



L'influence du patrimoine sur les inégalités sociales de santé

Recherche et rédaction

Geoffroy Boucher, économiste
Sandy Torres, chercheuse

Direction

Nathalie Guay

Révision linguistique

Christine Dufresne

Mise en page

Julie Roussel

Le contenu de cette publication a été analysé, rédigé et édité par l'Observatoire.

La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales, avec mention de la source. Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

Pour citer ce document

Geoffroy Boucher et Sandy Torres (2024). *L'influence du patrimoine sur les inégalités sociales de santé*, Montréal, Observatoire québécois des inégalités.

ISBN : 978-2-9821331-5-0

Crédit photos : Unsplash

L'Observatoire remercie les membres du comité consultatif du projet pour leur précieuse participation :

- Carmen Baciú, conseillère (équité et territoires en santé), ministère de la Santé et des Services sociaux
- Pierre Cardinal, citoyen pair chercheur, comité de gouvernance de la Chaire de recherche sur la réduction des inégalités sociales de santé (RISS)
- Roxanne Dubé, analyste des politiques et des stratégies en habitation, Société d'habitation du Québec (en remplacement de Nicholas Martin)
- Hélène Gaudreau, coordonnatrice et professionnelle de recherche, Chaire RISS
- Nizar Ghali, économiste et chargé de projets, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale
- Carole Maziade, coordonnatrice du développement des stratégies en habitation, Société d'habitation du Québec
- Julia Posca, chercheuse, Institut de recherche et d'informations socioéconomiques
- Maude Pugliese, professeure agrégée, Institut national de la recherche scientifique, et titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les expériences financières des familles et les inégalités de patrimoine
- Julie Sanfaçon, citoyenne pair chercheuse, comité de gouvernance de la Chaire RISS

Ce projet est réalisé grâce à la contribution financière du ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre du projet sur le patrimoine et les inégalités sociales de santé.

Table des matières

Introduction	04
1. Pourquoi faire le lien entre patrimoine et santé?	05
2. Quelle est l'incidence des inégalités de patrimoine sur la santé?	08
3. Incidence du patrimoine sur la santé au Québec: le cas de la propriété immobilière...13	
4. Des avenues pour réduire les inégalités de patrimoine.....	20
Conclusion	22
Pour aller plus loin	23
Glossaire	24
Note méthodologique.....	26

Introduction

Le rôle de la richesse accumulée comme déterminant social de la santé est sous-estimé.

Le **patrimoine**¹ fait référence à la richesse accumulée au cours de la vie. Cette richesse familiale ou personnelle correspond à la valeur des avoirs moins les dettes, si du jour au lendemain il fallait liquider tous ses biens et s'acquitter de toutes ses obligations financières. Mais la détention de patrimoine n'est pas qu'une question de valeur financière : elle procure un filet de sécurité qui retentit sur le **bien-être** psychologique et physique, et donc sur la **santé**.

L'influence du patrimoine (avoirs et dettes) sur les écarts de santé entre groupes sociaux semble peu prise en considération. Du côté des avoirs, la sécurité financière ne dépend pas seulement du flux du revenu, plutôt consacré à la consommation et sujet à changement, mais aussi de sources diverses d'actifs qui peuvent servir à un besoin présent ou futur : des économies, un régime privé de retraite, une assurance vie, un placement, la propriété d'une maison ou d'un appartement ou encore d'un terrain, la possession d'un véhicule, de bijoux ou autres objets de valeur, etc. Du côté des dettes, l'emprunt d'argent peut aussi bien représenter un levier d'avancement socioéconomique qu'un fardeau en cas de difficultés à rembourser. Par ailleurs, l'immobilier tient une place prédominante dans le patrimoine accumulé au Québec, si bien que les inégalités entre propriétaires et locataires y sont criantes. Dans ce contexte qui alimente les inégalités de patrimoine, il paraît pertinent de mieux cerner l'incidence spécifique du patrimoine immobilier sur la santé.

La présente note d'analyse est la deuxième d'une série explorant les liens entre les inégalités de patrimoine et de santé. Ce tour d'horizon examine en quoi les inégalités de patrimoine et en particulier celles qui ont trait aux biens immobiliers, source principale de richesse pour les ménages québécois, influencent les inégalités sociales de santé.

La note s'appuie sur deux types de sources obtenues au moyen d'une recension des écrits et d'une analyse de données d'enquête :

- résultats issus de diverses études menées en Amérique du Nord et, plus largement, dans les pays de l'OCDE sur l'association entre niveau de patrimoine et état de santé ;
- données sur la population québécoise, issues de l'Enquête canadienne sur le logement (ECL) de 2021 de Statistique Canada, permettant de croiser des indicateurs de santé avec le statut de propriété.

1. Les termes en bleu-gris sont définis dans le glossaire à la page 24.

1. Pourquoi faire le lien entre patrimoine et santé ?

Les inégalités de patrimoine influent sur d'autres inégalités sociales, dont les inégalités sociales de santé.

Les inégalités de patrimoine peuvent expliquer en partie la persistance des écarts de santé ainsi que la reproduction de la position socioéconomique d'une génération à l'autre. D'ailleurs, une analyse de Statistique Canada illustre la reproduction des inégalités d'accès à la propriété : elle révèle que les enfants adultes dont les parents possèdent une ou plusieurs propriétés sont plus susceptibles que les autres de devenir eux-mêmes propriétaires².

De quoi parle-t-on ?

Les inégalités désignent des écarts entre groupes de la société considérés comme injustes dans la distribution d'une ressource socialement valorisée.

En matière de patrimoine, les disparités observables entre groupes de la société peuvent concerner d'une part les avoirs et d'autre part l'endettement et l'accès au crédit. Étant donné que les biens immobiliers représentent l'avoir le plus important des ménages québécois, les inégalités concernent également l'accès à la propriété. Les inégalités de patrimoine exercent une influence de fond (avec les inégalités de revenu et de scolarité) sur les inégalités sociales³, dont les inégalités sociales de santé. Pourtant, cette influence passe largement inaperçue au Québec considérant le nombre restreint d'études à ce sujet.

Les inégalités sociales de santé désignent des écarts évitables entre groupes sociaux, qui ont des effets sur leur espérance de vie, la prévalence de maladies et d'incapacités, la perception de leur état de santé et leur utilisation des services de santé. Les inégalités de santé sont souvent le résultat d'autres inégalités, notamment celles qui sont issues des conditions de logement et de travail.

2. Michael Mirdamadi et Aisha Khalid (2023). *Les parents et les enfants dans le marché canadien de l'habitation : la possession d'une propriété par les parents augmente-t-elle la probabilité que leurs enfants adultes soient aussi propriétaires ?*, n° 46280001 au catalogue de Statistique Canada.

3. Alain Bihl et Roland Pfefferkorn (2021). *Le système des inégalités*, nouv. éd., La Découverte, 50-58.

Les effets du revenu sur les inégalités de santé sont documentés

Les épidémiologues britanniques Kate Pickett et Richard Wilkinson ont démontré les conséquences néfastes des inégalités de revenu sur la santé des populations des pays riches, par exemple mesurée par la mortalité infantile, l'espérance de vie et la prévalence de l'obésité⁴.

Au Québec (tout comme au Canada), l'espérance de vie s'améliore à mesure que l'on grimpe dans l'échelle des revenus alors que la prévalence de nombreuses maladies et incapacités, elle, diminue graduellement. Autrement dit, plus les personnes sont nanties, plus elles vivent longtemps et en meilleure santé. Ces écarts se maintiennent malgré l'amélioration globale des conditions de vie au cours des dernières décennies.

Plus largement, la position socioéconomique occupée dans la société détermine en grande partie les inégalités sociales de santé⁵. De nombreuses recherches résument cette position au niveau de revenu, tant celui-ci s'avère « un bon prédicteur de la santé⁶ ».

Le statut socioéconomique dépend toutefois de multiples facteurs. C'est ce que tente de refléter par exemple l'indice de défavorisation matérielle et sociale (IDMS), mis au point par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), en combinant plusieurs indicateurs ayant une relation avec l'état de santé, dont le revenu moyen et le niveau de scolarité⁷. Ainsi, le fait que les personnes défavorisées ou ayant un faible statut socioéconomique sont davantage affectées par divers problèmes de santé est bien documenté. Cela s'explique par une surexposition au stress jumelée à un déficit en ressources protectrices telles que le soutien social, un revenu suffisant et un logement adéquat.

D'autres aspects influent sur la position socioéconomique comme la « répartition inégale du pouvoir », ainsi que le soulignait en 2008 un rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé⁸. Plusieurs sociologues estiment que le sentiment de contrôle ou le pouvoir d'agir sur ses conditions de vie constitue une clé essentielle pour comprendre comment les inégalités sociales de santé sont produites⁹.



4. Kate Pickett et Richard Wilkinson (2013). *L'égalité, c'est mieux : pourquoi les écarts de richesse ruinent nos sociétés*, Montréal, Écosociété, [2009, 1re éd.].

5. Amélie Quesnel-Vallée (2022). *Politiques sociales favorisant la redistribution de la richesse : options pour le contexte québécois*, programme Action concertée, Fonds de recherche Société et culture, Gouvernement du Québec; Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2013). *Une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Québec*, Gouvernement du Québec.

6. Olivier Jacques et Alain Noël (2020). *Démarchandiser pour vivre en santé : les politiques de redistribution comme déterminants de la santé*, en collab. avec l'Observatoire québécois des inégalités, Montréal.

7. Philippe Gamache, Denis Hamel et Christine Blaser (2019). *L'indice de défavorisation matérielle et sociale : en bref*, Gouvernement du Québec.

8. Commission des déterminants sociaux de la santé (2008). *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Organisation mondiale de la santé.

9. Katherine Frohlich et al. (dir.) (2008). *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Les Presses de l'Université de Montréal, 74.



Les avoirs figurent aussi parmi les déterminants structureaux de la santé

Le patrimoine dont on dispose est précisément susceptible de procurer un sentiment de pouvoir agir, en plus de favoriser la stabilité financière, l'influence sociale ou encore le bien-être de sa descendance¹⁰. C'est pourquoi le patrimoine est susceptible d'influer sur le bien-être psychologique et physique¹¹.

Les « avoirs et [la] distribution des avoirs des personnes et des ménages¹² » figurent parmi les indicateurs de la position socioéconomique à suivre pour réduire les inégalités sociales de santé, selon l'INSPQ. Cette dimension du patrimoine est considérée comme un déterminant structurel qui se situerait plutôt au niveau global du contexte économique, social ou politique. Malgré sa reconnaissance, cet aspect des déterminants de la santé semble peu investigué ou pris en compte au Québec.

Au fédéral, l'Agence de la santé publique du Canada retient le revenu et le statut social parmi les facteurs structurels qui influencent l'état de santé, mais ne mentionne pas le patrimoine détenu¹³.

10. OCDE (2004). *La constitution d'un patrimoine et la sortie de la pauvreté: introduction à un nouveau débat sur la politique de bien-être*, OCDE.

11. Maude Pugliese et Mireille Chaumont-Goneau (2019-2020). Le patrimoine a-t-il un genre au Québec?, *Familles en mouvance*, 17, 18-23.

12. INSPQ (2013). *Une stratégie et des indicateurs...*, op. cit., 19.

13. Agence de la santé publique du Canada (2018). *Les principales inégalités en santé au Canada: un portrait national* et Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé [En ligne] (Consulté le 11-11-2023).

2. Quelle est l'incidence des inégalités de patrimoine sur la santé ?

Décomposer les éléments du patrimoine permet de mieux cerner ses effets sur la santé des populations.

Plusieurs études traitent de la question de l'incidence des inégalités de patrimoine sur la santé, mais leur nombre est minime au regard de l'abondante littérature consacrée aux répercussions du revenu. La prise en compte du patrimoine permettrait de mieux cerner l'effet des facteurs socioéconomiques sur la santé.

Le tableau présenté aux pages 11-12 répertorie une douzaine d'articles scientifiques repérés dans le cadre de cette note d'analyse exploratoire. Ces travaux établissent des liens entre les inégalités de patrimoine et la santé dans des contextes économiques proches des réalités québécoise et canadienne. Les résultats obtenus s'appuient sur des analyses statistiques de vastes échantillons d'enquête. Plusieurs de ces études mobilisent des données longitudinales¹⁴.

Contrairement aux données transversales, qui sont obtenues lors d'enquêtes réalisées auprès d'une population donnée à un moment précis, les données longitudinales sont recueillies auprès des mêmes personnes à différents moments au fil des ans. Leur analyse a pour avantage de réduire l'importance des effets des variables non observées lorsqu'on étudie certains phénomènes dans le temps. Elles permettent notamment d'étudier l'évolution de l'état de santé d'une population cible et les déterminants à l'origine de ces changements. Ces études présentent également des résultats dits « robustes », c'est-à-dire que les conclusions de leurs analyses statistiques peuvent être généralisées.

14. David A. Binder (1998). Les enquêtes longitudinales: pourquoi ces enquêtes différent-elles de toutes les autres enquêtes?, *Techniques d'enquête*, 24(2), Statistique Canada, 107-115.



Richesse accumulée et longévité

Tout d'abord, la relation entre le patrimoine et la santé est souvent examinée au regard de la richesse accumulée (**valeur nette**). En complément de l'effet du revenu, le patrimoine agirait comme une ressource protectrice contre divers problèmes de santé.

Une recherche manitobaine s'est intéressée au patrimoine parce qu'il reflète la sécurité financière face aux aléas et la capacité à maintenir son niveau de vie, considérant que l'attention sur le revenu mène à sous-estimer l'incidence des inégalités socioéconomiques sur la santé. L'étude observe une association significative dans plusieurs pays de l'OCDE, dont le Canada, entre des inégalités de patrimoine élevées (indice de **Gini** de la valeur nette) et une moindre espérance de vie ainsi qu'une mortalité infantile élevée.

Une autre étude, américaine cette fois, a démontré une association statistique entre la richesse accumulée et la longévité à partir de données longitudinales: les individus possédant une valeur nette plus élevée à la cinquantaine ont un plus faible risque de décéder au cours des années suivantes.

Aucune étude établissant ce type de constat n'a été repérée au Québec. Toutefois, on sait que l'espérance de vie augmente à mesure que l'on grimpe dans l'échelle des revenus. Il y a un écart de six années de vie en santé entre les individus faisant partie du premier **quintile** de revenu et ceux du cinquième quintile dans la province¹⁵.



Faible patrimoine et conditions de santé

Une équipe de recherche américaine s'est penchée sur l'association statistique entre la pauvreté en matière de patrimoine et certains indicateurs de santé. Elle montre que le déficit de patrimoine, dont les effets complètent et exacerbent ceux de la pauvreté monétaire, s'accompagne d'un risque accru de faible santé autoévaluée, de détresse psychologique et d'incapacités au travail.

Alors que les études tendent à observer la mortalité et la prévalence de certains états de santé, une analyse se distingue par l'attention portée au bien-être physiologique. Elle établit qu'une perte de patrimoine importante, telle celle qu'ont vécue de nombreux ménages américains lors de la crise économique de 2007-2009, entraîne des changements de la fonction cardiovasculaire et de la réponse inflammatoire qui nuisent à la santé.

Parmi les études repérées, certaines explorent l'effet inverse, soit celui de la survenue d'une maladie sur les difficultés financières, dans le contexte d'un système de santé américain qui a ses spécificités. Une étude a évalué l'incidence d'antécédents de cancer sur le niveau de patrimoine. Aucune différence n'a été établie au regard de la valeur nette entre les personnes ayant de tels antécédents et celles n'en ayant pas. Par contre, des différences ont été notées selon certaines caractéristiques: une plus faible valeur nette ainsi qu'un plus faible taux de propriété caractérisent significativement les personnes de 45-54 ans ayant survécu à un cancer par rapport à celles du même âge n'ayant pas eu de cancer.

Une autre étude s'est penchée sur l'effet de problèmes de santé vécus dans l'enfance sur le niveau de richesse d'Américaines: les femmes qui ont fait l'expérience de limitations liées à leur santé disposaient d'un faible niveau de patrimoine plus tard dans leur vie.

15. Statistique Canada. Tableau 13-10-0370-01 Espérance de vie ajustée sur la santé, selon le sexe.



Avoirs et meilleure santé

L'examen des effets du patrimoine sur la santé sous le seul angle de la valeur nette comporte des limites, puisque les diverses composantes du patrimoine peuvent entraîner des conséquences différenciées sur la santé.

Aux États-Unis, des sociologues ont ainsi démontré l'incidence positive sur la santé des avoirs financiers tels que l'argent épargné et les placements. En effet, leur détention est associée de façon statistiquement significative à une meilleure santé autoévaluée, à moins de maladies chroniques, à un moindre risque d'incapacités au travail et d'invalidité, ainsi qu'à un moindre niveau de détresse psychologique. Cette analyse statistique a également mis en évidence une association positive entre la propriété immobilière et ces indicateurs de santé. Cette relation serait attribuable aux bienfaits psychosociaux que procurerait la possession d'un domicile, mais aussi à une meilleure qualité du logement possédé ainsi qu'à une plus grande stabilité financière.

Parce qu'il est plus stable que le revenu et qu'il se compose de biens matériels et immatériels, le patrimoine aurait une grande influence sur la satisfaction à l'égard de la vie, un indicateur subjectif du bien-être lui-même étroitement associé à la santé¹⁶. C'est ce qu'indique une comparaison entre pays européens qui décompose les éléments du patrimoine pour lesquels les différences de bien-être paraissent surtout liées aux inégalités d'avoirs financiers.



Endettement et stress

Si le recours au crédit fait partie des leviers d'ascension sociale, il peut aussi devenir un fardeau et avoir des répercussions néfastes sur la santé. Les études repérées se penchent surtout sur le stress relié à l'endettement.

Une analyse ontarienne met en évidence une association significative entre le niveau de stress lié à l'endettement et la prévalence de la détresse psychologique, de même qu'une perception moins bonne de la santé générale et de la santé mentale, et ce, indépendamment de l'âge, du sexe, de la scolarité, de l'emploi et du revenu.

Le niveau de stress autoévalué augmente graduellement avec la difficulté à rembourser ses dettes, d'après l'Enquête sur l'endettement des ménages québécois menée en 2022¹⁷. Ces difficultés concernent plus du quart des ménages endettés ayant participé à cette vaste enquête. De plus, le manque de moyens financiers pour faire face à des problèmes de santé mène parfois à l'endettement. C'est en effet l'un des motifs d'endettement identifié par 11 % des familles interrogées. Ce motif est étroitement lié à la perte d'emploi, et donc de revenu, que peut entraîner la survenue d'une maladie¹⁸.

L'endettement nécessite toutefois un examen plus détaillé concernant, par exemple, son ampleur et son évolution au Québec, le type de dette, le phénomène du surendettement, ou encore les catégories de la population plus touchées par les difficultés de remboursement des dettes. Une autre note de notre série consacrée aux liens entre patrimoine et santé traite de ces aspects.

16. Nations Unies. Objectif 3: Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge, *Objectifs de développement durable* [En ligne] (Consulté le 11-11-2023).

17. Maude Pugliese et al. (2023). *Le surendettement parmi les ménages québécois*, Programme de recherche sur la pauvreté et l'exclusion sociale, phase 4.

18. Gérard Duhaime (2003). *La vie à crédit : consommation et crise*, Les Presses de l'Université Laval, 14-16.

Répertoire des études repérées examinant la relation entre patrimoine et santé

SOURCE	INDICATEURS DE PATRIMOINE	INDICATEURS DE SANTÉ	RÉSULTAT PRINCIPAL	MÉTHODOLOGIE
Nadine R. Nowatzki (2012). Wealth inequality and health: a political economy perspective, <i>International Journal of Health Services</i> , 42(3).	Valeur nette (indice de Gini)	Mortalité infantile, espérance de vie	Un faible niveau d'inégalité de patrimoine est corrélé à une espérance de vie élevée et un taux de mortalité infantile bas.	Analyses statistiques de données 2000 pour 14 pays de l'OCDE (dont le Canada)
Eric D. Finegood et al. (2021). Association of wealth with longevity in US adults at midlife, <i>JAMA Health Forum</i> , 2(7).	Valeur nette moyenne	Décès (toutes causes confondues)	Les individus ayant une valeur nette plus élevée à la cinquantaine ont un risque de mortalité plus faible au cours des 24 années suivantes.	Analyses statistiques de données longitudinales auprès des 20-75 ans aux États-Unis
Christina Gibson-Davis et al. (2023). Net worth poverty and adult health, <i>Social Science & Medicine</i> , 318.	Valeur nette du ménage, avoirs, dette	Santé autoévaluée, détresse psychologique, incapacités au travail	Les personnes en situation de « pauvreté patrimoniale » ont une probabilité plus élevée de percevoir leur santé mentale comme mauvaise, d'éprouver un haut niveau de détresse psychologique et de connaître des incapacités au travail.	Analyses statistiques de données longitudinales 2011-2019 auprès des 25-64 ans aux États-Unis
Courtney E. Boen et Y. Claire Yang (2016). The physiological impacts of wealth shocks in late life: Evidence from the Great Recession, <i>Social Science & Medicine</i> , 150.	Valeur nette du ménage	Tension artérielle et protéine C réactive (marqueur de l'inflammation)	La perte de valeur nette vécue durant la récession de 2007-2009 par des personnes âgées a eu des effets physiologiques (associée à une augmentation de la tension artérielle et de la réponse inflammatoire).	Analyses statistiques de données longitudinales 2005-2011 auprès de personnes âgées aux États-Unis
Maryam Doroudi et al. (2018). Is Cancer history associated with assets, debt, and net worth in the United States?, <i>JNCI Cancer Spectrum</i> , 2(2).	Valeur nette, avoirs, dette	Antécédents de cancer autodéclarés	Les personnes de 45-54 ans ayant des antécédents de cancer sont en moindre proportion propriétaires de leur logement par rapport à celles sans antécédents. Elles ont aussi un risque accru de valeur nette négative.	Analyses statistiques de données d'enquête 2008-2011 auprès des 18-64 ans aux États-Unis
Lindsay R. Wilkinson, Kenneth F. Ferraro et Sarah A. Mustillo (2019). Wealth in middle and later life: Examining the life course timing of women's health limitations, <i>Gerontologist</i> , 59(5).	Valeur nette du ménage	Incapacité de travailler et limitations de diverses tâches autodéclarées	Des problèmes de santé dans l'enfance conduisent à la détention d'un faible patrimoine plus tard dans la vie.	Analyses statistiques de données longitudinales 1967-2003 auprès de femmes aux États-Unis

Répertoire des études repérées examinant la relation entre patrimoine et santé (Suite)

Courtney E. Boen, Lisa A. Keister et Brian Aronson (2020). Beyond Net Worth: Racial differences in wealth portfolios and black-white health inequality across the life course, <i>Journal of Health and Social Behavior</i> , 61(2).	Valeur nette, épargne, actions, équité, dette, propriété d'un logement	Santé autoévaluée, nombre de maladies chroniques, incapacités au travail, invalidité, détresse psychologique, indice de masse corporelle	L'épargne, la détention d'actions et la propriété d'un logement sont associées à une meilleure santé, tandis que l'endettement est corrélé à une détérioration de la santé, indépendamment du niveau de valeur nette.	Analyses statistiques de données longitudinales 2005-2011 auprès des 25 ans et plus aux États-Unis
Siegfried Geyer, Ove Spreckelsen et Olaf von dem Knesebeck (2014). Wealth, income, and health before and after retirement, <i>Journal of Epidemiology and Community Health</i> , 68.	Avoirs financiers, dette, propriété d'un logement	Santé autoévaluée	Chez les personnes retraitées, la propriété du logement est le seul élément de patrimoine qui est associé à une perception positive de la santé. Chez les personnes en activité, la plupart des indicateurs de patrimoine sont associés à la santé.	Analyses statistiques de données longitudinales 2002 et 2007 auprès de personnes actives et à la retraite en Allemagne
Gaël Brûlé, Laura Ravazzini et Christian Suter (2019). Inégalités de patrimoine et bien-être subjectif chez les seniors en Europe, <i>Revue européenne des sciences sociales</i> , 57(2).	Indices de Gini de la valeur nette et de ses composantes (avoirs financiers, avoirs non financiers, dette hypothécaire et de consommation)	Satisfaction à l'égard de la vie	Lorsque les inégalités de patrimoine (composante des avoirs financiers) augmentent, le niveau moyen de bien-être diminue.	Analyses statistiques de données transversales et longitudinales 2004-2015 auprès des plus de 50 ans, dans 17 pays d'Europe
Hayley A. Hamilton <i>et al.</i> (2019). Debt stress, psychological distress and overall health among adults in Ontario, <i>Journal of Psychiatric Research</i> , 111.	Stress financier lié à la dette (tous types) du ménage	Détresse psychologique, santé générale et santé mentale autoévaluées	Les adultes qui déclarent un plus grand stress financier lié à l'endettement ont des niveaux plus élevés de détresse psychologique, soit de modérée à sérieuse, et une perception allant de passable à mauvaise de la santé mentale et générale, comparés à ceux qui éprouvent un plus faible niveau de stress lié à leur dette.	Analyses statistiques de données d'une enquête annuelle entre 2014 et 2016 auprès d'adultes en Ontario (Canada)
Brice Batomen, Elizabeth Sweet et Arijit Nandi (2021). Social inequalities, debt, and health in the United States, <i>Social Science & Medicine – Population Health</i> , 13.	Dette du ménage	Hypertension, maladie cardiovasculaire, diabète, problème psychiatrique	Les personnes ayant une faible scolarité sont plus à risque d'endettement (supérieur à leur revenu et patrimoine), ainsi que de déclarer de l'hypertension, une maladie cardiovasculaire, du diabète et des problèmes psychiatriques.	Analyses statistiques de données longitudinales 1999-2015 auprès d'adultes aux États-Unis

Note : Une recension d'écrits scientifiques (en français et en anglais) a été effectuée dans plusieurs moteurs de recherche ou bases de données (PubMed, Google Scholar, Érudit, Sofia) avec les principaux mots clés suivants sans restriction de date : inégalité (*inequality*), patrimoine (*wealth*), valeur nette (*net worth*), avoirs (*assets*), dette (*debt*), santé (*health*). Cette recherche a permis d'identifier une trentaine de références, dont une douzaine a été jugée pertinente après une lecture attentive.

3. Incidence du patrimoine sur la santé au Québec : le cas de la propriété immobilière

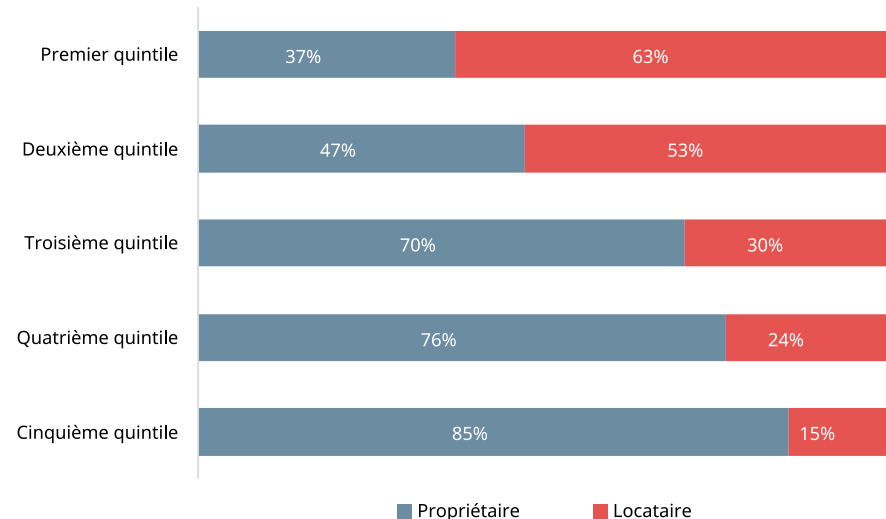
Les ménages propriétaires se déclarent en meilleure santé que les locataires.

L'évolution du marché de l'habitation a été une source d'inégalités au cours des deux dernières décennies au Québec. La hausse du prix de l'immobilier observée depuis les années 2000 a favorisé l'enrichissement de propriétaires de logements et est responsable d'un endettement hypothécaire plus important, d'une moindre accessibilité à une première propriété et d'une augmentation des loyers¹⁹.

Dans le contexte québécois et plus largement nord-américain, posséder un logement est source de richesse. C'est particulièrement le cas pour les ménages à revenu modeste, des deuxième et troisième quintiles d'avoir net, dont le patrimoine provient essentiellement de l'immobilier²⁰. L'immobilier est le type d'avoir le plus important au Québec : il représentait 35% de l'actif total des familles québécoises en 2019²¹. C'est dire que l'immobilier pèse lourd dans l'état actuel des inégalités de patrimoine. Comme l'illustre la figure 1, plus les ménages ont des revenus élevés, plus ils sont susceptibles d'être propriétaires.

Figure 1.

Mode d'occupation selon le quintile de revenu total ajusté du ménage, Québec, 2021



Source : Fichier de microdonnées à grande diffusion de l'Enquête canadienne sur le logement 2021.

19. Société canadienne d'hypothèques et de logement (2022). *Rapport sur le marché locatif - Janvier 2023*.

20. Geoffroy Boucher et Sandy Torres (2023). *Les inégalités de patrimoine au Québec*, Montréal, Observatoire québécois des inégalités, 11.

21. Calculs de l'Observatoire basés sur le tableau 11-10-0049-01 de Statistique Canada.

Parmi les ménages ayant les 10% plus hauts revenus, près de 9 sur 10 sont propriétaires (87%),



alors que près de 6 ménages sur 10 (58%) faisant partie des 40% plus bas revenus sont locataires.



Qui est propriétaire au Québec en 2021 ?

Le taux de propriété s'établit à 60% selon le recensement de 2021 (66,5% au Canada), ce qui représente une baisse légère mais inédite depuis un demi-siècle.

Il atteint jusqu'à 73% dans la région Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et 72% dans Lanaudière. La région de Montréal se distingue de la tendance avec un taux de ménages propriétaires de 40%. Le Nord-du-Québec a aussi une faible part de propriétaires (36%) en raison de la présence d'une main-d'œuvre temporaire et de la part importante de ménages autochtones, dont 20% occupent un « logement fourni par le gouvernement local, la Première Nation ou la bande indienne » dans cette région.

Dans la province, 80% des couples avec enfants sont propriétaires contre 40% des personnes seules. Ces parts sont respectivement de 58% et de 27% dans la région de Montréal. La Capitale-Nationale enregistre un taux de propriété de 37,5% chez les personnes seules.

Le taux de propriété augmente dans la plupart des régions avec l'âge. Il grimpe jusqu'à 68,5% chez les ménages dont le principal soutien a entre 55 et 64 ans.

Source : Institut de la statistique du Québec (2023). *Panorama des régions du Québec : édition 2023*, Gouvernement du Québec, 90-92; Statistique Canada (2022, 21 septembre). Acheter ou louer : le marché du logement continue d'être transformé par plusieurs facteurs alors que les Canadiens sont à la recherche d'un chez-soi abordable, *Le Quotidien*.

Les ménages propriétaires se perçoivent comme en meilleure santé que les locataires

L'Enquête canadienne sur le logement (ECL) permet d'examiner l'association entre un élément de patrimoine, la propriété immobilière à travers le **mode d'occupation**, et deux indicateurs de santé autoévaluée. Ils sont mesurés au moyen de deux questions, « En général, comment est votre santé? » et « En général, comment est votre santé mentale? », pour lesquelles le choix de réponse est le suivant: « Diriez-vous: Excellente, Très bonne, Bonne, Passable, Mauvaise ». La perception de son état de santé est un indicateur reconnu et considéré comme fiable de la qualité de vie.

Les données présentées dans les figures 2 et 4 montrent que la perception de l'état de santé varie selon le mode d'occupation. Au Québec, en 2021, l'état de santé générale et l'état de santé mentale autoévalués étaient ainsi moins bons chez les ménages locataires, avec des différences significatives sur le plan statistique par rapport aux propriétaires. Cet état de santé se détériore pour les ménages qui éprouvent des **besoins impérieux en logement**, c'est-à-dire qui vivent dans un **logement inabordable**, trop petit ou nécessitant des réparations majeures, ou plusieurs de ces conditions à la fois. La perception de la santé est significativement différente selon que les ménages éprouvent ou non des besoins impérieux en logement (voir les figures 3 et 5).

Concernant la **santé en général**, 17 % des ménages locataires perçoivent la leur comme mauvaise ou passable, contre 8 % des ménages propriétaires (12 % pour l'ensemble). Cette proportion grimpe à 30 % pour les ménages qui éprouvent des besoins impérieux en logement. On n'observe pas de différence selon le sexe du **principal soutien de ménage**.

Figure 2.
État de santé générale autoévalué selon le mode d'occupation, Québec, 2021

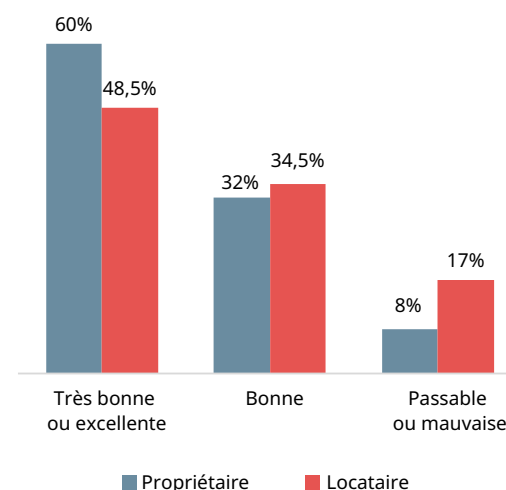
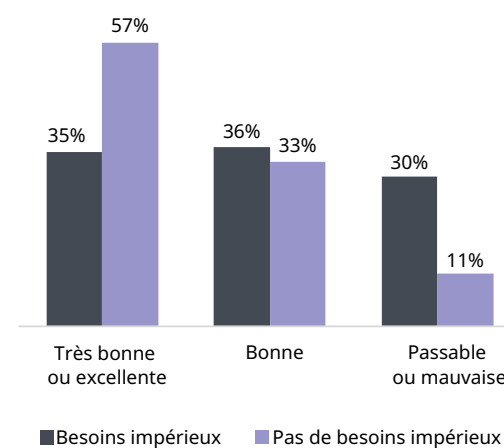
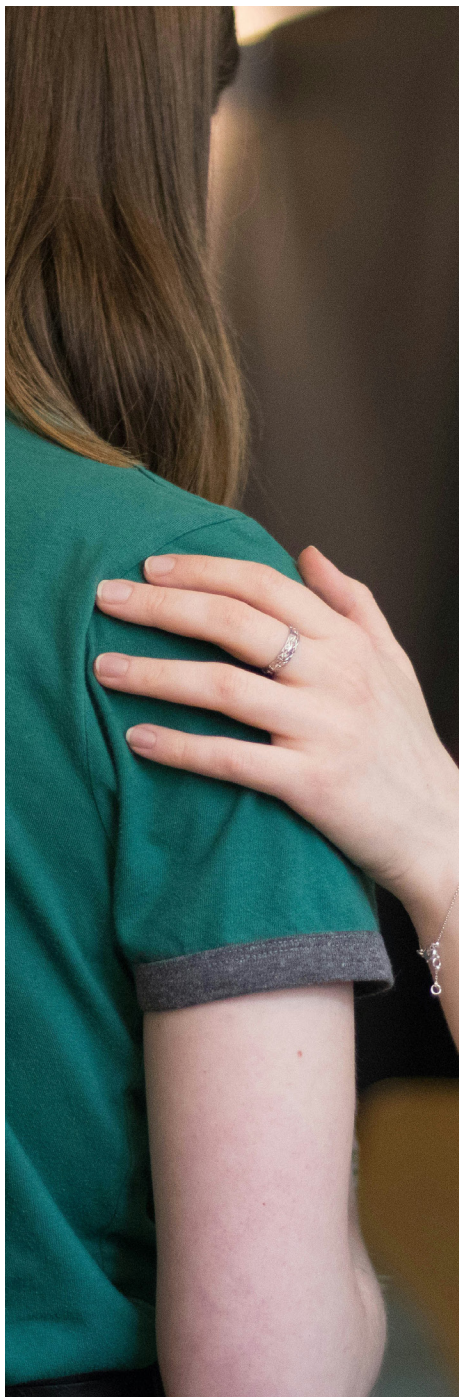


Figure 3.
État de santé générale autoévalué selon les besoins impérieux, Québec, 2021



Source : Fichier de microdonnées à grande diffusion de l'Enquête canadienne sur le logement 2021.



Plusieurs facteurs influencent l'état de santé des personnes, notamment l'âge, le niveau de scolarité et le niveau de revenu. D'ailleurs, selon une autre enquête, la part des Québécois et Québécoises qui perçoivent leur état de santé comme mauvais ou passable augmente avec l'âge, mais diminue à mesure que s'élèvent les niveaux de scolarité et de revenu, et ce, de façon significative²².

Notre analyse prend en compte l'ensemble de ces variables afin de déterminer si le statut de propriétaire ou de locataire d'un logement a une incidence sur l'état de santé autoévalué (voir la note méthodologique à la fin du document). Cette analyse confirme une relation statistiquement significative entre le mode d'occupation et la perception de l'état de santé en général : les ménages locataires ont davantage tendance à percevoir leur santé comme mauvaise, tandis que les propriétaires sont plus susceptibles de la considérer bonne. Des analyses complémentaires montrent que le statut d'occupation demeure explicatif, qu'il s'agisse des propriétaires avec ou sans hypothèque, de même que lorsqu'on considère la présence de besoins impérieux.

Une autre étude a évalué l'effet du mode d'occupation sur la santé de personnes à faible revenu : après contrôle de variables telles que l'âge et le revenu, l'état de santé est plus susceptible d'être jugé comme passable ou mauvais chez les locataires que chez les propriétaires des deux premiers quintiles de revenu²³. Il en est de même pour la probabilité de réduire le type ou la quantité de ses activités en raison d'un problème de santé de longue durée ainsi que pour la prévalence de l'asthme, qui sont plus élevées chez les locataires comparativement aux propriétaires.

Concernant la **santé mentale** autoévaluée, on observe des différences similaires selon le mode d'occupation, toujours d'après l'ECL. Deux fois plus de ménages locataires perçoivent leur santé mentale comme passable ou mauvaise : 16 % contre 7,5 % de ménages propriétaires. Le fait d'éprouver des besoins impérieux en logement semble également exacerber l'appréciation négative de sa santé mentale : 1 ménage sur 5 qui a des besoins impérieux en logement (21 %) la considère comme passable ou mauvaise. Parmi les ménages dont le principal soutien est de sexe féminin, 13 % perçoivent leur santé mentale comme passable ou mauvaise, alors que c'est le cas pour 9 % des hommes principaux soutiens du ménage. Comme plusieurs études tendent à le montrer, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de juger leur santé mentale défavorablement.

22. Institut de la statistique du Québec (2023). *Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021*, Gouvernement du Québec, 192-193.

23. Société d'habitation du Québec (2015). *La santé des résidents de HLM : analyse comparative de la santé de la population à faible revenu selon le mode d'occupation*, Gouvernement du Québec, 10-32.

Figure 4.
**État de santé mentale autoévalué
 selon le mode d'occupation, Québec, 2021**

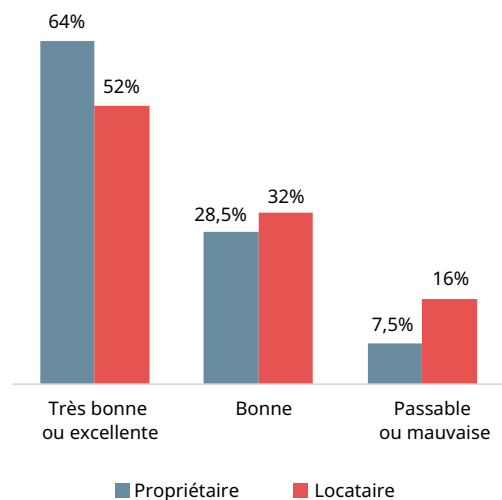
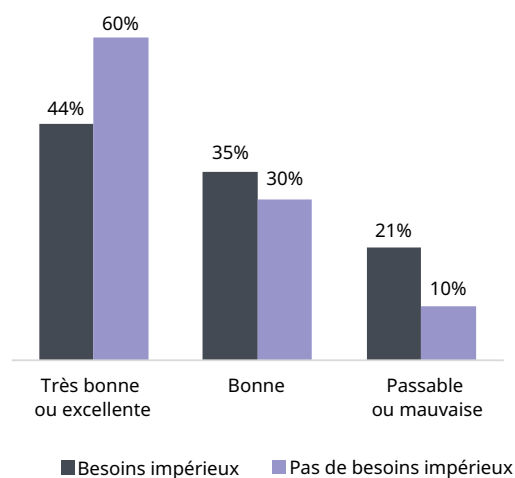


Figure 5.
**État de santé mentale autoévalué
 selon les besoins impérieux, Québec, 2021**



Source : Fichier de microdonnées à grande diffusion de l'Enquête canadienne sur le logement 2021.

La propriété n'exclut pas la pauvreté

Selon les calculs de l'Observatoire, 37% des ménages du premier quintile de revenu (total ajusté du ménage) sont propriétaires. Une autre étude a montré que, parmi les ménages québécois à faible revenu qui possèdent leur logement, il y a notamment des personnes à la retraite qui ont pu accumuler des avoirs (immobilier, régimes de pension) au cours de leur vie active. Parmi ceux-ci, des propriétaires ont fini de payer leur hypothèque.

Source : Mathieu Lizotte et Stéphane Crespo (2015). Exploration du lien entre le revenu et le patrimoine des ménages québécois, *Données sociodémographiques en bref*, 19(2), ISQ, 11-17.

Ces résultats indiquent que, dans le contexte québécois du logement, le fait d'être propriétaire s'accompagne d'une perception plus positive de sa santé. Ils suggèrent un effet protecteur de la propriété résidentielle pour la santé qui demanderait toutefois à être vérifié par d'autres études. L'incidence positive sur la santé que semble avoir la possession d'un logement peut résulter de la plus grande stabilité résidentielle qu'elle procure. Une autre explication concerne les conditions relatives à un logement acceptable, qui sont davantage favorables aux propriétaires. De plus, l'effet inverse ne peut être exclu : le fait de se percevoir en bonne santé pourrait inciter davantage à devenir propriétaire, considérant qu'une bonne santé ouvre diverses perspectives²⁴.

Par ailleurs, nos résultats appuient certains constats trouvés dans la littérature. En particulier, le patrimoine, examiné dans notre analyse par la propriété du logement, est susceptible de procurer aux personnes un sentiment de pouvoir agir (ou de contrôle) sur leurs conditions de vie et de favoriser la stabilité financière, de sorte qu'il aurait une incidence positive sur le bien-être et la santé.

24. Lindsay R. Wilkinson, Kenneth F. Ferraro et Sarah A. Mustillo (2019). Wealth in middle and later life: Examining the life course timing of women's health limitations, *Gerontologist*, 59(5), 903.

Les conditions de logement influent sur la santé

Les conditions de logement dans leur triple dimension d'accès, de coût et de qualité influent de manière directe ou indirecte sur l'état de santé physique et mentale²⁵. De nombreuses études menées au Québec et ailleurs montrent que le logement est un déterminant social de la santé, comme l'illustrent ces quelques exemples :

- La perception positive de son milieu de résidence est associée avec la santé psychique et le soutien social²⁶.
- Plusieurs études ont démontré l'effet à long terme de difficultés de logement (p. ex. mesurées par l'instabilité résidentielle, un défaut de paiement de l'hypothèque) sur divers troubles de santé mentale, d'après une revue systématique de littérature²⁷.
- D'autres études ont démontré l'incidence de logements surpeuplés ou de taille inadéquate sur la propagation de maladies transmissibles et sur la détresse psychologique²⁸.
- L'insalubrité du logement expose à divers problèmes de santé physique (p. ex. troubles respiratoires et pulmonaires) et mentale (p. ex. anxiété, dépression)²⁹.
- L'inabordabilité du logement locatif, entre autres à cause du stress qu'elle génère et du manque d'argent qu'elle entraîne pour faire face aux autres dépenses courantes comme la nourriture, a des répercussions sur la santé physique et mentale des parents, ainsi que sur celle des enfants, dont elle affecte aussi la croissance et le développement cognitif³⁰.
- De façon générale, les conditions inadéquates de logement peuvent entraîner des troubles cardiaques, respiratoires et de santé mentale ainsi que des traumatismes non intentionnels et favoriser la transmission de maladies infectieuses telles que la COVID-19³¹.



25. Alain Bihr et Roland Pfefferkorn (2021). *Le système des inégalités*, nouv. éd., La Découverte, 44-50; Hélène Bélanger (2021). Repenser le logement, dans *L'état du Québec 2022*, INM/Del Busso éditeur, 139-145.

26. Isabelle Doré et Jean Caron (2017). Santé mentale : concepts, mesures et déterminants, *Santé mentale au Québec*, 42(1), 137 et 139.

27. Ankur Singh *et al.* (2019). Housing disadvantage and poor mental health: A systematic review, *American Journal of Preventive Medicine*, 57(2), 262-272.

28. Lauren Taylor (2018). Housing and Health: An overview of the literature, *Health Affairs*.

29. CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Direction régionale de santé publique (2015). *Pour des logements salubres et abordables*, Rapport du directeur de santé publique de Montréal, Gouvernement du Québec.

30. Centre Léa-Roback (2021). L'abordabilité des logements au Québec : les effets sur la santé et le développement des enfants, *Le point sur*, (1), 4-5.

31. Maud Emmanuelle Labesse *et al.* (2021). *Logement et inégalités sociales de santé en temps de COVID-19 : des stratégies pour des logements abordables et de qualité*, INSPQ, Gouvernement du Québec.



Qui est locataire au Québec en 2021 ?

La proportion de ménages locataires s'établit à 40 % dans la province (33,5 % au Canada). Elle est la plus importante dans la région de Montréal (60 %), parmi les personnes seules résidant dans un centre urbain (73 % de la région de Montréal et 62,5 % de Capitale-Nationale), ainsi que chez les ménages dont le principal soutien est âgé de 15 à 24 ans (84 %), puis de 25 à 34 ans (57 %).

Le quart des ménages locataires au Québec occupaient en 2021 un logement inabordable (contre 10 % des propriétaires), ce qui représente une baisse par rapport au recensement de 2016, explicable par l'effet du soutien financier ponctuel consenti lors de la crise sanitaire de COVID-19, qui a augmenté le revenu des personnes à revenu faible ou modeste. Dans les régions de Montréal, de Laval et des Laurentides, 28 % des ménages locataires consacrent 30 % ou plus de leur revenu total aux frais de logement selon le recensement de 2021.

Source : Institut de la statistique du Québec (2023). *Panorama des régions du Québec : édition 2023*, Gouvernement du Québec, 90-98; Statistique Canada. Tableau 98-10-0258-01 Indicateurs de logement selon le mode d'occupation : Canada, provinces et territoires, régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement. Statistique Canada (2022, 21 septembre). Acheter ou louer : le marché du logement continue d'être transformé par plusieurs facteurs alors que les Canadiens sont à la recherche d'un chez-soi abordable, *Le Quotidien*.

4. Des avenues pour réduire les inégalités de patrimoine

La place croissante de la finance dans l'habitation menace le besoin essentiel de se loger décentement.

Cette section offre un survol d'avenues repérées dans la littérature qui permettraient, dans le contexte québécois, de réduire les inégalités selon le mode d'occupation (entre propriétaires et locataires) tout en ayant des effets bénéfiques indirects sur la santé des populations les moins nanties. Ces avenues, de même que d'autres pistes d'action, seront présentées plus en détail dans une prochaine publication de notre série sur le patrimoine et les inégalités sociales de santé.

Favoriser la sécurité financière et l'accès au crédit

Étant donné que les inégalités de patrimoine sont largement déterminées par les inégalités de revenu, une avenue incontournable consiste à améliorer le soutien au revenu des ménages qui sont dans une situation de **vulnérabilité financière**. La bonification des programmes d'aide financière de dernier recours est un exemple de ces mesures.

Un groupe de travail canadien mis sur pied pour promouvoir l'équité en santé pendant la reprise postpandémique soutient qu'il importe également d'assurer des chances équitables d'accéder au crédit. Sur la base de revues systématiques de littérature, il recommande de soutenir l'accès à du crédit ou à des prêts abordables (taux d'intérêt faible ou nul) pour les personnes à faible revenu³².

32. Nav Persaud *et al.* (2021). Recommendations for equitable COVID-19 pandemic recovery in Canada, *Canadian Medical Association Journal*, 49(193), E1878-88.

Favoriser la sécurité d'occupation et des conditions adéquates de logement

Le logement étant le premier poste de dépense des ménages, une autre avenue cruciale consiste à améliorer son abordabilité et sa qualité. Plusieurs voix insistent sur la nécessité de développer le logement social (hors marché) en particulier. Parmi ses effets positifs, l'allègement financier et la sécurité d'occupation arrivent en tête, ce qui en fait « un levier pour avoir du contrôle sur sa vie » et « un outil puissant de réduction des inégalités sociales de santé »³³.

En plus de soutenir le développement de logements hors marché, les politiques publiques peuvent encourager l'accès à la propriété dans la perspective d'améliorer les conditions de logement et de réduire les inégalités sociales de santé³⁴. La Stratégie nationale sur le logement du Canada poursuit d'ailleurs entre autres objectifs celui de rendre l'accès à la propriété plus abordable.

Bien que la propriété puisse favoriser une meilleure distribution du patrimoine, l'encouragement à devenir propriétaire ne fait pas consensus, ne serait-ce que parce qu'il maintient le logement dans une logique financière.

Revoir les règles du marché de l'habitation et développer des alternatives à la propriété

Si le logement est considéré depuis longtemps comme une source d'investissement, sa financiarisation progressive est plus récente. Celle-ci renvoie à l'importance croissante des acteurs financiers dans le marché de l'habitation et peut toucher des immeubles locatifs, des maisons individuelles (et des résidences pour personnes âgées)³⁵. Cette place grandissante, voire dominante, de la finance caractérise d'ailleurs d'autres domaines et l'ensemble de l'économie depuis quelques années³⁶.

La recherche de rendement et certaines pratiques spéculatives³⁷ à l'égard du besoin essentiel de se loger menacent, aux yeux de plusieurs, l'abordabilité et la qualité du logement pour les ménages les moins nantis, de même que la sécurité résidentielle³⁸. Cette financiarisation peut entrer en contradiction avec le droit à un **logement acceptable**, propice à la santé et au bien-être. Il s'agit d'une préoccupation prioritaire de la défenseure fédérale du logement³⁹, nouvelle initiative issue de la Stratégie nationale sur le logement.

Plusieurs en appellent donc à « dé-financiariser » le logement par différents moyens⁴⁰. Un meilleur encadrement des pratiques spéculatives et une réduction de l'endettement dans l'économie immobilière figurent parmi les solutions proposées. Cela s'ajoute à diverses formules d'habitation sans but lucratif qui ont fait leurs preuves.

33. Janie Houle et al. (2023). *Logement social et ses effets*, Montréal, Chaire de recherche sur la réduction des inégalités sociales de santé / Université du Québec à Montréal, 26.

34. Amélie Quesnel-Vallée, Jaunathan Bilodeau et Kaitlin Conway (2021). Social Policies and Health Inequalities, dans William C. Cockerham, *The Wiley Blackwell Companion to Medical Sociology*, Wiley Blackwell, 327.

35. Société canadienne d'hypothèques et de logement. *La financiarisation du logement* [En ligne] (Consulté le 23-11-2023).

36. Julia Posca et Billal Tabaichount (2020). *Qu'est-ce que la financiarisation ?*, Institut de recherche et d'informations socioéconomiques.

37. Front d'action populaire en réaménagement urbain (2022). *Crises du logement et droits humains au Québec*, rapport à la Défenseure fédérale du droit au logement, FRAPRU, 11-12 et 16-17.

38. Xavier Leloup (2019). *L'insécurité résidentielle dans huit villes canadiennes*, INRS.

39. Commission canadienne des droits de la personne. *Logement / La financiarisation du logement* [En ligne] (Consulté le 23-11-2023).

40. Gertjan Wijburg (2021). The de-financialization of housing: Towards a research agenda, *Housing Studies*, 36(8), 1276-1293.

Conclusion

La réduction des inégalités de patrimoine peut contribuer à améliorer la santé.

Cette note a exploré les relations qui relient les inégalités de patrimoine et les inégalités sociales de santé en analysant une diversité de facteurs. Ce tour d'horizon révèle que les études ayant examiné cette question concluent généralement à une association positive entre la richesse accumulée et divers indicateurs de santé tels que l'espérance de vie, la perception de l'état de santé ou la prévalence de certaines maladies. Les données disponibles au Québec ont permis de mettre en parallèle un aspect du patrimoine, soit la propriété immobilière, et la perception de l'état de santé. Notre analyse montre que les ménages propriétaires sont plus susceptibles de juger leur santé comme étant très bonne ou excellente, tandis que les locataires ont davantage tendance à la percevoir comme passable ou mauvaise. Si ces résultats suggèrent que la propriété immobilière a un effet protecteur pour la santé, ils n'établissent pas pour autant un lien de cause à effet entre les deux. D'autres analyses sont donc nécessaires. De façon générale, la sécurité et la stabilité que procure la détention d'avoirs (financiers ou immobiliers) pourraient expliquer leur rôle de ressource protectrice contre les aléas et leurs effets bénéfiques sur la santé et le bien-être.

Il reste bien des efforts à faire pour documenter les inégalités patrimoniales au Québec. De plus, les enquêtes statistiques disponibles comportent peu de possibilités de croisement d'indicateurs de patrimoine **et** de santé. Les difficultés méthodologiques relatives à la mesure du patrimoine et à la fiabilité des données accessibles semblent faire obstacle à l'exploration de leurs effets sur la santé des populations. De plus, le choix de la famille (et non de l'individu) comme unité de référence dans la principale enquête portant sur le patrimoine limite les possibilités d'appliquer une analyse différenciée selon les sexes et intersectionnelle (ADS+).

Une meilleure compréhension des interrelations entre les inégalités de patrimoine et de santé pourrait servir la prévention en santé. En plus de l'amélioration de la santé et du bien-être, la réduction des inégalités de patrimoine peut contribuer à plusieurs autres objectifs de développement durable, dont la réduction d'autres inégalités et l'élimination de la pauvreté.

Pour aller plus loin

BOZOULS, Lorraine (2022). *Le pouvoir discret du patrimoine immobilier : argent et logement chez les classes supérieures du pôle privé*, Politix, 140(35).

BUGEJA-BLOCH, Fanny (2013). *Logement, la spirale des inégalités : une nouvelle dimension de la fracture sociale et générationnelle*, Paris, Presses universitaires de France.

CAUSA, Orsetta, Nicolas WOLOSZKO et David LEITE (2019). *Housing, wealth accumulation and wealth distribution: Evidence and stylized facts*, OECD Economics Department Working Papers, 1588.

DUVOUX, Nicolas (2023). *L'avenir confisqué : inégalités de temps vécu, classes sociales et patrimoine*, Paris, Presses universitaires de France.

Glossaire

Besoins impérieux en logement – Besoins éprouvés par un ménage lorsque au moins l'un des trois critères d'acceptabilité n'est pas satisfait **et** que le ménage doit consacrer 30 % ou plus de son revenu pour occuper un logement acceptable dans sa localité. Voir *Logement acceptable*.

Bien-être – Sentiment de satisfaction des besoins dans diverses sphères de la vie, dont la santé. Voir *Santé*.

Dette hypothécaire – Dette garantie par une entente entre le ou la propriétaire d'un bien immobilier (emprunteur) et un créancier (prêteur). Cette entente prévoit que si la dette n'est pas remboursée, le créancier peut vendre le bien afin de recouvrir les sommes impayées.

Gini, indice ou coefficient de – Mesure du niveau de concentration des ressources au sein d'une population à un moment donné. L'indice compare la répartition des ressources à une situation théorique d'égalité parfaite et varie de 0 à 1. Plus il se rapproche de 0, plus il tend vers l'égalité parfaite, une situation où tous les individus auraient le même revenu. Plus il se rapproche de 1, plus il tend vers l'inégalité parfaite, une situation où un seul individu détiendrait la totalité des revenus.

Logement abordable – Logement dont le coût correspond à moins de 30 % du revenu brut total du ménage.

Voir *Logement acceptable*.

Logement acceptable – Logement abordable (voir plus haut) qui est en plus de qualité convenable et de taille convenable. Sa qualité est convenable si, de l'avis de ceux et celles qui l'occupent, il ne nécessite pas de réparations majeures à la plomberie, à l'électricité ou à la structure (murs, planchers, plafond). Sa taille est convenable s'il comporte un nombre suffisant de chambres selon le nombre d'adultes et d'enfants qui composent le ménage.

Logement inabordable – Logement dont le coût est égal ou supérieur à 30 % du revenu brut total du ménage.

Mode d'occupation – Mode selon lequel un ménage occupe un logement, dont il est soit propriétaire (que l'hypothèque soit entièrement payée ou non), soit locataire (qu'il paie un loyer ou non). Le mode d'occupation concerne les logements privés (et non pas les logements collectifs tels que résidences pour personnes âgées, établissements de soins de santé, prisons, refuges ou établissements religieux). Cette classification ne prend pas en compte le « logement fourni par le gouvernement local, la Première Nation ou la bande indienne⁴¹ », qui constitue une autre catégorie. Synonyme : statut d'occupation.

Patrimoine – Richesse accumulée au fil du temps par un individu ou un ménage. Il est égal à la valeur des avoirs financiers (argent à la banque, investissements, assurance vie, etc.) et non financiers (logement, terrain, véhicule, etc.), de laquelle est soustraite la valeur totale des dettes (hypothèque, prêts, cartes de crédit, etc.).
Synonymes: richesse, valeur nette, actif net et avoir net.

Principal soutien du ménage – Première personne inscrite comme soutien du ménage dans un questionnaire d'enquête ou du recensement et qui est responsable des paiements relatifs au logement (loyer ou hypothèque, taxes, électricité, etc.).

Quintile – Valeur qui divise une distribution en cinq parties égales. Le quintile représente donc 20 % d'une distribution de données; le premier quintile représente le premier cinquième des données (1 % à 20 %); le deuxième quintile représente le deuxième cinquième (21 % à 40 %) et ainsi de suite.

Santé – État de bien-être physique, mental et social.

Valeur nette – Voir *Patrimoine*.

Vulnérabilité financière – État d'une personne ou d'une famille qui dispose de moyens financiers limités, ce qui la rend vulnérable à des bouleversements tels que licenciement, dépenses imprévues, problèmes de santé ou éclatement de la famille.

Note méthodologique

Afin d'établir si la relation entre le mode d'occupation et l'état de santé générale autoévalué était statistiquement significative au Québec, nous avons réalisé une régression logistique à partir du fichier de microdonnées à grande diffusion de l'Enquête canadienne sur le logement 2021 de Statistique Canada.

Pour y parvenir, nous avons recodé la variable catégorielle portant sur l'état de santé générale autoévalué afin de regrouper ses cinq catégories en deux catégories. Les états de santé autoévalués « excellent » et « très bon » ont été codés comme étant « bon », et les états de santé autoévalués « passable » et « mauvais » ont été codés comme étant « mauvais ». L'état de santé « bon » dans la variable originale n'a pas été pris en compte.

Plusieurs variables indépendantes ont été utilisées comme variables de contrôle afin de neutraliser l'effet de certains facteurs qui pourraient expliquer une partie de la variation observée de l'état de santé autoévalué. Ces variables sont l'âge de la personne de référence, le niveau de scolarité (plus haut niveau atteint dans le ménage), le revenu total du ménage et l'état du logement.

Cette analyse a permis de déterminer que le mode d'occupation avait une incidence statistiquement significative sur l'état de santé générale autoévalué. Les ménages locataires ont davantage tendance à percevoir leur santé comme mauvaise, tandis que les propriétaires sont plus susceptibles de la considérer bonne.

Chez les ménages propriétaires, cette relation est significative autant chez ceux détenant une hypothèque que ceux n'en détenant pas.

	Incidence sur l'état de santé autoévalué	Significativité*
Mode d'occupation – Membre du ménage propriétaire <i>(avec hypothèque)</i>	Positive	✓
Mode d'occupation – Membre du ménage propriétaire <i>(sans hypothèque)</i>	Positive	✓
Revenu total du ménage	Positive	✓
Âge de la personne de référence	Négative	✓
Niveau de scolarité	Positive	✓
Mauvais état du logement <i>(nécessite des réparations majeures)</i>	Négative	✓

* $p < 0,001$ pour un intervalle de confiance de 95%. $R^2 = 0,215$. Nombre d'observations incluses dans l'analyse: $N = 3\,337$.

