapport concernant l'EQLA consacre un chapitre aux questions d'habitation, soit le chapitre 7, intitulé « Habitation et besoins d'aménagements spéciaux¹⁵⁸ ». C'est au point 7.2.7 (le dernier point du chapitre) que, finalement, la question qui nous préoccupe est abordée, à savoir le pourcentage des ménages dont le domicile est pourvu, ou devrait être pourvu, d'aménagements spéciaux pour répondre aux besoins de la ou des personnes du ménage ayant une incapacité. En effet, il y est mentionné « qu'environ 2,2 % (des ménages privés québécois) comptent au moins une personne de 15 ans ou plus avec incapacité ayant des *besoins d'aménagements spéciaux dans l'habitation*¹⁵⁹ ». À l'intérieur de ce groupe, environ 40 % (soit 0,9 % des ménages privés) ont des besoins non comblés (il n'est pas précisé si c'est en partie ou en totalité).

Enquête sur la participation et les limitations d'activités

Nous avons cherché à valider cette estimation (2,2 % des ménages privés québécois) à l'aide de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA), édition de 2001. Un article paru en 2004, dans la revue *Tendances sociales canadiennes* de Statistique Canada, fait état de certains des résultats tirés de cette enquête¹⁶⁰. Une section est réservée à l'adaptation des logements. Il y est soumis que « 483 000 adultes handicapés (au Canada) ont déclaré avoir besoin de dispositifs spéciaux dans leur logement. La plupart d'entre eux (63 %) disposaient de tous les aménagements dont ils avaient besoin, 26 % n'en avaient aucun et 11 % en avaient certains mais en nécessitaient davantage¹⁶¹ ».

D'après les données indiquées dans cet article, ce nombre d'adultes handicapés représente environ 2 % des adultes de la population canadienne¹⁶². L'article ne permet toutefois pas de transposer cette estimation de personnes adultes en estimation ménage, telles que sont amenées les autres sources de données mentionnées précédemment. Une telle transposition creuserait un peu l'écart avec l'estimation de l'EQLA (2,2 %). L'ajustement pourrait cependant être relativement léger, étant donné qu'il est sans doute peu fréquent qu'un ménage privé compte deux personnes adultes (ou plus) ayant besoin d'aménagements spéciaux. On peut donc croire que l'estimation de l'EPLA serait de l'ordre de 1,7 % ou 1,8 % des ménages privés canadiens.

158. Falta *et al.*, *op. cit.*, p. 189-205.

159. *Ibid.*, p. 200. Ce pourcentage figure également au tableau 7.4 de ce document. (N.B. : les italiques sont de nous.)

160. Cet article effectue un survol de rapports publiés par Statistique Canada et rédigés par différents auteurs (B. Behnia *et al.*). Voir Statistique Canada (2004), p. 15 à 20.

161. *Ibid.*, p. 19.

162. Les adultes y étaient définis comme les personnes de quinze ans ou plus.

Ce sont là les données d'enquête sur lesquelles nous nous appuyons pour soumettre que les HLM, du moins ceux du secteur public, ne peuvent certainement pas être considérés comme étant surpondérés de personnes ou de ménages avec incapacités¹⁶³. Conséquemment, nous sommes porté à croire que les « rapports de cotes » supérieurs observés parmi les résidents de HLM pour les questions du QRI recouvrant des incapacités représentent (dans les limites de mesures échantillonnales) une situation réelle, et non pas une situation plus ou moins induite par des prescriptions ou des directives gouvernementales de traitement préférentiel, y incluant une offre surabondante de logements adaptés.

163. Nous avons vu, précédemment, que les HLM du secteur public ont un taux de logement assisté de 1,6 %.



BÂTISSONS
DU MIEUX-
VIVRE

www.habitation.gouv.qc.ca

1. CADRE DE L'ÉTUDE 2. CARACTÉRISTIQUES SOCIALES ET ÉCONOMIQUES DES MÉNAGES 3. LOGEMENT DES MÉNAGES LOCATAIRES 4. DONNÉES COMPARATIVES 5. CONCLUSION