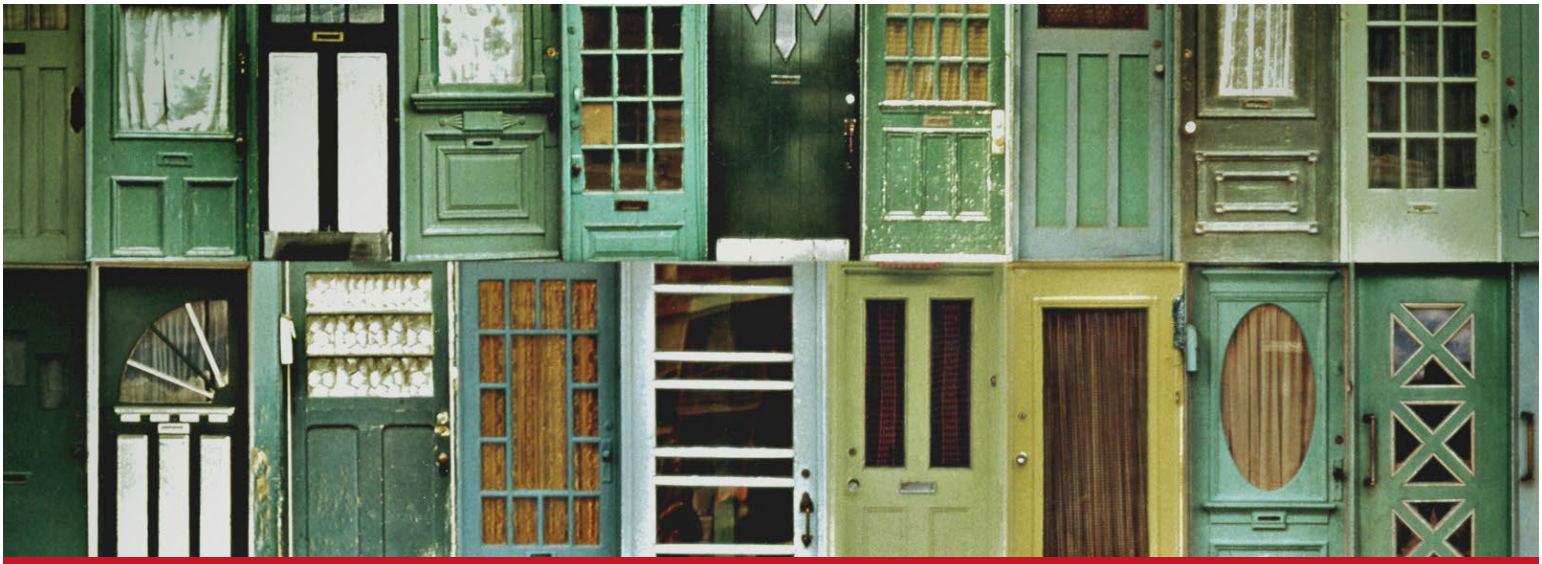


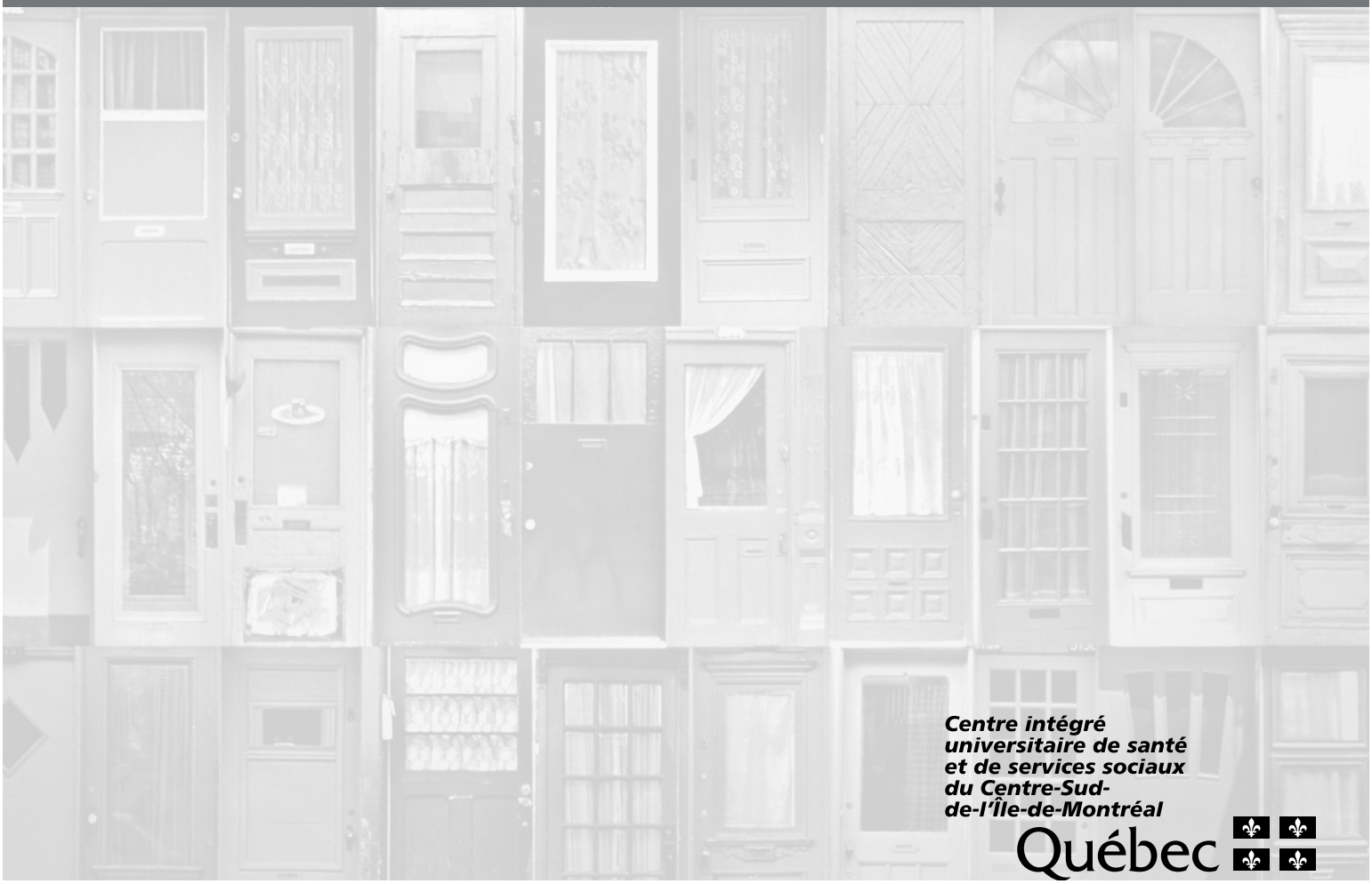
Pour des logements salubres et abordables

Rapport du directeur de santé publique de Montréal 2015

Québec

Pour des logements salubres et abordables

Rapport du directeur de santé publique de Montréal 2015



Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Québec

Une publication de la **Direction régionale de santé publique**
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514-528-2400
www.dsp.santemontreal.qc.ca

Sous la direction de
Richard Massé, directeur de santé publique de Montréal

Direction scientifique et coordination
Marie-France Raynault, Centre Léa-Roback

Recherche et rédaction
Marie-France Raynault, Simon Tessier, François Thérien

Coordination de la recherche
Simon Tessier

Recherche et traitement des données
Emmanuelle Huberdeau, David Kaiser, Marie-Ève Simoneau

Cartographie
Sophie Goudreau, Emmanuelle Huberdeau

Comité de pilotage
Louis Drouin
David Kaiser
Norman King
Richard Massé
Stéphane Perron
Marie Pinard
Marie-France Raynault
Simon Tessier

Contribution au contenu
Danielle Guay, Isabelle Laurin, Sylvie Lavoie,
Émilie Leblanc, Pascale Leclerc, Stéphane Perron
Terry-Nan Tannenbaum
Julie Bruneau, Université de Montréal, CRCHUM
Faisca Richer, Institut national de santé publique
Daniel Turp, Université de Montréal

Nous tenons à remercier nos relecteurs pour leur contribution éclairée à la révision de ce rapport :
Marie-José Corriveau, Front d'action populaire en réaménagement urbain (FRAPRU)
Stéphane Grenier, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
Pierre J. Hamel, INRS-Urbanisation, Culture et Société
Nicole Jetté, Front commun des personnes assistées sociales du Québec
Gilles Rioux, Institut de recherche en économie contemporaine

Édition et communications
Marie Pinard

Coordination de la production
Isabelle Thérien, Centre Léa-Roback

Graphisme
Paul Cloutier

Révision linguistique
Colette Pilon-Bergman

Couverture
Éric Daudelin
Courtepointe verte (détail) 1976
Épreuve Cibachrome 59 x 64 cm

Les photos de Maxime Juneau qui apparaissent
dans le rapport ont été initialement utilisées dans le cadre
de l'expo-photos « Tranches de vie à Côte-des-Neiges »,
organisée par O.E.I.L. Côte-des-Neiges en septembre 2010.

Dans le cadre de la production de ce rapport, un forum réunissant les regroupements d'organismes communautaires montréalais œuvrant dans le domaine du logement a été organisé le 18 juin 2014. Nous avons aussi tenu une série de rencontres de consultation auprès d'autres acteurs clés du domaine. Nous tenons à remercier tous les participants pour leur contribution à la réflexion aux enjeux prioritaires en matière de logement à Montréal.

© Direction régionale de santé publique
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2015

ISBN 978-2-89673-499-3 (version imprimée)
ISBN 978-2-89673-500-6 (version PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archive nationales du Québec, 2015
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2015

Les reproductions de ce texte, en tout ou en partie, sont autorisées à condition d'en mentionner la source.
Dans cette publication, l'emploi du masculin pour désigner les personnes n'a d'autre fin que d'alléger le texte.

English version is available upon request

Mot du directeur

Les problèmes de santé liés aux conditions de logement sont connus depuis le XIX^{e} siècle. Ils ont suscité l'attention et les interventions des autorités de santé publique depuis cette époque où la population a délaissé la campagne pour venir s'installer massivement dans les villes.

Près de deux siècles plus tard, les directions de santé publique continuent de se préoccuper du logement. Car, bien que la situation ait évolué, il demeure l'un des principaux déterminants de la santé. Beaucoup de défis subsistent quant à l'accès à des logements salubres et abordables pour l'ensemble de la population, en particulier pour les groupes les plus vulnérables.

La Direction de santé publique (DSP) de Montréal suit l'évolution du dossier de l'habitation depuis de nombreuses années et a abordé la question dans divers rapports et recherches. En outre, la DSP soutient les autorités municipales et le réseau de la santé en offrant son expertise médicale et environnementale dans les situations complexes d'insalubrité qui présentent des risques pour la santé.

En 2011, la DSP de Montréal faisait de la lutte aux inégalités sociales de santé l'une de ses priorités suite à la publication d'un rapport sur le sujet qui traitait, notamment, de la question du logement. Le présent rapport s'inscrit dans la continuité de cette démarche. Il fait le point sur la situation du logement à Montréal, expose les effets nocifs des logements insalubres sur la santé et présente les problèmes auxquels doivent faire face les ménages lorsqu'ils n'ont d'autre choix que d'accorder une part disproportionnée de leur revenu pour se loger. Il a fait l'objet de nombreuses consultations auprès des principaux acteurs concernés afin de proposer des pistes de solution réalistes pour améliorer l'accès à des logements salubres, abordables et, par conséquent, favorables à la santé et au bien-être des Montréalais.

Le directeur de santé publique de Montréal,

Richard Massé, M.D.

Table des matières

Sigles et acronymes . . . . . **VI**

Liste des encadrés . . . . . **VII**

Liste des figures . . . . . **VIII**

Liste des tableaux . . . . . **IX**

Introduction **1**

1. Le logement, au cœur des préoccupations de la santé publique **7**

Une longue histoire à Montréal 8

Le logement, un déterminant de la santé important 9

La Direction de santé publique de Montréal et le logement 10

La salubrité et l'abordabilité, deux enjeux indissociables 11

2. Le logement à Montréal : état de la situation **13**

Les enjeux montréalais 14

Prépondérance des ménages locataires 14

De nombreux ménages à faible revenu 15

Augmentation du coût des logements locatifs 15

Insuffisance de l'offre de logements locatifs 17

Les logements sociaux et abordables à Montréal 18

3. La salubrité des logements **25**

Les effets sur la santé 27

Moisissures et humidité excessive 27

Vermine et insectes 28

La situation montréalaise 28

4. L'abordabilité des logements **35**

L'accès au logement 36

Les effets sur la santé 38

Insécurité alimentaire et besoins essentiels 39

Anxiété et dépression 40

La situation montréalaise 41

Perception des ménages quant à leurs conditions de logement 43

5. Le logement et la santé des familles **47**
Les effets sur la santé 49
Inabordabilité 49
Instabilité résidentielle 49
Violence familiale 50
Jeunes et protection de la jeunesse 50
La situation montréalaise 51
Salubrité des logements où vivent de jeunes enfants 51
Disponibilité de logements abordables pour les familles avec de jeunes enfants 52

6. Le logement et les personnes âgées **57**

7. Le logement et les populations exclues **61**
Les sans-abri 62
La population autochtone 63
Les jeunes de la rue 64
Les personnes infectées par le VIH et le virus de l'hépatite C 65
Les usagers de drogues par injection 65
Les personnes aux prises avec la maladie mentale 65
Les immigrants 65
Les personnes handicapées ou à mobilité réduite 66

8. Le logement social, ici et ailleurs **71**
L'évolution du logement social au Canada 73
Le logement social dans les pays de l'OCDE 74
Des pistes de solution 74
Soutien à l'offre de logements abordables sur le marché 74
Réglementation du marché locatif 74
Introduction du zonage d'inclusion 75
Crédit fiscal pour la production de logements abordables 75

Conclusion et pistes de solutions **79**

ANNEXE I — Notes méthodologiques **86**

ANNEXE II — Instances gouvernementales concernées par le logement **88**

ANNEXE III — Logement et droits **91**

Sigles et acronymes

CÉLI	Compte d'épargne libre d'impôt
CMM	Communauté métropolitaine de Montréal
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSP	Direction de santé publique
ENM	Enquête nationale auprès des ménages
HLM	Habitation à loyer modique
ISQ	Institut de la statistique du Québec
MFR	Mesure du faible revenu
OBNL	Organisme à but non lucratif
OMHM	Office municipal d'habitation de Montréal
RMR	Région métropolitaine de recensement
SALAM	Enquête sur la salubrité et l'abordabilité du logement à Montréal
SCHL	Société canadienne d'hypothèques et de logement
SFR	Seuil de faible revenu
SHDM	Société d'habitation et de développement de Montréal
SHQ	Société d'habitation du Québec
UDI	Usager de drogues par injection
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Liste des encadrés

Principales sources de données . . . 3

Montréal en bref . . . 4

Logement et inégalités sociales de santé . . . 11

Abordabilité et aide sociale . . . 16

Quelques définitions . . . 19

Un projet exemplaire de mixité sociale : le projet Angus, phase 1 . . . 21

Gestion de la salubrité des logements : l'exemple d'autres grandes villes . . . 32

L'abordabilité, une préoccupation de longue date . . . 38

Crainte d'éviction des locataires et déménagements . . . 40

Le logement étudiant, un problème sous-estimé à Montréal . . . 41

Exemples d'interventions locales . . . 44

Les effets de la fumée de tabac au domicile sur la santé des enfants . . . 52

Initiative montréalaise pour soutenir l'abordabilité du logement pour les familles . . . 53

La frontière entre le logement et l'hébergement pour les aînés atteints d'incapacité . . . 59

Projet Chez Soi . . . 63

Une solution au financement du logement abordable : le CÉLI Habitation durable . . . 76

Logement social et logement abordable : de nombreux seuils de revenu . . . 89

Liste des figures

Figure 1 Iceberg de la précarité résidentielle au Canada 10

Figure 2 Proportion et nombre de ménages locataires par rapport à l'ensemble des ménages selon l'arrondissement ou la ville liée, île de Montréal, 2011 15

Figure 3 Proportion et nombre de ménages vivant sous le seuil de faible revenu selon l'arrondissement ou la ville liée, île de Montréal, 2011 16

Figure 4 Taux d'inoccupation des logements selon le prix et le nombre de chambres à coucher, Montréal, 2014 17

Figure 5 Offre de logements sociaux et communautaires à Montréal (%), 2013 20

Figure 6 Répartition des logements sociaux et communautaires selon l'arrondissement ou la ville liée (%), île de Montréal, 2013 20

Figure 7 Ménages rapportant la présence de punaises de lit selon l'arrondissement ou la ville liée (%), île de Montréal, 2010-2014 29

Figure 8 Ménages rapportant la présence de coquerelles selon l'arrondissement ou la ville liée (%), île de Montréal, 2010-2014 30

Figure 9 Ménages locataires rapportant la présence de moisissures ou d'infiltration d'eau dans leur logement selon le taux d'effort (%), île de Montréal, juin 2014 30

Figure 10 Ménages rapportant des moisissures visibles selon l'arrondissement ou la ville liée (%), île de Montréal, 2010-2014 31

Figure 11 Ménages rapportant certains indicateurs d'insécurité alimentaire selon le statut de propriété et le revenu (%), île de Montréal, juin 2014 40

Figure 12 Proportion de ménages qui consacrent plus de 30 % de leur revenu au logement, Montréal, 2011 42

Figure 13 Ménages locataires qui consacrent 30 % ou plus de leur revenu au logement, selon l'arrondissement ou la ville liée (%), île de Montréal, 2011 42

Figure 14 Proportion des ménages privés qui consacrent plus de 30 % de leur revenu au logement selon l'âge du principal soutien du ménage, Montréal, 2011 43

Figure 15 Ménages locataires ayant une perception mauvaise ou très mauvaise de leurs conditions d'habitation selon le taux d'effort (%), île de Montréal, juin 2014 43

Figure 16 Fractions attribuables du risque pour différentes maladies affectant les enfants, Montréal, 2006 51

Figure 17 Ménages avec enfants consacrant 30 % ou plus de leur revenu au logement selon l'arrondissement ou la ville liée (%), île de Montréal, 2011 53

Figure 18 Proportion de ménages privés ayant une personne de 65 ans et plus comme principal soutien qui consacrent plus de 30 % de leur revenu au logement, Montréal, 2011 59

Figure 19 Proportion de ménages consacrant 30 %, 50 % et 80 % et plus de leur revenu au logement selon le statut d'immigration, Montréal, 2011 66

Liste des tableaux

Tableau 1 Loyer moyen des appartements d'initiative privée selon l'année de construction et le nombre de chambres ($), Montréal, 2014 18

Tableau 2 Ménages rapportant la présence de certains indicateurs d'insalubrité ou de conditions de logement inadéquates (%), île de Montréal, juin 2014 28

Tableau 3 Problèmes rapportés par les ménages selon le statut de propriété et le taux d'effort (%), île de Montréal, juin 2014 39

Tableau 4 Population montréalaise de 65 ans et plus ayant une incapacité physique, 2006 67

Introduction

Introduction

Photo : iStock

Le logement idéal favorise la santé physique et mentale. Il procure à ses occupants une certaine sécurité psychologique, des liens physiques avec leur communauté et leur culture ainsi que le moyen d'exprimer leur individualité.

Organisation mondiale de la Santé, 1989[1]

Le directeur de santé publique de Montréal a pour mission d'améliorer la santé et le bien-être des Montréalais[A] tout en réduisant les inégalités de santé observables au sein de la population, notamment entre les mieux nantis et les plus pauvres ou entre les différents territoires de l'île de Montréal[2,3].

En vertu de l'article 373 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux[4], le directeur est aussi responsable dans sa région « d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces. » À ce titre, il publiait en 2011 un rapport sur les inégalités sociales de santé qui identifiait les interventions les plus porteuses dans le domaine[5]. Il recommandait notamment de mettre en place des actions visant l'accès à un logement salubre et abordable pour tous[6,7]. Le présent rapport s'inscrit dans la suite de ces travaux; il analyse en profondeur les liens entre les conditions de logement et la santé, met en relief les effets de ces conditions sur les populations exclues ou vulnérables et soumet à la discussion diverses recommandations.

A « Les Montréalais » désigne toutes les personnes qui résident sur l'île de Montréal, quel que soit leur genre ou leur statut.

Le Centre Léa-Roback a assuré la direction scientifique du rapport en collaboration avec différents secteurs de la Direction de santé publique (DSP) de Montréal. Le travail a débuté par la réalisation d'une enquête sur la salubrité et l'abordabilité du logement à Montréal (SALAM) auprès de 1 600 ménages en juin 2014. Cette enquête portait autant sur les conditions physiques du logement que sur les impacts du coût de l'habitation sur la sécurité alimentaire et l'anxiété des résidants.

Les résultats obtenus ont été enrichis des données d'autres études menées par la DSP, à savoir : l'Enquête sur la santé respiratoire des enfants montréalais, celle sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle, ainsi que les données de surveillance des infections transmises par le sang chez les usagers de drogues par injection. Les données de l'Enquête nationale sur les ménages (ENM 2011) et celles du dernier recensement ont été utilisées pour réaliser un portrait des enjeux relatifs au logement montréalais, de même qu'une compilation des statistiques de la Société d'habitation du Québec (SHQ) et de la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL).

Une recension des écrits scientifiques et de la littérature grise a permis de dégager une vue d'ensemble des liens qui unissent le logement et la santé, et d'explorer des pistes de solutions déjà appliquées dans d'autres pays développés. Elle a également donné l'occasion de constituer un corpus de références présentées à la fin de chaque section, ainsi que des annexes décrivant le contexte juridique et institutionnel du Québec et du Canada.

Les enjeux liés au logement sont complexes et concernent une myriade d'acteurs de différents paliers gouvernementaux, aussi bien que des secteurs privé, communautaire et associatif. Au début de la démarche, les groupes communautaires impliqués dans l'action ont été rencontrés de même que les intervenants professionnels des centres de santé et de services sociaux (CSSS) de Montréal. Au printemps et à l'été 2015, les responsables politiques et administratifs de la Ville de même que les caucus montréalais des différents partis politiques québécois et canadiens ont été sollicités afin de discuter des solutions mises de l'avant. Enfin, des représentants des propriétaires de logements privés et des gestionnaires de logements sociaux ont aussi été invités à participer à la discussion.

Principales sources de données

Les données utilisées dans le présent rapport proviennent de différentes sources. L'Annexe I présente des notes méthodologiques à prendre en compte dans l'interprétation de ces données, notamment au regard de l'ENM 2011, qui s'est substituée au formulaire long du recensement, et des définitions employées par la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL).

1) Enquête sur la salubrité et l'abordabilité du logement à Montréal (SALAM), réalisée auprès des ménages de Montréal par le Centre Léa-Roback en juin 2014 (n = 1600).
2) Recension des écrits scientifiques et de la littérature grise.
3) Enquêtes de la Direction de santé publique de Montréal :
   a) Enquête sur la santé respiratoire des enfants montréalais de 6 mois à 12 ans (2011) (n = 8 000);
   b) Enquête montréalaise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle (2013) (n = 1 200).
4) Données de recensement et de l'Enquête nationale sur les ménages (ENM 2011).
5) Données de programmes de la Société d'habitation du Québec (SHQ).
6) Statistiques sur le logement de la SCHL.

Le directeur souhaite définir les enjeux et établir les consensus qui permettront d'assurer que les conditions d'habitation soient propices à une vie saine et à la réduction des inégalités sociales de santé. Il entend, par la publication de ce rapport, contribuer à la recherche de solutions susceptibles de mobiliser l'ensemble des acteurs concernés par les problèmes de logement à Montréal. L'intervention publique dans le secteur de l'habitation est une nécessité qui doit être envisagée en lien avec les efforts de lutte contre la pauvreté comme le préconise le Plan d'action gouvernemental en matière de

Montréal en bref

La région métropolitaine de recensement (RMR) de Montréal compte 3,8 millions de personnes et comprend les villes des couronnes nord et sud de l'île[10]. La population de l'île de Montréal compose la moitié (49 %) de la population totale de la RMR. Avec ses 1,9 million d'habitants, Montréal* est la métropole du Québec et représente près du quart (24 %) de la population de la province[11]. Elle inclut seize villes liées, dont la ville de Montréal qui compte pour 87 % de la population[12].

Selon les données du recensement de 2011, Montréal compte 850 000 ménages** dont 480 000 familles. Plus de 60 % d'entre elles ont des enfants et environ 200 000 familles ont au moins un enfant âgé de 0 à 17 ans. Une famille sur quatre est monoparentale[13].

Près de la moitié des Montréalais ont le français comme langue maternelle, 17 % l'anglais et 34 % une autre langue[14]. La coexistence de plusieurs langues traduit une grande diversité culturelle[15] qui découle du fait que près d'un Montréalais sur trois est né à l'extérieur du pays[16]. Par ailleurs, 2,1 % de la population se déclare d'origine autochtone[17].

Centre culturel, universitaire, économique, financier et siège de plusieurs institutions gouvernementales et internationales, Montréal contribue pour plus du tiers du PIB du Québec, soit 117,5 milliards de dollars en 2013[18]. Cette richesse est cependant distribuée de façon très inégale dans la population. Au sommet de la pyramide économique, 11 % des ménages disposent d'un revenu annuel supérieur à 100 000 $, alors qu'à l'autre extrémité se trouvent 23 % des ménages qui vivent avec moins de 20 000 $ par année. À Montréal, le quart des ménages (26 %) vit sous le seuil de faible revenu, soit plus de 220 000 ménages.

En février 2015, le taux d'assistance sociale à Montréal était de 9 %, un taux largement supérieur à la moyenne québécoise (6,6 %). Cela représente plus de 150 000 personnes, y compris près de 40 000 enfants[19]. Le taux d'assistance des enfants (de 0 à 17 ans), à Montréal, est largement supérieur à celui de l'ensemble du Québec (11 % comparé à 6,4 %)[20]. Cette situation est particulièrement problématique dans la mesure où la suffisance du revenu de l'assistance sociale n'a jamais dépassé, entre 1989 et 2010, 55 % du seuil de faible revenu[21].

* Dans le présent rapport, « Montréal » désigne « l'agglomération de Montréal », qui correspond au territoire de l'île de Montréal.

** Selon les critères de Statistique Canada, un ménage réfère à une personne ou à un groupe de personnes qui occupent le même logement et n'ont pas de domicile habituel ailleurs au Canada ou à l'étranger. Le logement peut être un logement collectif ou un logement privé. Le ménage peut se composer d'un groupe familial (famille de recensement), de deux familles ou plus partageant le même logement, d'un groupe de personnes non apparentées ou d'une personne vivant seule.

lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale 2004-2010[8], pauvreté dont les effets dévastateurs sur la santé ne sont plus à démontrer[9].

Après avoir décrit l'historique de l'intervention de santé publique dans le secteur du logement et exposé les liens entre les mauvaises conditions de logement et la santé (section 1), le rapport présente un état des lieux du logement montréalais (section 2) pour se pencher ensuite sur les principaux enjeux liés à l'habitation, à savoir : la salubrité (section 3); l'abordabilité (section 4); les impacts sur les familles (section 5), les personnes âgées (section 6) et les populations exclues (section 7). Le logement social et abordable fait également l'objet d'une section (8). Enfin, le rapport se termine avec l'énoncé de propositions susceptibles d'améliorer l'accès à des logements salubres et abordables pour les Montréalais.

Références

1 Organisation mondiale de la Santé (OMS). 1989. *Santé et logement : Principes directeurs*, Genève, page v.

2 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2011. *Rapport du directeur de santé publique 2011 – Les inégalités sociales de santé à Montréal : le chemin parcouru*, p. 31 et 109.

3 *Ibid.*

4 Gouvernement du Québec. 1991. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. L.R.Q. Ch. S-4.2, art. 373.

5 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2011. *Rapport du directeur de santé publique 2011. Op. cit.*

6 *Ibid.*

7 Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2012. *Plan régional de santé publique 2010-2015. Orientation 5, Des logements salubres et accessibles*, Louis Jacques et Stéphane Perron, Montréal.

8 Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale du Québec (MESS). 2010. *Le Québec mobilisé contre la pauvreté; Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale 2010-2015*, Orientation 4 - Améliorer les conditions de vie des personnes et des familles à faible revenu, p. 35-37.

9 Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2009. *Combler le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé, Genève.

10 Statistique Canada. Recensement de 2011.

11 *Ibid.*

12 *Ibid.*

13 *Ibid.*

14 *Ibid.*

15 Ville de Montréal. 2014. *Profil sociodémographique, Agglomération de Montréal*, Service de la mise en valeur du territoire, juillet.

16 Statistique Canada. 2011. Enquête nationale auprès des ménages (ENM), [en ligne] [www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/index-fra.cfm]

17 *Ibid.*

18 Institut de la statistique du Québec (ISQ). 2014. « Produit intérieur brut (PIB) aux prix de base, Montréal et ensemble du Québec, 2009-2013 », [en ligne] [www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/profil06/econo_fin/conj_econo/cptes_econo/pib06.htm]

19 Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale du Québec. 2015. *Rapport statistique sur la clientèle des programmes d'assistance sociale*, Direction de la statistique, de l'information de gestion et du suivi de la performance, février, p. 1.

20 *Ibid.*

21 Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale du Québec. 2011. *Évolution du nombre de ménages aux programmes d'aide financière de dernier recours pour l'ensemble du Québec*, avril 2011.

1

Le logement, au cœur des préoccupations de la santé publique

Le logement, au cœur des préoccupations de la santé publique

Photo : Archives de la STM

Une longue histoire à Montréal

Le logement a toujours été un terrain d'intervention pour la santé publique. Ainsi, dans le sillage de l'urbanisation massive qui a marqué la révolution industrielle, la salubrité des logements s'impose à l'ordre du jour des instances de santé publique occidentales dès le milieu du XIX^{e} siècle[1]. La promiscuité des habitants dans de petits logements insalubres et les éclosions de maladies infectieuses qui en résultent conduisent les autorités sanitaires à se pencher sur différents problèmes, tels l'hygiène, le surpeuplement, la mauvaise ventilation, les risques d'incendie, etc.[2]. Les conditions d'insalubrité des logements de l'époque sont décrites, notamment en Angleterre, dans le rapport Chadwick de 1842, *The sanitary conditions of the labouring population*[3]. Sous l'influence du Sanitary Reform Movement, le Parlement britannique adopte la première loi de santé publique et crée une agence centrale de santé chargée de superviser le nettoyage des rues, le ramassage des ordures, l'approvisionnement en eau, la salubrité des logements, etc.[4]. Au cours du même siècle, aux États-Unis, ce sont les conditions de logement extrêmes dans lesquelles vivent les ouvriers qui agissent comme catalyseurs des mesures de santé publique, de la réforme de l'habitation et de l'émergence du logement social[5].

Au Québec, à la même époque, la salubrité des logements est déjà une préoccupation des autorités municipales de santé publique. Alertées par une épidémie de choléra sévissant alors en Europe, elles font en sorte que la municipalité de Montréal se dote d'un bureau de santé permanent dès 1865[A]. En 1876, un règlement précise les champs d'activités du bureau de santé; ils couvrent des enjeux liés à l'habitation et aux égouts, dont les fosses d'aisance[B]. En vertu de la Loi provinciale d'hygiène de 1901 autorisant les municipalités à interdire les chambres à coucher sans ouverture vers l'extérieur, le Bureau d'hygiène s'attaque à l'éradication des logements insalubres au tournant du XX^{e} siècle[6]. À partir de 1916, les autorités sanitaires de la ville accordent une plus grande attention à l'hygiène de l'habitation[7]. Afin de lutter contre la tuberculose et la mortalité infantile, Montréal établit par la suite un registre sanitaire des logements visant à éliminer les chambres noires et fermer les sous-sols utilisés comme habitations[8]. En 1929, 81 % des logements sont inspectés et la majorité des logements impropres à l'habitation sont modifiés ou condamnés[C]. Le service de santé de la Ville de Montréal continue d'intervenir en matière d'habitation jusqu'à son démantèlement dans les années 1970. De nos jours, la gestion de la salubrité des logements incombe à la Ville de Montréal et aux arrondissements, alors que les problèmes de santé qui découlent de l'insalubrité relèvent de la responsabilité des instances régionales et locales de santé publique.

Malgré les interventions sanitaires réalisées depuis la seconde moitié du XIX^{e} siècle, le logement demeure une préoccupation de santé publique universelle. De nos jours, aux États-Unis et en Grande-Bretagne, notamment, les instances sanitaires mettent en place de nombreuses interventions environnementales pour contrer l'insalubrité de l'habitation[9].

Le logement, un déterminant de la santé important

La problématique du logement dépasse largement celle de l'itinérance. En effet, il existe une gradation dans les différentes formes de précarité résidentielle[10]. Ainsi que l'illustre le Wellesley Institute dans son rapport sur la situation du logement au Canada, la précarité résidentielle se compare à un iceberg dont la partie visible représente l'itinérance (Fig. 1). Outre cette forme extrême de précarité résidentielle qu'est l'itinérance, il faut inclure dans la problématique du logement des problèmes beaucoup moins visibles, tels l'itinérance cachée (quand les personnes sont hébergées temporairement chez des amis ou des proches), le surpeuplement des logements, les besoins impérieux de logement[D], les logements insalubres et les logements inabordables.

L'évolution de la conception de la santé et de ses déterminants a permis d'ouvrir une perspective globale des liens entre le logement et la santé. Le rapport du gouvernement fédéral intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* (aussi appelé « rapport Lalonde »), paru en 1974, avance déjà que les conditions de logement sont un déterminant de la santé[11]. En 1986, la Charte d'Ottawa stipule que le logement est une « condition préalable indispensable » à toute amélioration de santé[12]. Plus récemment, la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé rappelle, en 2008, que l'accès à un logement de qualité est un préalable à une vie saine[13].

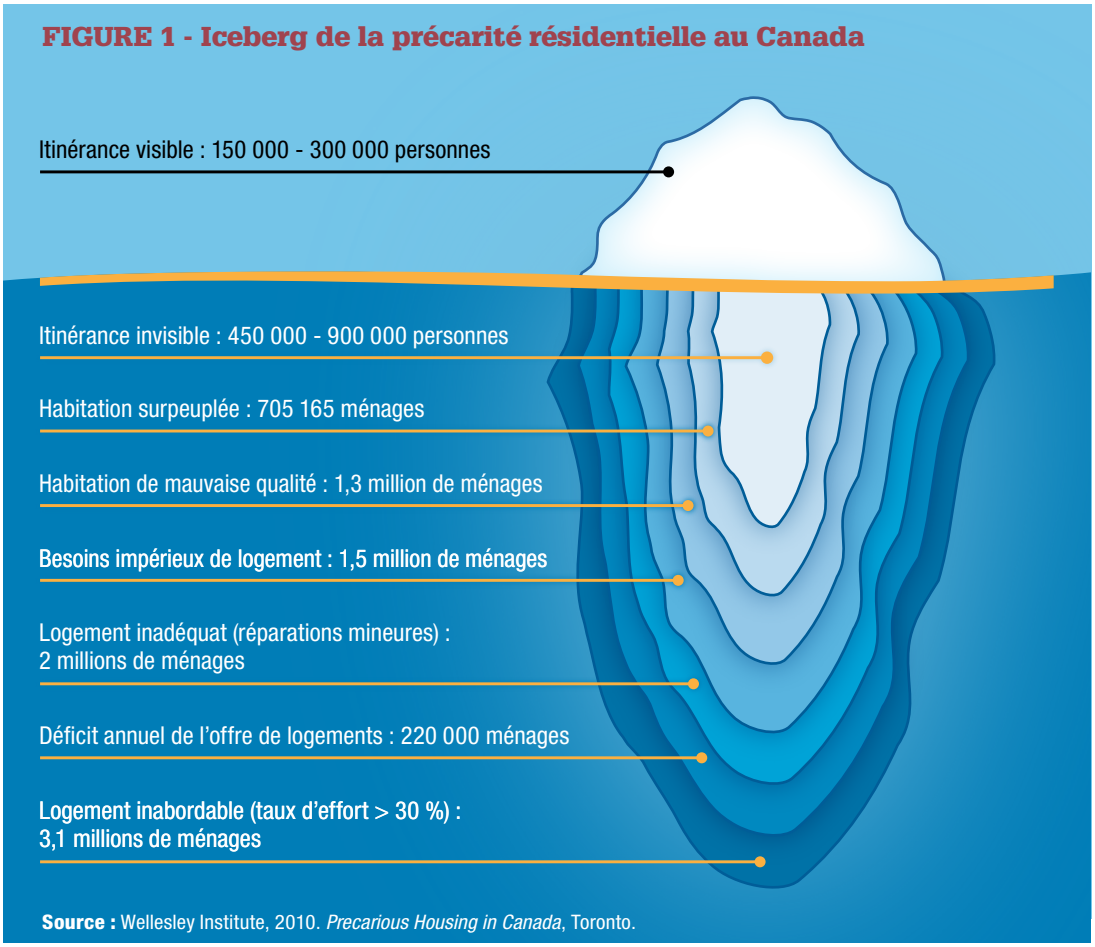
A Gaumer et collaborateurs – mentionnant les travaux de Farley et coll. – soulignent que 1865 doit être considérée comme l'année « des commencements d'une administration permanente de santé publique » qui s'échelonne de 1865 à 1885. Voir Gaumer B., Desrosiers G. et Keel O. 2002. *Histoire du service de santé de la ville de Montréal 1865-1975*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, p. 30, note 31.

B On en dénombre plusieurs milliers en 1891, alors qu'en 1914 il n'en reste plus qu'une centaine à Montréal. Voir Gaumer B., Desrosiers G. et Keel O. 2002. *Histoire du service de santé de la ville de Montréal 1865-1975*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, p. 142-143.

C Soit 141 877 des 174 499 logements. Dans le cadre de ces inspections, 829 chambres noires et 620 caves et logements insalubres sont repérés. Voir Gaumer B., Desrosiers G. et Keel O. 2002. *Histoire du service de santé de la ville de Montréal 1865-1975*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, p. 145.

D L'indicateur « besoins impérieux de logement » utilisé par la SCHL repose sur trois critères : la qualité du logement (qui n'a pas besoin de réparations majeures); la taille suffisante du logement (un nombre de chambres suffisant pour le nombre d'habitants selon la Norme nationale d'occupation); et l'abordabilité (le coût du logement est inférieur à 30 % du revenu avant impôt). On considère qu'un ménage a des besoins impérieux de logement si son logement n'est pas conforme à une de ces trois conditions ET s'il ne peut avoir accès à un logement de qualité ou de taille suffisante dans sa région sans consacrer au moins 30 % de son revenu avant impôt. Voir Dutil, D. 2009. « Les besoins impérieux en matière de logement : Un regard sur la situation dans les RMR du Québec », *Bulletin d'information de la Société d'Habitation du Québec*, vol. 3, n^{o} 3, p. 1.

FIGURE 1 - Iceberg de la précarité résidentielle au Canada



Source : Wellesley Institute, 2010. *Precarious Housing in Canada*, Toronto.

Différents modèles définissent les relations entre le logement et la santé[14-18]. Ils abordent les différentes dimensions du logement ayant une incidence sur la santé, en particulier : la qualité du logement lui-même; les caractéristiques du quartier; le mode d'occupation (statut de propriété); les dimensions économiques (coût, disponibilité, subventions); et les conditions sociales des occupants (statut socioéconomique, stabilité résidentielle).

Le modèle de Dunn et ses collaborateurs est intéressant. Il comprend sept dimensions du logement qui influencent la santé des individus, à savoir : les risques physiques (liés à la salubrité), la dimension économique (abordabilité et diminution des inégalités), la sécurité des lieux, la dimension psychologique (le sentiment de sécurité), la dimension sociale (les liens sociaux, le voisinage), la dimension politique (les politiques publiques d'abordabilité) et l'influence du milieu (notamment par l'accès aux services)[19].

Ces dimensions doivent être considérées comme un ensemble dynamique, en interrelation, pour bien cerner les liens entre les conditions de logement et la santé.

Bien que l'ensemble de ces éléments ait un impact sur la santé des individus, ce premier rapport sur le logement se concentre sur deux dimensions qui préoccupent particulièrement les instances de santé publique, à savoir : la salubrité et l'abordabilité.

La Direction de santé publique de Montréal et le logement

En matière de salubrité du logement, la DSP intervient dans le cadre de ses mandats légaux de surveillance, de protection et de promotion de la santé[25]. Son intervention se décline en plusieurs volets : la réalisation d'enquêtes après un signalement[E] pour déterminer la pré-

E Les dispositions relatives au signalement des menaces à la santé auprès des autorités de santé publique sont précisées dans la Loi sur la santé publique - Signalement aux autorités de santé publique (L.R.Q. – Ch. X).

Logement et inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé se définissent par les écarts qui existent systématiquement dans l'état de santé des différents groupes socioéconomiques[20]. Malgré des améliorations majeures dans l'état de santé de la population montréalaise depuis plus de 15 ans, d'importantes iniquités persistent et influencent la santé des individus[21].

Les inégalités sociales entre les groupes socioéconomiques se traduisent, entre autres choses, par des conditions inégales d'habitation qui se répercutent sur l'état de santé des populations les plus pauvres. Les ménages à faible revenu sont plus souvent contraints de se loger dans des logements présentant des facteurs d'insalubrité susceptibles de nuire à leur santé[22]. Les conditions de logement sont non seulement un terrain où se vivent les inégalités sociales et de santé, mais aussi un facteur d'accroissement des inégalités de richesse entre ceux qui ont accès à la propriété et ceux qui n'y ont pas accès[23]. Ainsi que le résument Rauh et ses collaborateurs (2008) : « Les conditions de logement, façonnées par les forces sociales, jouent sur l'exposition aux contaminants physiques et chimiques et transforment ainsi les difficultés sociales des individus en problèmes de santé et en inégalités de santé dans la population[24]. »

sence de menace potentielle à la santé liée à la salubrité des habitations; l'expertise conseil de santé environnementale en matière de logement et de santé; des activités de formation sur la salubrité des logements; des services médicaux spécialisés dans les problèmes de santé liés à l'environnement, y compris les conditions de logement [F]. En 2011, dans le cadre de son mandat de surveillance, la DSP a publié une étude démontrant l'impact majeur de l'insalubrité résidentielle sur la santé respiratoire des enfants montréalais [26]. Les dimensions de l'habitation sont aussi prises en compte dans ses études sur la préparation des enfants à l'école, les conditions de vie des usagers de drogues par injection (UDI) et des jeunes de la rue. De plus, elles sont désormais considérées dans les nouvelles enquêtes de surveillance.

La DSP réalise également des interventions conjointes avec les instances locales de santé, la Ville de Montréal, les arrondissements et des organismes communautaires pour tenter d'enrayer les problèmes de salubrité[27]. Elle siège au Comité sur le Plan d'action de lutte à l'insalubrité 2014-2017 mis en place par la Ville de Montréal et au comité DSP-CSSS sur la salubrité des logements. Enfin, la DSP soutient les mesures préventives qui favorisent les habitations sans fumée et la diminution de l'exposition des jeunes à la fumée de tabac au domicile[28,29]. La DSP a aussi participé au plan de lutte contre les punaises de lit conjointement avec la Ville de Montréal[30].

La salubrité et l'abordabilité, deux enjeux indissociables

Bien que la DSP de Montréal ait longtemps concentré ses actions sur les problèmes de salubrité, l'expérience d'intervention en matière d'habitation montre qu'on ne peut agir sur la salubrité en ignorant l'enjeu de l'abordabilité. Le prix élevé des logements contraint certaines personnes à demeurer dans un logement insalubre, faute de pouvoir trouver un logement adéquat à prix abordable. Selon les médecins cliniciens de la DSP, il est très difficile de relocaliser dans des logements sains et abordables les personnes devenues malades à cause de conditions insalubres d'habitation. Et ceci, sans parler du fait que les rénovations nécessaires pour améliorer la salubrité sont susceptibles d'entraîner des hausses importantes du coût du loyer. L'expérience terrain des instances locales de santé publique indique aussi que les logements insalubres sont souvent rénovés ou démolis afin d'être transformés en condominiums, ce qui réduit d'autant le nombre de logements abordables.

Par ailleurs, le fait de consacrer une proportion trop importante de son revenu au logement restreint la capacité des ménages de répondre aux autres besoins de base, y compris la nourriture et les médicaments. Il semble désormais nécessaire d'élargir le spectre d'action pour agir sur les autres dimensions du logement qui touchent la santé des populations, en particulier l'abordabilité du logement.

F Il s'agit de la Clinique de médecine du travail et de l'environnement du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CMTE-CHUM) et de la Clinique interuniversitaire de santé au travail et de santé environnementale du Centre universitaire de santé McGill (CISTE-CUSM).

Références

1 Shaw, M. 2004. « Housing and Public Health », *Annual Review of Public Health*, vol. 25, pages 397-418; et Hynes et coll. 2000. « Public Health and the Physical Environment in Boston Public Housing: A Community-based Survey and Action Agenda », *Planning Practice and Research*, vol. 15, no 1-2, p. 31-49.

2 Krieger, J. et D. L. Higgins. 2002. « Housing and Health: Time Again for Public Health Action », *American Journal of Public Health*, vol. 92, no 5, p. 758-768.

3 Chadwick, E. 1842. "Chadwick's Report on Sanitary Conditions", *Report from the Poor Law Commissioners on an Inquiry into the Sanitary Conditions of the Labouring Population of Great Britain*, p. 369–372, extrait disponible en ligne [www.victorianweb.org/history/chadwick2.html]

4 Shaw, M. 2004. « Housing and Public Health », *op. cit.*

5 Hynes et coll. 2000. « Public Health and the Physical Environment in Boston Public Housing: A Community-based Survey and Action Agenda », *Planning Practice and Research*, vol. 15, no 1-2, p. 31-49.

6 *Ibid.*, p. 87-88.

7 *Ibid.*

8 *Ibid.*, p. 144-146.

9 Krieger, J. et D. L. Higgins. 2002. *Op. cit.*

10 Dunn, J. R. 2000. « Housing and Health Inequalities: Review and Prospects for Research », *Housing Studies*, vol. 15, no 3, p. 341-366. Lalonde, M. 1974. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, ministre de l'Approvisionnement et des Services du Canada, Ottawa, p. 18.

11 Lalonde, M. 1974. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, ministre de l'Approvisionnement et des Services du Canada, Ottawa, p. 18.

12 Organisation mondiale de la Santé (OMS). 1986. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Genève, [en ligne] [www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf]

13 Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2009. *Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de le Commission des Déterminants Sociaux de la Santé*, Genève, p. 64-66.

14 Gibson, M., M. Petticrew et coll. 2011. « Housing and health inequalities: A synthesis of systematic reviews of interventions aimed at different pathways linking housing and health », *Health & Place*, vol. 17, no 1, p. 175-184.

15 Acevedo-Garcia, D. et coll. 2004. « Does Housing Mobility Policy Improve Health? », *Housing Policy Debate*, vol.15, no 1, p. 49-98.

16 Krieger, J. et D. L. Higgins. 2002. « Housing and Health: Time Again for Public Health Action », *op. cit.*

17 Bratt, R.G. 2002. « Housing and Family Well-being », *Housing Studies*, vol. 17, no 1, p. 13-26.

18 Moloughney, B. 2004. *Housing and population health: The state of current research knowledge*, Institut canadien d'information sur la santé.

19 Dunn J.R., M. Hayes, et coll. 2004. « Housing as a socio-economic determinant of health : a Canadian research framework » dans Howden-Chapman, P. et Carroll, P. (dir.), *Housing & Health: Research, Policy and Innovation*, Wellington (Nouvelle-Zélande), Steele Roberts, p. 12-39.

20 Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2009. *Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de le Commission des Déterminants Sociaux de la Santé*. Genève.

21 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2011. *Rapport du directeur de santé publique 2011 – Les inégalités sociales de santé à Montréal : le chemin parcouru.*

22 Evans, G. et E. Kantrowitz. 2002. « Socioeconomic status and health: the potential role of environmental risk exposure », *Annual review of public health*, vol. 23, no 1, p. 303-331.

23 Dunn, J. R. 2000. « Housing and Health Inequalities: Review and Prospects for Research », *Housing Studies*, vol. 15, no 3, p. 341-366.

24 Rauh, V.A. et coll. 2008. « Housing and Health », *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 1136, no 1, p. 276-288.

25 Gouvernement du Québec. 2001. *Loi sur la santé publique*, L.R.Q. Ch. S-2.2 art. 53.

26 Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2011. *Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais de 6 mois à 12 ans*, rapport synthèse régional, Montréal.

27 Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2012. *Plan régional de santé publique 2010-2015. Orientation 5. Des logements salubres et accessibles*, Montréal.

28 Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2012. *Montréal sans tabac - Plan de lutte au tabagisme 2012-2015*, p. 20-21

29 Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2014. *Rapport du directeur de santé publique 2014, Montréal sans tabac - Pour une génération de non-fumeurs*, p. 27.

30 Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2011. *Plan d'action régional de lutte contre les punaises de lit*, [en ligne] [www.santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers_portail/vivre_en_sante/environnement_sain/punaises_lit/punaisedelit_plandaction.pdf]

2

Le logement à Montréal : état de la situation

Le logement à Montréal : état de la situation

Photo : Jonathan Clark

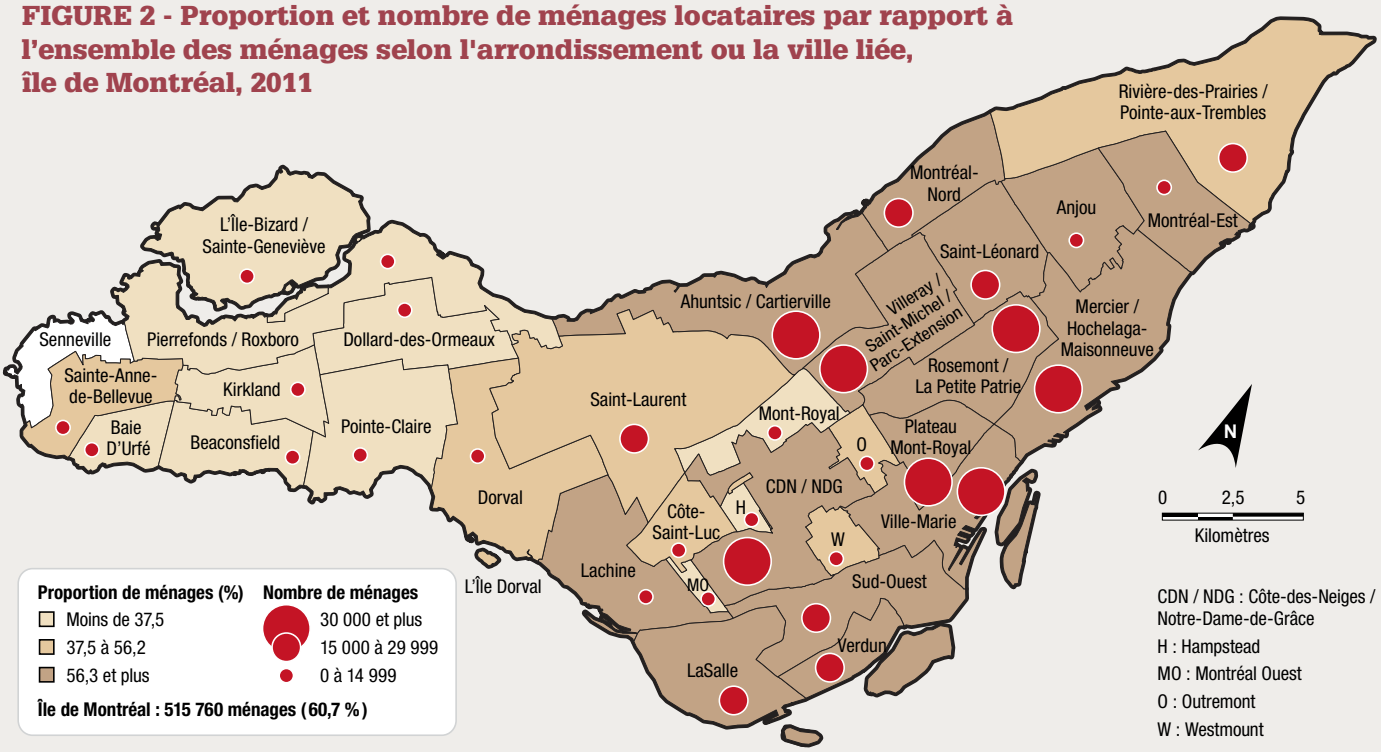
Avant d'approfondir les relations qui existent entre le logement et la santé, il importe de tracer le portrait de la situation du logement à Montréal et d'exposer certaines tendances observables. Le lecteur est invité à tenir compte des limites des données statistiques mentionnées à l'Annexe I.

Les enjeux montréalais

Prépondérance des ménages locataires

On trouve à Montréal environ 40 % des ménages locataires de l'ensemble du Québec, alors que la région ne représente que 25 % de l'ensemble des ménages de la province[1]. En 2011, Montréal compte 850 000 ménages privés, dont 515 000 ménages locataires[2]. Contrairement au reste du Québec où la majorité des ménages est propriétaire (61 %), la majorité des Montréalais est locataire de son lieu de résidence (61 %)[3]. La proportion de locataires varie grandement selon les territoires de Montréal. Elle est beaucoup plus élevée dans les quartiers centraux que dans les quartiers périphériques (Fig. 2). Alors que certains arrondissements ou villes liées comptent une faible proportion de locataires, parfois en deçà d'un ménage sur cinq (Baie-D'Urfé, Beaconsfield et Kirkland), près des trois quarts des ménages de Côte-des-Neiges–Notre-Dame-de-Grâce,

FIGURE 2 - Proportion et nombre de ménages locataires par rapport à l'ensemble des ménages selon l'arrondissement ou la ville liée, île de Montréal, 2011



Source : Statistique Canada, ENM 2011.

Plateau-Mont-Royal, Montréal-Nord, Rosemont–Petite-Patrie, Ville-Marie et Villeray–Saint-Michel–Parc-Extension sont locataires[4] (Fig. 2 et Annexe I).

De nombreux ménages à faible revenu

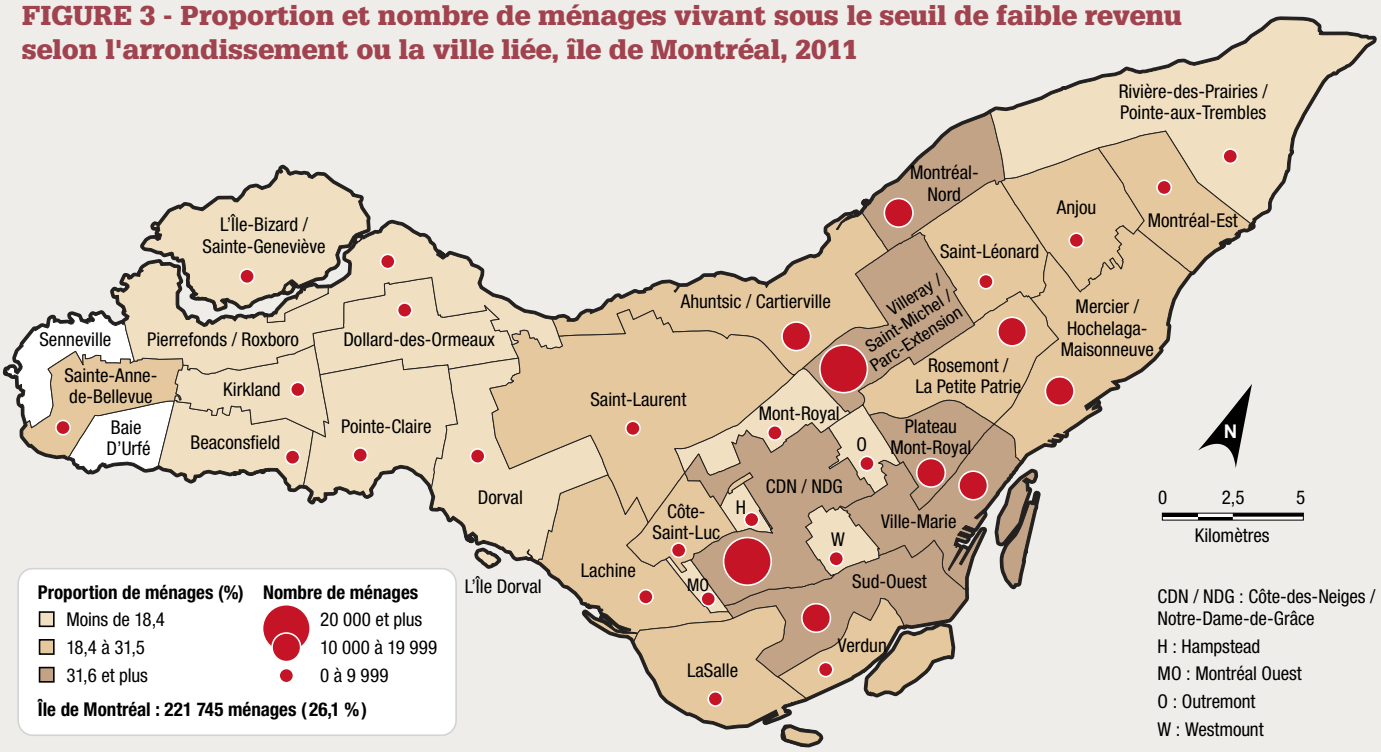
À Montréal, comme au Canada, le statut de propriété est fortement lié à la richesse des ménages et les écarts entre les propriétaires et les locataires se creusent depuis le milieu des années 1980[5]. Le quart (26 %) des ménages montréalais vit sous le seuil de faible revenu (SFR)[A]. Alors que cette proportion s'élève à 37 % parmi les ménages locataires, elle est de 9 % chez les ménages propriétaires. De plus, elle est plus élevée dans les quartiers centraux (Fig. 3). Alors que la proportion de la population à faible revenu est de moins de 10 % dans les villes liées de Beaconsfield (6,1 %) et Kirkland (5,6 %), elle s'élève au-dessus de 30 % dans plusieurs arrondissements centraux, notamment : Ville-Marie (38 %), Côte-des-Neiges–Notre-Dame-de-Grâce (34 %), Villeray–Saint-Michel–Parc-Extension (34 %), Montréal-Nord (33 %), Sud-Ouest (33 %) et le Plateau-Mont-Royal (32 %)[6].

Augmentation du coût des logements locatifs

À Montréal, entre 2001 et 2014, le prix moyen des loyers mensuels a augmenté de 31 % pour les logements de deux chambres à coucher et de 38 % pour les logements de trois chambres à coucher et plus[7,8]. La hausse des loyers durant cette période a été supérieure à l'inflation qui était de 28 % pour la période 2001-2014[9].

A Le SFR est calculé en ajoutant 20 points au pourcentage du revenu dépensé par un ménage moyen équivalent en frais de nourriture, de logement et de vêtements. Les SFR sont calculés pour différentes tailles de familles et de communautés, et sont réajustés périodiquement pour tenir compte des changements dans les caractéristiques de dépenses des ménages. Dans les comparaisons internationales, on utilise souvent une autre mesure de la pauvreté : la mesure de faible revenu (MFR). La MFR est une mesure purement relative de la pauvreté. Elle définit explicitement le faible revenu comme un revenu très inférieur à la moyenne, fixé à la moitié du revenu médian d'un ménage équivalent. Bouchard, C., M.-F. Raynault et R. Choinière. *Avis sur le rapport du chantier interministériel sur les mesures de pauvreté et les indicateurs de résultats*, Observatoire montréalais des inégalités sociales de santé (OMISS), décembre 2001/janvier 2002.

FIGURE 3 - Proportion et nombre de ménages vivant sous le seuil de faible revenu selon l'arrondissement ou la ville liée, île de Montréal, 2011



Source : Statistique Canada, ENM 2011.

Abordabilité et aide sociale

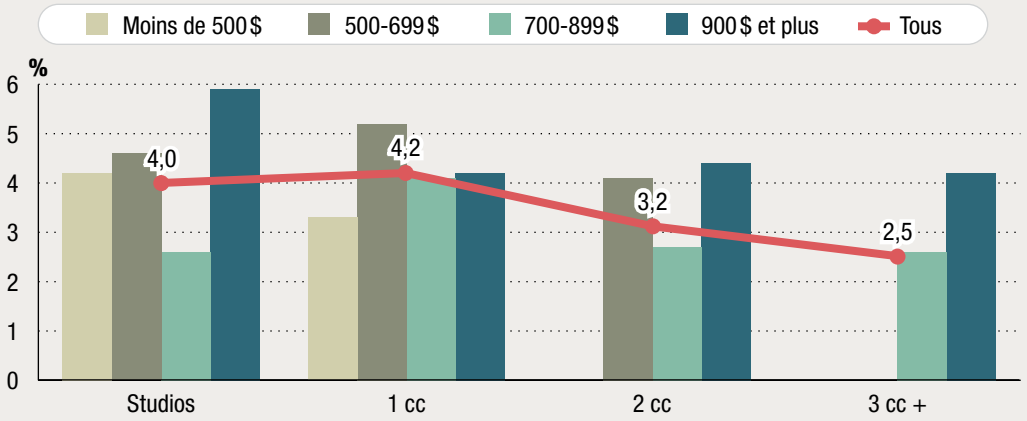
Les personnes qui reçoivent des prestations de dernier recours éprouvent énormément de difficulté à se loger sans compromettre la satisfaction des autres besoins essentiels. Par exemple, en 2015, une personne seule inscrite au Programme d'aide sociale touche 7 392 $ par année*. Si cette personne trouve à se loger au coût le plus bas du marché montréalais, soit 574 $ par mois pour un studio[10], il ne lui reste que 504 $ pour se vêtir et se nourrir durant l'année, ce qui représente moins de 10 $ par semaine.

Les nouvelles modifications concernant l'exclusion de la valeur nette de la résidence qui ont été apportées au Programme d'aide sociale et au Programme de solidarité sociale fragilisent la situation résidentielle de plusieurs centaines de ménages partout au Québec. Selon les estimations du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 432 ménages devront se départir de leur résidence pour être admissibles aux prestations**. La situation des ménages visés par la mesure est préoccupante à Montréal, où la valeur foncière des propriétés est largement supérieure à la moyenne québécoise.

* Emploi Québec. 2015. Nouveaux montants des prestations, Programme d'aide sociale et Programme de solidarité sociale en vigueur depuis janvier 2015, p.4.

** La hausse passe de 90 000 $ à 142 100 $ dans le cadre du Programme d'aide sociale et de 130 000 $ à 203 000 $ dans le cadre du Programme de solidarité sociale.

FIGURE 4 - Taux d'inoccupation des logements selon le prix et le nombre de chambres à coucher, Montréal, 2014



Source : SCHL 2014. *Rapport sur le marché locatif - RMR de Montréal.*

Insuffisance de l'offre de logements locatifs

Une étude de la SHQ réalisée en 2003 dans les principaux marchés locatifs du Québec, y compris Montréal, indiquait que la baisse du taux d'inoccupation entre 1993 et 2001 a eu pour effet d'accélérer la hausse des loyers moyens[11].

Selon la SCHL, lorsque le taux d'inoccupation est inférieur à 3 % dans un marché locatif, on considère qu'il y a pénurie de logements[12]. Depuis 2001, dans la région métropolitaine de recensement (RMR) de Montréal, le taux d'inoccupation se maintient à des niveaux proches de 3 %[13]. En octobre 2014, ce taux était de 3,5 % pour l'ensemble des unités de logements à Montréal, mais de 2,5 % pour les logements de trois chambres à coucher et plus (Fig. 4)[14]. La pénurie de grands logements engendre une situation où près d'un ménage sur dix (9,2 %) habite un logement de taille insuffisante par rapport à ses besoins[B]. De surcroît, le taux d'inoccupation des logements de moins de 900 $ est nettement plus faible que ceux de 900 $ et plus, ce qui crée une situation défavorable aux locataires à faible revenu notamment pour les familles nombreuses[15].

La faible construction d'immeubles locatifs contribue à perpétuer cette pénurie de logements locatifs. Entre 2002 et 2011, les mises en chantier annuelles d'unités locatives dans la RMR de Montréal ont diminué significativement, de 3 150 à 2 300 unités, alors que les mises en chantier de condominiums ont doublé, passant de 5 700 à 12 700 unités[16].

Fait important à noter, la SCHL surveille les investissements étrangers sur le marché canadien des condominiums depuis octobre 2014. Sur l'île de Montréal, la proportion de condominiums appartenant à des investisseurs dont la résidence permanente se situe à l'extérieur du Canada s'élève à 2,3 %. Cette proportion atteint 6,9 % dans les secteurs du centre-ville et de l'Île-des-Sœurs[17].

Drummond et ses collaborateurs attribuent le manque de logements abordables à l'insuffisance des nouvelles constructions et à l'érosion du parc de logements existants causés par la démolition d'immeubles ou leur conversion en condominiums[18]. Selon les données de la SCHL, en octobre 2014, les appartements en condominium offerts en location dans la RMR de Montréal représentaient 13,3 % de l'offre locative totale et étaient beaucoup moins abordables que les autres appartements. Le loyer moyen d'un appartement de deux chambres à coucher s'élevait à 1 144 $, alors qu'il était de 739 $ pour les autres types d'appartements privés en location[19].

Bien qu'il ne soit pas possible d'obtenir des statistiques fiables sur le sujet, plusieurs groupes communautaires et une association de proprié-

B Données de l'ENM 2011, basée sur la Norme nationale d'occupation.

Tableau 1 - Loyer moyen ($) des appartements d'initiative privée selon l'année de construction et le nombre de chambres, Montréal, 2014

Année de construction	Studios	1 cc	2 cc	3 cc +	Total
Inconnue	536	605	686	876	685
avant 1940	576	637	748	978	749
1940-1959	511	599	707	899	668
1960-1974	578	692	775	901	727
1975-1989	674	736	760	943	766
1990-2004	674	739	833	1053	837
2005 ou après	778	901	1016	**	968

** Données non fournies pour des raisons de confidentialité ou de fiabilité statistique

Source : SCHL 2014. *Rapport sur le marché locatif - RMR de Montréal.*

taires soulignent que l'érosion du parc locatif serait particulièrement dramatique dans le cas des maisons de chambres qui constituent souvent le dernier rempart contre l'itinérance[20]. Il resterait moins de 3 000 chambres selon les dernières estimations disponibles[21].

La faible construction de logements neufs a également pour effet d'exacerber la hausse de prix[22]. De surcroît, selon les travaux de Cooper, les nouvelles constructions locatives au Canada visent plutôt le segment aisé de la population et non les ménages à faible revenu[23]. De façon prévisible, les nouveaux logements sont beaucoup plus dispendieux que les anciens (Tableau 1). En octobre 2014, le loyer moyen pour les logements construits avant 1960 était de 668 $, alors qu'il s'élevait à 968 $ pour les logements construits après 2004[24].

Le parc locatif montréalais vieillit. En 2011, 42 % des logements privés de Montréal avaient été construits avant 1961 (357 630 logements), alors que cette proportion était de 28 % pour l'ensemble du Québec[25]. Aujourd'hui, ce vieillissement engendre des besoins d'entretien alors que la proportion des logements pour lesquels des réparations majeures[C] sont requises est de 8,6 %, en comparaison de 7,2 % pour l'ensemble du Québec[26]. Il faut souligner qu'environ les deux tiers des logements récents (construits après 2001) sont habités par des ménages propriétaires[27].

Les logements sociaux et abordables à Montréal

L'aide gouvernementale au logement prend la forme d'une aide au bâtiment ou à la personne. L'offre d'aide au bâtiment (aussi appelée « aide à la pierre ») se réalise par le financement d'une offre de logements assumé en tout ou en partie, directement ou indirectement, par l'État comme les habitations à loyer modique (HLM) par exemple. L'aide à la personne consiste en une aide financière couvrant une partie du coût de location, à l'intention des ménages à faible revenu ou à revenu modeste[28].

Depuis 2006, l'augmentation de l'offre de logements sociaux et abordables repose principalement sur les programmes d'habitation, dont le Supplément au loyer, AccèsLogis et Logement abordable Québec. On trouvera à l'Annexe II la description du rôle des principales instances impliquées dans le financement du logement social et abordable.

Le Programme de supplément au loyer permet à des personnes en situation de vulnérabilité ou en situation d'urgence de recevoir un soutien financier pour habiter un logement privé, coopératif ou appartenant à un organisme à but non lucratif (OBNL). La SHQ chapeaute ce programme qui subventionne le coût de logement afin qu'il n'excède pas 25 % des revenus du ménage comme c'est le cas pour les HLM[29].

C Selon la définition de Statistique Canada, les logements qui ont besoin de réparations majeures comprennent les logements suivants : ceux où la plomberie ou l'installation électrique est défectueuse, et ceux qui ont besoin de réparations structurelles aux murs, au sol et au plafond. Le besoin de réparations majeures repose sur le jugement du propriétaire. Voir la définition dans Statistique Canada. 2011. *Dictionnaire de l'Enquête nationale auprès des ménages*, p. 165.

Quelques définitions

Logement social :

Sous-ensemble du logement abordable dont le loyer est généralement fixé en fonction des revenus des ménages[41].

Logement communautaire :

Logement de propriété collective sous forme de coopérative d'habitation ou d'organisme à but non lucratif (OBNL) d'habitation accessible financièrement pour les ménages à faible revenu ou à revenu modeste[42].

Habitation à loyer modique (HLM) :

Logement public géré par un office municipal d'habitation (OMH), dont le loyer est fixé à 25 % des revenus du ménage[43].

Logement public non HLM :

Logement locatif appartenant à un corps public municipal – l'Office municipal d'habitation de Montréal (OMHM) ou la Société d'habitation et de développement de Montréal (SHDM) – et destiné aux ménages ayant des difficultés à se loger convenablement (personnes âgées, ménages à faible revenu, jeunes marginaux, victimes de violence, etc.).

Coopérative d'habitation :

Entreprise collective offrant la location d'un logement à ses membres, qui en assurent collectivement la gestion.

Source : Ville de Montréal. 2014. *Répartition des logements sociaux et communautaires sur l'île de Montréal*, Direction de l'urbanisme et du développement économique, p. 8.

Le programme AccèsLogis géré par la SHQ s'adresse aux familles, aux personnes seules et aux personnes âgées autonomes[30] et subventionne notamment les HLM. Le programme concerne aussi les logements communautaires qui sont des logements de propriété collective sous forme de coopérative d'habitation ou d'OBNL d'habitation. Les logements communautaires visent les ménages à faible revenu ou à revenu modeste[31]. À Montréal, 7 766 logements étaient liés au programme AccèsLogis en 2010.

Le programme Logement abordable Québec-volet social et communautaire poursuit le même objectif qu'AccèsLogis. En 2012, un total de 3 321 logements auraient été construits à Montréal dans le cadre de ce programme[32].

La Ville de Montréal a également élaboré la Stratégie d'inclusion du logement abordable dans les nouveaux projets résidentiels, adoptée en 2005[33]. Il s'agit d'une stratégie incitative qui ne comporte aucune obligation. D'ailleurs, la Loi sur l'aménagement et l'urbanisme (L.R.Q., c. a-19.1) ne permet pas aux municipalités d'exiger des promoteurs immobiliers qu'ils incluent des logements abordables dans les projets de construction résidentielle[34]. La Stratégie s'applique aux projets résidentiels de 200 unités et plus et vise l'inclusion de 15 % de logements sociaux et communautaires, et de 15 % de logements abordables privés ou de superficie adéquate pour les familles. Par ailleurs, depuis 2012, il existe un fonds de contribution qui permet à certains promoteurs immobiliers de verser une contribution financière plutôt que d'inclure des logements sociaux ou abordables dans leurs projets[35].

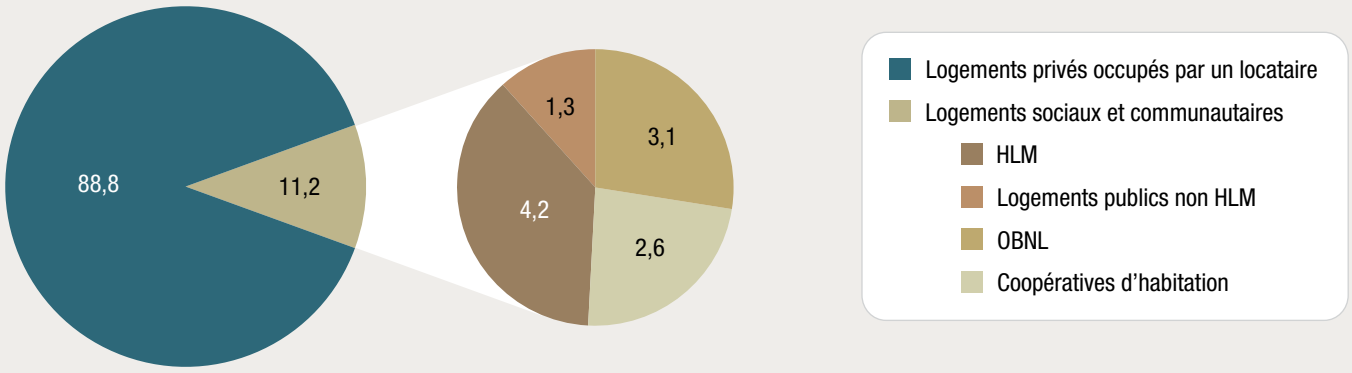
Cependant, un rapport sur la mise en œuvre de la Stratégie publié en 2007 déplorait la petite superficie des unités abordables (moins de 74 m^2), dont la production privée non subventionnée, qui, bien que conforme aux objectifs quantitatifs fixés par la Stratégie d'inclusion, ne pouvait satisfaire les besoins des familles[36]. Il reste qu'une bonne partie des logements dits abordables (tant locatifs que destinés à la propriété) ne le sont vraiment que pour une minorité de la clientèle visée[D].

À Montréal, les logements sociaux et communautaires ne représentent que 11 % des logements locatifs (Fig. 5)[37].

En 2013, des 515 000 logements locatifs sur l'île de Montréal, 58 059 sont des logements sociaux et communautaires, dont 56 148 sur le territoire de la ville de Montréal et concentrés dans les arrondissements centraux (Fig. 6)[38,39].

D Ainsi en 2007, selon le rapport sur l'avancement de la Stratégie d'inclusion, seulement 7 % des condominiums « abordables », avaient une superficie de plus de 93 m^2 et pouvaient convenir à une famille avec enfant(s), ceci en plaçant le seuil d'abordabilité pour ce type de logement à 170 000 $.

FIGURE 5 - Offre de logements sociaux et communautaires à Montréal (%), 2013



Source : Ville de Montréal. 2014. *Répartition des logements sociaux et communautaires sur l'île de Montréal, Faits saillants et tableaux* (données à jour au 31 décembre 2013).

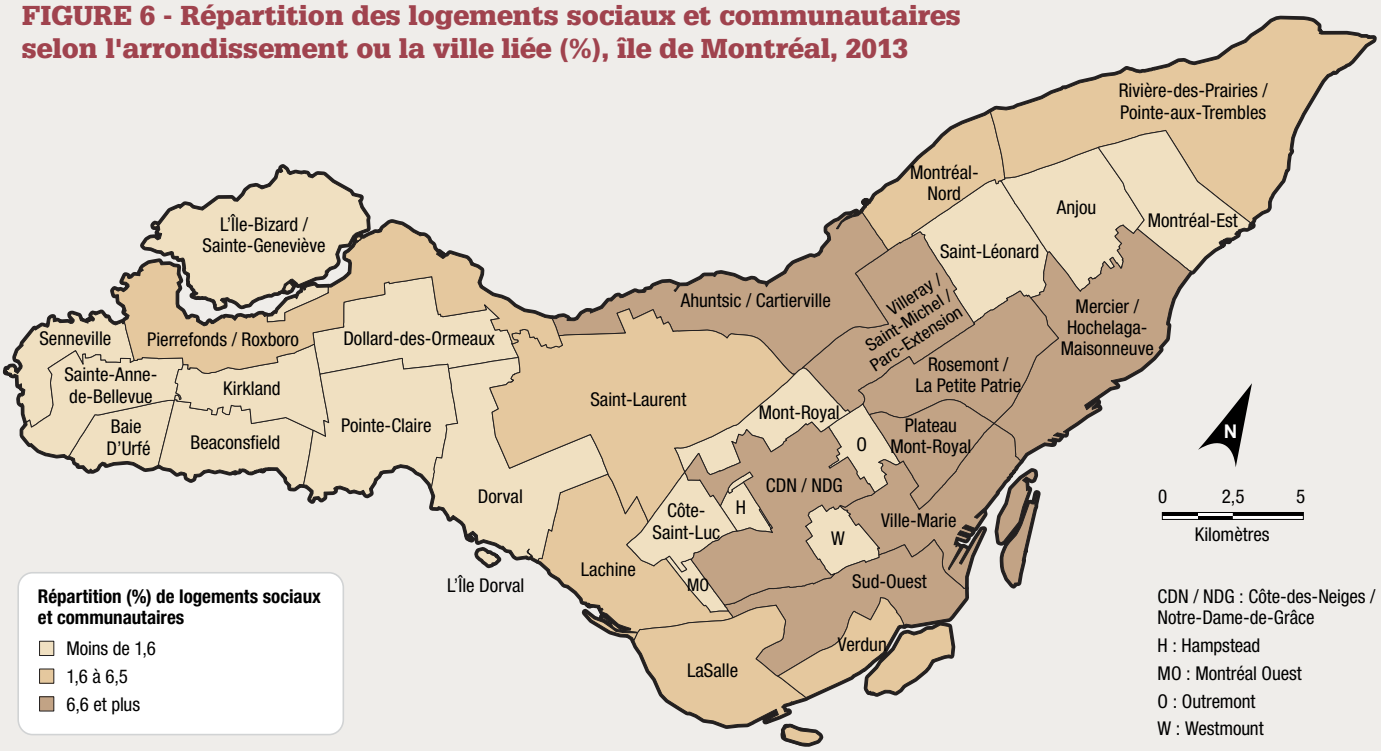
On trouve différents types de logements sociaux et communautaires (voir « Quelques définitions » à la page 19) qui se répartissent comme suit :

- HLM : 37 % (21 555 unités), dont 56 % sont réservés aux personnes âgées et 43 % aux familles;
- OBNL : 28 % (16 105 unités);
- Coopératives d'habitation : 24 % (13 640 unités);
- Logements publics non HLM : 12 % (6 759 unités) [40].

Face à la hausse des coûts, l'offre de logements sociaux demeure insuffisante pour répondre aux besoins d'habitation des ménages à faible revenu. Ces derniers représentent plus du quart de tous les ménages montréalais, en majorité des travailleurs au bas de l'échelle sociale et des personnes prestataires de l'aide sociale.

En 2013, la liste d'attente pour un HLM comptait plus de 22 700 ménages. C'est énorme si l'on considère que seulement

FIGURE 6 - Répartition des logements sociaux et communautaires selon l'arrondissement ou la ville liée (%), île de Montréal, 2013



Source : Ville de Montréal. 2014. *Répartition des logements sociaux et communautaires sur l'île de Montréal, Faits saillants et tableaux* (données à jour au 31 décembre 2013).

2 000 logements se libèrent en moyenne chaque année. On peut lire sur le site Web de l'Office municipal d'habitation de Montréal (OMHM) que « Étant donné que plus de 22 000 ménages sont déjà inscrits sur les listes d'admissibilité, le délai pour obtenir un logement peut varier de quelques mois à plusieurs années [44]. » Par ailleurs, la liste s'est allongée depuis 2010, passant de 21 091 ménages, en 2010, à 22 739 en 2013 [45].

La liste d'attente pour les HLM révèle un besoin impérieux de logements sociaux. Les données de l'enquête sur le logement menée l'année dernière (SALAM 2014) indiquent que 5,8 % des ménages locataires figurent sur la liste, mais que 18 % des ménages locataires qui n'y sont pas inscrits souhaiteraient avoir accès à un logement social, ce qui porte à près du quart la proportion de ménages locataires qui estiment avoir des besoins à cet égard [46].

Un projet exemplaire de mixité sociale : le projet Angus, phase 1

La réalisation de la phase 1 (1983-1994) du redéveloppement du site des Ateliers Angus, un secteur d'environ 30 hectares à l'est du boulevard St-Michel, est un cas de développement résidentiel emblématique de la « mixité sociale ». La mixité sociale en habitation réfère à la cohabitation de différents groupes socioéconomiques à différentes échelles (immeuble, voisinage, quartier). Souhaitable à plusieurs égards, tant pour la qualité des services disponibles dans le quartier que pour ses effets sur la cohésion sociale, elle repose sur la diversité des statuts d'occupation et des prix des loyers [47].

Ce vaste projet résidentiel comprend 2 594 unités de logement. On y trouve 1 544 logements privés dont 1 006 en copropriété, 185 en propriété individuelle et 353 en location. Les 1 050 autres unités sont de nature sociale-communautaire : 300 HLM, 552 unités coopératives et 200 relevant d'un OBNL [48]. Les deux tiers des unités HLM sont allouées aux personnes âgées et le tiers est réservé aux familles [49]. Le projet comprend donc 40 % de logements « soutenus » qui sont abordables pour des ménages à revenu faible ou modeste.

L'ensemble se distingue également par une diversité de styles architecturaux et de types d'habitation, ainsi que par l'aménagement de plusieurs petits parcs et voies piétonnes. Il offre un cadre bâti convivial, bien desservi par le transport collectif et où la circulation automobile est limitée.

Malheureusement, les commerces de proximité n'ont pas été inclus dans la phase 1 du projet, ce qui a été partiellement corrigé dans les phases subséquentes.

Références

1 Statistique Canada. 2011. Enquête nationale sur les ménages (ENM), [en ligne] [www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/index-fra.cfm]

2 *Ibid.*

3 *Ibid.*

4 *Ibid.*

5 Hulchanski, J.D. 2007. *Canada's Dual Housing Policy - Assisting Owners, Neglecting Renters*, Research Bulletin no 38, Centre for Urban and Community Studies

6 Statistique Canada. 2011. *Op. cit.*

7 Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). 2014. *Statistiques sur le marché locatif*, Le Marché de l'habitation, printemps, Ottawa.

8 Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). 2013. *Rapport sur le marché locatif - RMR de Montréal*, Le Marché de l'habitation, automne, Ottawa.

9 Banque du Canada. « Feuille de calcul de l'inflation », [en ligne] [www.banqueducanada.ca/taux/renseignements-complementaires/feuille-de-calcul-de-linflation/]

10 Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). 2014. *Rapport sur le marché locatif - RMR de Montréal*, Le Marché de l'habitation, Ottawa p. 12.

11 Thibodeau J.-C. 2003. *Évolution du marché du logement locatif – Analyse, effets et perspectives*, Société d'Habitation du Québec, Québec, p. 55.

12 Daoud, M. et G. Hébert. 2009. *Pénurie de logements et hausse de loyers*, note socio-économique, Institut de recherche et d'informations socio-économiques, Montréal, p. 1.

13 Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). 2014. *L'observateur du logement au Canada. Taux d'inoccupation des logements locatifs, Canada, provinces et régions métropolitaines, 1992-2013*, Ottawa, [en ligne] [www.cmhc-schl.gc.ca/fr/inso/info/obloca/tadedo/tadedo_004.cfm].

14 Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). 2014. *Rapport sur le marché locatif - RMR de Montréal*, Le Marché de l'habitation, Ottawa, p. 11.

15 Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). 2014. *Statistiques sur le marché locatif*, Le Marché de l'habitation, RMR de Montréal, printemps, Ottawa.

16 Société d'habitation du Québec (SHQ). 2013. « Le logement locatif privé au Québec », *Habitation Québec*, numéro spécial «Entretiens sur l'habitat», hiver, p. 4.

17 Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). 2014. *Rapport sur le marché locatif - RMR de Montréal*, Le Marché de l'habitation, Ottawa p. 5.

18 Drummond, D. et coll. 2004. « Affordable housing in Canada: in search of a new paradigm », dans *Finding room: policy options for a Canadian rental housing strategy*, D. Hulchanski et M. Shapcott (dir.), CUCS Press, Toronto, p. 15-68.

19 Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). 2014. *Op. cit.*, p. 8.

20 Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (RAPSIM). 2007. *Socialiser les maisons de chambres pour les sauver*, Montréal, [en ligne] [www.rapsim.org/docs/Socialiser%20les%20maisons%20de%20chambres%20pour%20les%20sauver.pdf]

21 *Ibid.*

22 Andrews, D. 2010. *House Prices in OECD Countries: The Role of Demand Shocks and Structural and Policy Factors*, OCDE, working paper no 831 p. 7

23 Cooper, M. 2007. « Housing affordability, a children's issue », dans *Finding room: policy options for a Canadian rental housing strategy*, D. Hulchanski et M. Shapcott (dir.), CUCS Press, Toronto, p. 89-113.

24 Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). 2014. *Rapport sur le marché locatif - Grands centres*, Le Marché de l'habitation, Ottawa, p. 17.

25 Statistique Canada. 2011. Enquête nationale sur les ménages (ENM).

26 *Ibid.*

27 *Ibid.*

28 Communauté métropolitaine de Montréal (CMM). 2013. « Offre et besoins en logements sociaux et abordables dans le Grand Montréal », *Cahiers métropolitains*, no 3, décembre.

29 *Ibid.* , p. 29-30.

30 *Ibid.*, p. 35-37.

31 Bouchard, M.J., W. Frohn et R. Morin. 2010. « Le logement communautaire au Québec : apports et limites d'une innovation sociale », *Liens social et politiques*, no 63, p. 93-103.

32 Communauté métropolitaine de Montréal (CMM). 2013. *Op.cit.*, p. 40.

33 Ville de Montréal. 2005. *Stratégie d'inclusion de logement abordable dans les projets résidentiels*, Service de mise en valeur du territoire et du patrimoine.

34 Gouvernement du Québec. *Loi sur l'aménagement et l'urbanisme*, L.R.Q. c. a-19.1.

35 Ville de Montréal. 2013. « Informations détaillées concernant la façon de déterminer le nombre de logements sociaux et communautaires lors de négociation en vertu de la Stratégie d'inclusion de logements abordables dans les nouveaux projets résidentiels », Direction de l'habitation, document interne.

36 Ville de Montréal. 2007. *La Stratégie d'inclusion de logements abordables dans les nouveaux projets résidentiels : avancement de sa mise en œuvre.*

37 Ville de Montréal. 2014. *Répartition des logements sociaux et communautaires sur l'île de Montréal, Faits saillants et tableaux*, Direction de l'urbanisme et du développement économique données à jour au 31 décembre 2013, p. 3.

38 *Ibid.*

39 Statistique Canada. 2011. Enquête nationale sur les ménages (ENM).

40 Ville de Montréal. 2014. *Op. cit.*

41 Communauté métropolitaine de Montréal (CMM). 2006. Orientations de la communauté métropolitaine de Montréal en matière de logement social et abordable. p.19, [en ligne] [cmm.qc.ca/fileadmin/user_upload/documents/CMM_orientations_logement_social_abordable.pdf]

42 Bouchard, M.J., W. Frohn et R. Morin. 2010. *Op. cit.*

43 Communauté métropolitaine de Montréal (CMM). 2014. Répartition 2013 des logements sociaux et abordables sur l'île de Montréal.

44 Office municipal d'habitation de Montréal (OMHM). Non daté. « Analyse, classement de la demande et délais d'attente », [en ligne] [www.omhm.qc.ca/analyse-classement-de-la-demande-delais-attente], consultée en 2014.

45 Office municipal d'habitation de Montréal (OMHM). 2014. *Du Dialogue à l'Action*, rapport annuel 2013, Montréal, p. 14.

46 Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé. 2014. Enquête sur la salubrité et l'abordabilité du logement (SALAM), Montréal.

47 Dansereau, F., S. Charbonneau et coll. 2002. *La mixité sociale en habitation*, rapport de recherche réalisé pour la Ville de Montréal, [en ligne] [ocpm.qc.ca/sites/import.ocpm.aegirvps.net/files/pdf/P34/7i.pdf]

48 Germain, A. et coll. 2010. « Mixité sociale ou inclusion sociale? Bricolages montréalais pour un jeu à acteurs multiples », *Espaces et sociétés*, no 140-141, p. 143-157.

49 Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). « Réaménagement des terrains Angus - Montréal (Québec) », [en ligne] [www.cmhc-schl.gc.ca/fr/prin/celoab/celoab/reou/stetcaloab/idloab/rere/rete/rete_005.cfm].

3

La salubrité des logements

La salubrité des logements

Photo : Maxime Juneau

En Amérique du Nord, les individus passent près de 90 % de leur temps à l'intérieur; à lui seul, le temps passé dans le logement peut atteindre jusqu'à 15 à 16 heures par jour[1]. C'est pourquoi la question de la salubrité des logements revêt une importance capitale pour la santé de la population.

De façon globale, la salubrité des logements renvoie à « l'ensemble des conditions rendant un logement propre à l'habitation[2]. » À titre d'exemple, la réglementation montréalaise stipule que pour être salubre, « un bâtiment ou un logement ne doit pas porter atteinte à la santé ou à la sécurité des résidants ou du public en raison de l'utilisation qui en est faite ou de l'état dans lequel il se trouve[3]. » On compte plusieurs facteurs influant sur la salubrité, en particulier les suivants :

- la structure ou le manque d'entretien du bâtiment (installations sanitaires, plomberie, ventilation, isolation, revêtement, etc.);
- la présence de contaminants chimiques dans l'environnement intérieur (plomb, radon, amiante, etc.);
- la qualité de l'air (moisissures, humidité excessive, etc.);
- la présence d'animaux ou d'insectes indésirables (rongeurs, coquerelles, punaises, etc.);
- et les habitudes des occupants (fumée de tabac dans l'environnement, entassement compulsif[A], gestion parasitaire inadéquate, etc.)[4,5].

A L'entassement compulsif ou « insalubrité morbide » est une situation d'insalubrité majeure parfois associée au syndrome de Diogène, qui renvoie à l'accumulation excessive d'objets hétéroclites dans le domicile menant à la situation d'insalubrité. Voir Roy, R. et P. Auger. 2005. *Insalubrité morbide, syndrome de Diogène et santé publique*, Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale Nationale, Direction de santé publique, Québec.

De plus, d'autres facteurs peuvent être associés à ces facteurs d'insalubrité et interagir avec ceux-ci, en particulier : le surpeuplement, le bruit dans le logement et le quartier, l'insécurité, l'utilisation inadéquate des insecticides à l'intérieur du logement, la pollution en provenance de l'extérieur, etc.[6].

En raison de leur récurrence et de leurs effets notables sur la santé, la DSP intervient principalement sur deux facteurs d'insalubrité : 1. l'humidité excessive et la contamination par les moisissures et autres microorganismes associés; et 2. l'infestation par les insectes et les rongeurs[7].

Les effets sur la santé

Les conditions de salubrité des logements agissent énormément sur la santé des occupants. La démonstration des effets sur la santé de l'exposition à des facteurs physiques (comme la chaleur et le froid), chimiques et biologiques dans la maison a été largement documentée[8,9]. Ces effets délétères sont multiples[10,11].

Les personnes souffrant d'allergies, d'asthme ou de maladies respiratoires chroniques, les enfants en bas âge, les personnes âgées et les personnes ayant un système immunitaire affaibli sont plus susceptibles que les autres de contracter des maladies liées à l'habitation[12,13]. Une étude longitudinale réalisée auprès de populations en situation de logement précaire[B] à Toronto, Ottawa et Vancouver a démontré que les personnes habitant un logement insalubre sont exposées à d'importants risques pour leur santé physique et mentale, à un accès restreint aux soins, à une insécurité alimentaire et à de nombreuses hospitalisations[14]. Des auteurs mettent en évidence différents problèmes de santé mentale associés aux logements insalubres, en particulier l'isolement social, une moins bonne estime de soi et une moins grande satisfaction à l'égard de la vie en général[15]. Plusieurs facteurs conditionnent l'apparition des problèmes de santé induits par un logement insalubre, tels l'âge, l'état de santé et le temps passé à la maison. Le « type » de facteur d'insalubrité, la durée et le mode d'exposition jouent aussi un rôle important[16].

Moisissures et humidité excessive

Les problèmes d'infiltration d'eau et d'humidité entraînent la prolifération de moisissures, d'acariens et de bactéries. Par ailleurs, les irritants, spores, allergènes et autres particules biologiques en suspension dans l'air peuvent provoquer les nombreux problèmes de santé observés chez les occupants des logements insalubres. Par exemple, l'exposition aux moisissures et aux acariens est associée aux infections du système respiratoire (inférieur et supérieur), à la rhinite allergique et à l'asthme[17-19] ainsi qu'à l'asthme mal maîtrisé, grave et persistant qui peut donner lieu à des hospitalisations[20-26]. Les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) peuvent aussi être aggravées par la contamination fongique. De plus, les mycotoxines et autres particules fongiques sont associées à des phénomènes inflammatoires et toxiques et peuvent agir sur plusieurs systèmes de l'organisme; elles sont en cause dans la survenue de nombreux symptômes, y compris la fatigue et les douleurs chroniques[27]. Notons que les moisissures dissimulées, c'est-à-dire qui prolifèrent derrière les structures en raison des infiltrations d'eau et de la moiteur, sont aussi nocives que les moisissures apparentes[28,29].

Photo : Maxime Junea

De plus, la mauvaise qualité du logement contribue à détériorer la santé mentale des individus[30]. Par exemple, les personnes habi-

B La situation de logement précaire se définit comme suit : avoir déménagé plus de deux fois au cours de la dernière année ou avoir été sans abri au cours de la dernière année.

tant un logement où un problème d'humidité a été signalé sont beaucoup plus susceptibles d'éprouver de l'anxiété ou de la dépression[31]. Une enquête menée auprès de 1 376 mères interviewées quand leur bébé avait six semaines a démontré une association significative entre les conditions d'humidité ou de température du logement et la dépression maternelle[32].

Vermine et insectes nuisibles

Les infestations de punaises de lit ont également des effets sur la santé physique et mentale des personnes[33]. Les punaises de lit ne transmettent pas de maladies spécifiques mais leurs piqûres peuvent être très irritantes et, dans certains cas, causer plusieurs affections dermatologiques telles que des éruptions bulleuses et de l'urticaire[34,35]. Les démangeaisons entraînent des lésions de grattage qui peuvent donner lieu à des infections de la peau (cellulite)[36]. L'utilisation inappropriée d'insecticides pour se débarrasser de ces insectes peut également représenter un risque en raison de la toxicité des produits employés[37]. Par ailleurs, plusieurs recherches font état d'une augmentation des symptômes anxieux, de l'isolement social, de perturbations graves du sommeil[38,39] ou d'une aggravation des problèmes de santé mentale préexistants[40].

Les coquerelles produisent des allergènes qui peuvent être mis en suspension dans l'air, causer ou aggraver la rhinite et l'asthme, et engendrer des infections secondaires[41]. Selon une étude américaine, les enfants souffrant d'asthme et d'une allergie aux coquerelles qui sont exposés à ces insectes à la maison sont hospitalisés 3,4 fois plus souvent que les autres enfants asthmatiques[42].

Quant aux rats, ils peuvent infliger des morsures aux très jeunes enfants ou aux individus en grande perte d'autonomie et transmettre des infections[43]. Les souris et les rats, lorsque présents en grand nombre, provoquent des problèmes de santé similaires à ceux occasionnés par les coquerelles et les acariens : l'air devient contaminé par les allergènes[44].

La situation montréalaise

Au Québec, une enquête réalisée en 2013 par la SHQ auprès de 1 400 ménages locataires et 1 000 propriétaires révèle que 28 % d'entre eux déclarent avoir au moins un problème de salubrité (plomberie défectueuse, moisissures apparentes, infiltrations d'eau, coquerelles, punaises de lit ou rongeurs)[45]. Parmi les répondants, les familles locataires avec enfants sont les plus touchées : 38 % des familles monoparentales

Tableau 2 - Ménages rapportant la présence de certains indicateurs d'insalubrité ou de conditions de logement inadéquates (%), île de Montréal, juin 2014

	PROPRIÉTAIRES		LOCATAIRES		TOTAL	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Coquerelles	0,0	(0,0-0,3)	5,5	(3,9-7,7)	3,3	(2,3-4,6)
Punaises	0,8	(0,3-2,0)	5,2	(3,7-7,4)	3,4	(2,4-4,8)
Rongeurs	8,5	(6,2-11,5)	9,5	(7,4-12,2)	9,1	(7,5-11,1)
Moisissures apparentes	3,9	(2,3-6,5)	15,2	(12,5-18,3)	10,6	(8,8-12,7)
Traces d'infiltration d'eau	7,8	(5,7-10,5)	20,2	(17,0-23,5)	15,2	(13,2-17,5)
Moisissures apparentes ou traces d'infiltration d'eau	10,9	(7,9-13,8)	28,2	(24,6-31,7)	21,2	(18,7-23,7)
Vermine ou humidité excessive	17,7	(14,1-21,3)	37,8	(34,0-41,7)	29,7	(26,8-32,5)
Température trop élevée	9,1	(6,3-11,9)	28,3	(24,5-32,0)	20,5	(17,9-23,1)
Température trop froide	6,5	(3,2-9,7)	19,2	(16,2-22,2)	14,0	(11,8-16,2)

Source : Centre Léa-Roback, SALAM 2014.

et 40 % des couples avec enfants signalent un problème de salubrité par comparaison avec 18 % des personnes seules[46].

À Montréal, la rareté et la hausse des prix des loyers depuis l'an 2000 fait en sorte que de nombreux logements, même détériorés et insalubres, trouvent preneurs. Notre propre enquête auprès de 1 000 ménages locataires et 600 ménages propriétaires (SALAM 2014) permet aussi de tracer un portrait global de l'insalubrité et des conditions inadéquates de logement à Montréal. Les données révèlent notamment ce qui suit : près d'un tiers des ménages montréalais est aux prises avec au moins un problème d'insalubrité (infestations d'insectes nuisibles, rongeurs, utilisation intérieure de pesticides, moisissures ou humidité excessive); une plus grande proportion de locataires que de propriétaires est touchée, à l'exception de la présence de rongeurs (Tableau 2); près d'un ménage sur dix est infesté par des rongeurs, des punaises de lit ou des coquerelles; des différences importantes existent selon le revenu du ménage et le taux d'effort (pourcentage du revenu consacré au logement), les locataires ayant un taux d'effort supérieur à 30 % étant les plus concernés.

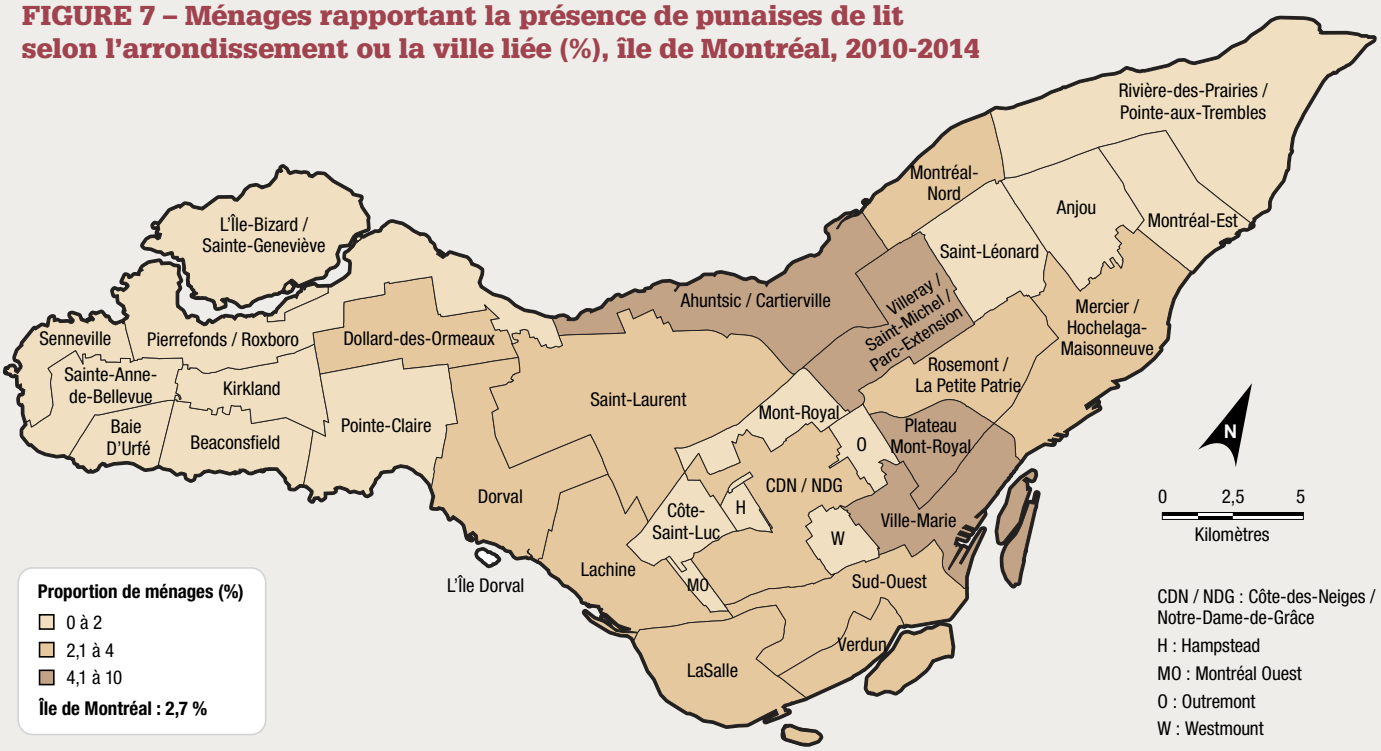
Les problèmes de température intérieure du logement des ménages ont été évalués pour la première fois dans une enquête de la DSP. Encore une fois, les locataires ont déclaré un pourcentage plus important de problèmes (Tableau 2).

En 2014, la proportion de ménages aux prises avec les punaises de lit était de 3,4 %. Alors qu'environ 1 ménage locataire sur 20 a fait face à cette infestation, seulement 1 propriétaire sur 125 a connu le problème au cours de la même période.

En outre, les infestations d'insectes nuisibles sont concentrées chez les ménages locataires disant dépenser plus de 30 % de leur revenu pour se loger. Ces derniers sont touchés dans des proportions qui sont de deux à trois fois plus élevées par rapport à ceux qui consacrent moins de 30 % au logement.

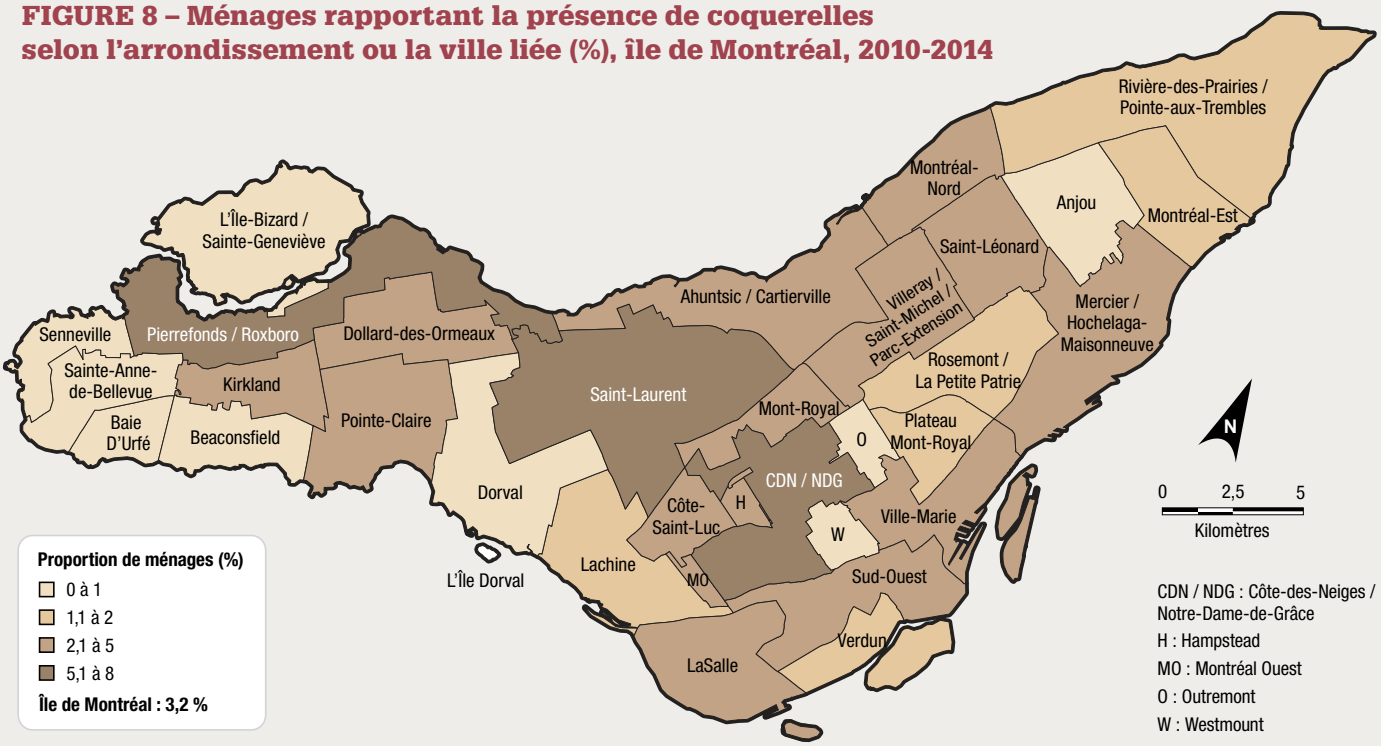
Enfin, les ménages qui habitent des immeubles à logements de quatre unités ou plus sont nettement plus touchés par les infestations d'insectes nuisibles que ceux vivant dans d'autres types d'immeubles (duplex, triplex, maisons détachées).

FIGURE 7 – Ménages rapportant la présence de punaises de lit selon l'arrondissement ou la ville liée (%), île de Montréal, 2010-2014



Source : DSP de Montréal, Sondages Omnibus 2010, 2011, 2012; Centre Léa-Roback, SALAM 2014.

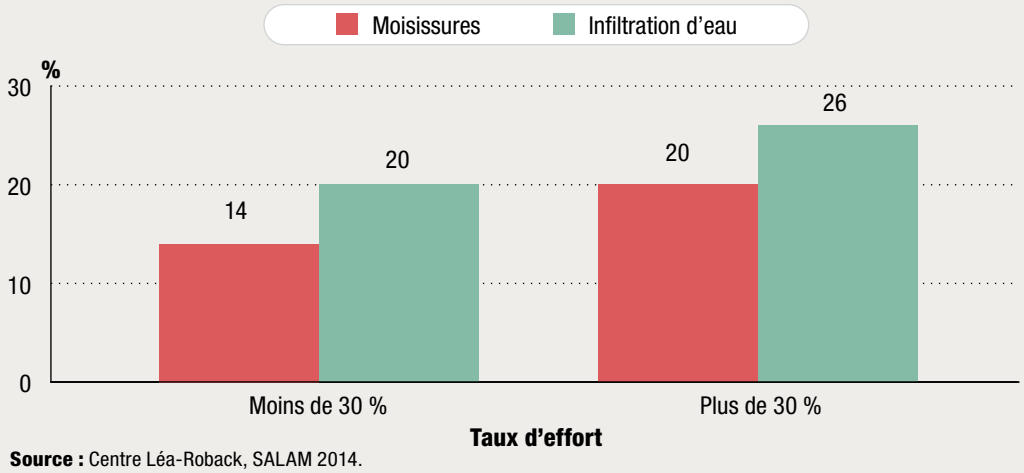
FIGURE 8 – Ménages rapportant la présence de coquerelles selon l'arrondissement ou la ville liée (%), île de Montréal, 2010-2014



Source : DSP de Montréal, Sondages Omnibus 2010, 2011, 2012; Centre Léa-Roback, SALAM 2014.

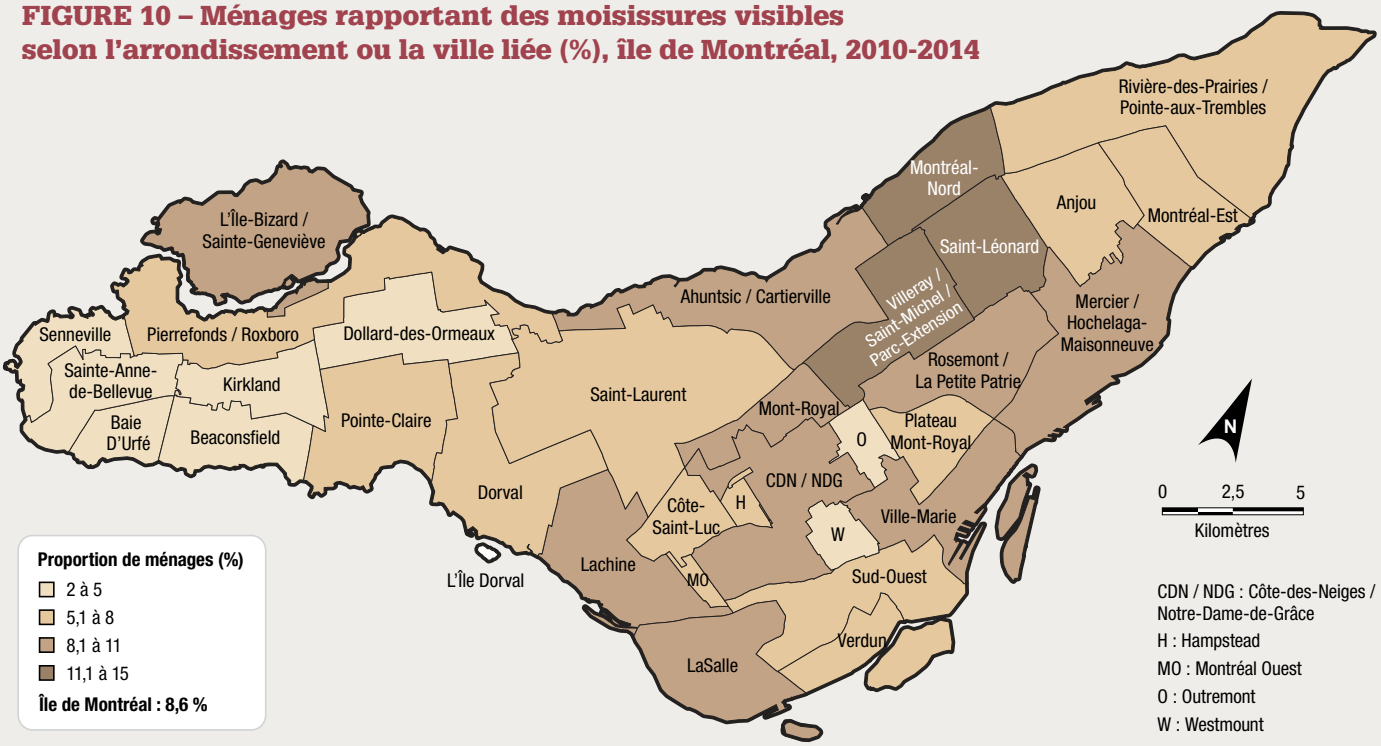
Selon nos données, aucun secteur de Montréal n'est complètement épargné. Les arrondissements de Ville-Marie, du Plateau-Mont-Royal, d'Ahuntsic–Cartierville et de Villeray–St-Michel–Parc-Extension semblent être les plus touchés par les infestations de punaises de lit (Fig. 7). Pour ce qui est des coquerelles, ce sont les arrondissements de Côte-des-Neiges–Notre-Dame-de-Grâce et de Saint-Laurent qui remportent la palme, compte tenu de la population importante dans ces arrondissements (Fig. 8), alors que les extrémités est et ouest de l'île sont essentiellement épargnées. Quant aux rongeurs, il faut noter qu'on en trouve autant dans l'ouest de l'île que dans les quartiers centraux.

FIGURE 9 - Ménages locataires rapportant la présence de moisissures ou d'infiltration d'eau dans leur logement selon le taux d'effort (%), île de Montréal, juin 2014



Source : Centre Léa-Roback, SALAM 2014.

FIGURE 10 – Ménages rapportant des moisissures visibles selon l'arrondissement ou la ville liée (%), île de Montréal, 2010-2014



Source : DSP de Montréal, Sondages Omnibus 2010, 2011, 2012; Centre Léa-Roback, SALAM 2014.

Au cours de la dernière année, des pesticides ont été utilisés à l'intérieur de plus d'un domicile sur cinq (21 %); chez les locataires, cette proportion s'élève à 25 %. Cette situation pourrait faire problème, vu les risques associés à un usage non professionnel de ces produits ou lorsqu'ils ne sont pas conçus et approuvés pour un usage à l'intérieur des résidences[47]. Malheureusement, les informations disponibles à ce sujet sont limitées. Il faudrait documenter les types de produits utilisés, les modalités d'application, le degré et la durée d'exposition afin de mesurer plus adéquatement les risques que représente l'usage de ces produits pour la santé.

L'enquête SALAM (2014) révèle que plus d'un logement sur cinq présente des traces apparentes d'infiltration d'eau, des moisissures visibles ou des odeurs de moisissure. Il est à noter que ces données sous-estiment vraisemblablement l'ampleur de la problématique de l'humidité, car elles ne prennent pas en compte l'humidité et les moisissures non apparentes. En utilisant des critères plus larges, on a établi à 38 % la proportion de ménages montréalais aux prises avec des problèmes liés à l'humidité excessive[48].

Les ménages locataires rapportent trois fois plus fréquemment que les ménages propriétaires la présence de signes visibles d'humidité excessive à l'intérieur de leur domicile, et ce, peu importe la catégorie de revenu familial. Les ménages locataires consacrant plus de 30 % de leur revenu au logement sont plus nombreux à vivre dans des logements présentant des problèmes liés à l'infiltration d'eau et aux moisissures (Fig. 9).

Selon les résultats des enquêtes menées entre 2010 et 2014 par la DSP (sondages Omnibus) et le Centre Léa-Roback (SALAM 2014), c'est dans les arrondissements de Montréal-Nord, Villeray–St-Michel–Parc-Extension et St-Léonard qu'on trouve la plus forte proportion de ménages signalant la présence de moisissures visibles (Fig. 10). Cependant, aucun secteur de l'île n'est complètement épargné par ce problème.

Gestion de la salubrité des logements : l'exemple d'autres grandes villes

Dans toutes les villes du monde, des locataires sont aux prises avec des problèmes d'insalubrité ou d'insécurité : vétusté des systèmes électriques ou de plomberie, négligence au plan de l'entretien préventif, insuffisance de l'isolation, présence de moisissures, d'insectes et de vermine, etc. Or, l'action des autorités municipales varie énormément d'une ville à l'autre.

À Paris, l'Unité de lutte à l'habitat indigne (ULHI) est responsable de surveiller les immeubles privés construits avant 1949 et d'établir une liste annuelle des immeubles les plus fragiles. L'ULHI travaille à partir des signalements transmis par le Service technique de l'habitat ou l'Agence régionale de santé de l'Île-de-France[49].

En matière de lutte à l'insalubrité, la ville de Los Angeles se démarque par son attitude proactive. Le service *Housing and Community Investment* a pour mission de repérer et de faciliter la réduction des problèmes d'insalubrité des logements. L'ensemble des propriétés résidentielles de deux unités et plus sont visitées par un inspecteur à tous les quatre ans pour assurer leur conformité à la règlementation. En cas de manquement au code municipal, un avis est transmis au propriétaire qui, en général, se voit accorder un délai de 30 jours pour rectifier la situation et le dossier peut être pris en charge par le contentieux de la ville *(Office of the city attorney)*[50].

À New York, le *Rent Guidelines Board* recommande au locataire qui constate un problème de le signifier d'abord au concierge de l'immeuble, puis au propriétaire. Si rien n'est fait, le locataire peut effectuer les réparations lui-même et en déduire le coût des prochains loyers. Il peut aussi demander une inspection au service *Housing Preservation and Development* ou s'adresser au tribunal administratif du logement pour faire corriger les problèmes observés[51].

Références

1 U.S. Environmental Protection Agency (U.S. EPA). 1996. « Descriptive statistics from a detailed analysis of the National Human Activity Pattern Survey (NHAPS) responses » (EPA/600/R-96/148), Washington (D.C.), repris dans US Environmental Protection Agency. 2011. *Exposure Factors Handbook: 2011 Edition*, ch. 1, [en ligne] [www.epa.gov/ncea/efh/pdfs/efh-chapter16.pdf].

2 Ville de Montréal. 2014. Salubrité et entretien des logements. Résumé du *Règlement sur la salubrité et l'entretien des logements* (03-096).

3 Ville de Montréal. 2012. *Règlement sur la salubrité, l'entretien et la sécurité des logements*, no 03-096, ch. IV, art. 25.

4 Hwang, S. et coll. 1999. *Housing and Population Health: A Review of the Literature*, rapport de recherche no 126, Sociology and Criminology Faculty Publications, Cleveland State University.

5 Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). 2001. *Guide d'intervention intersectorielle sur la qualité de l'air intérieur et la salubrité dans l'habitation québécoise*, p. 8.

6 Hwang, S. et coll. 1999., *Op. cit.*, chapitre 7.

7 Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2012. *Plan régional de santé publique 2010-2015. Orientation 5. Des logements salubres et accessibles*, Louis Jacques et Stéphane Perron, Montréal.

8 Hwang, S. et coll. 1999. *Housing and Population Health: A Review of the Literature, op. cit.*

9 Fuller-Thomson, E. et coll. 2000. « The housing/health relationship: what do we know? » *Reviews on Environmental Health*, vol. 15, no 1-2, p. 109-134.

10 Hwang, S. et coll. 1999. *Op. cit.*

11 Marsh et coll. 2000. « Housing deprivation and health: a longitudinal analysis », *Housing Studies*, vol. 15, no 3, p. 411-428.

12 Chew, G.L. et coll. 2006. « Determinants of cockroach and mouse exposure and associations with asthma in families and elderly individuals living in New York City public housing », *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, vol. 97, no 4, p. 502-513.

13 Jaakkola, M.S. et coll. 2013. « Association of indoor dampness and molds with rhinitis risk: a systematic review and meta-analysis », *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, vol. 132, no 5, p. 1099-1110.

14 Research Alliance for Canadian Homelessness, Housing and Health (REACH). 2010. *Housing Vulnerability and Health: Canada's Hidden Emergency*, p. 2-3.

15 Rohe, W.M. et M.A. Stegman. 1994. « The effects of homeownership: on the self-esteem, perceived control and life satisfaction of low-income people », *Journal of the American Planning Association*, vol. 60, no 2, p. 173-184.

16 Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). 2001. *Guide d'intervention intersectorielle sur la qualité de l'air intérieur et la salubrité dans l'habitation québécoise*, Québec, p. 5.

17 Jaakkola, M.S. et coll. 2013. *Op. cit.*

18 Quansah, R. et coll. 2012. « Residential dampness and molds and the risk of developing asthma: a systematic review and meta-analysis », *PLOS ONE*, vol. 7, no 11, p. e47526.

19 Kanchongkittiphon, W. et coll. 2015. « Indoor Environmental Exposures and Exacerbation of Asthma: An Update to the 2000 Review by the Institute of Medicine », *Environmental Health Perspectives*, vol. 123, no 1, p. 6.

20 Quansah, R. et coll. 2012. *Op. cit.*

21 Kanchongkittiphon, W. et coll. 2015. *Op. cit.*, p. 6.

22 Deger, L. et coll. 2010. « Home Environmental Factors Associated With Poor Asthma Control in Montreal Children: A Population-Based Study », vol. 47, no 5, p. 513-520.

23 Denning, D.W. et coll. 2006. « The link between fungi and severe asthma: a summary of the evidence », *European Respiratory Journal*, vol. 27, no 3, p. 615-626.

24 Mendell, M.J. et coll. 2011. « Respiratory and allergic health effects of dampness, mold, and dampness-related agents: a review of the epidemiologic evidence », *Environmental Health Perspective*, vol. 119, no 6, p. 748-756.

25 Bornehag, C.-G. et coll. 2001, « Dampness in Buildings and Health - Nordic Interdisciplinary Review of the Scientific Evidence on Associations between Exposure to ''Dampness'' in Buildings and Health Effects (NORDDAMP) », *Indoor Air*, vol. 11, p. 72–86.

26 Bornehag, C.-G. et coll. 2004. « Dampness in buildings and health (DBH): Report from an ongoing epidemiological investigation on the association between indoor environmental factors and health effects among children in Sweden », *Indoor Air*, vol. 14, supplément, p. 59-66.

27 Institut national de santé publique du Québec. 2002. *Les risques à la santé associés à la présence de moisissures en milieu intérieur*, rapport scientifique.

28 Keall, D.K. et coll. 2012. « A measure for quantifying the impact of housing quality on respiratory health: a cross-sectional study », *Environmental Health*, vol. 11, p. 33.

29 Quansah, R. et coll. 2012. « Residential dampness and molds and the risk of developing asthma: a systematic review and meta-analysis », *PLOS ONE*, vol. 7, no 11, p. e47526.

30 Grigg, M. et coll. 2008. « Quality of housing among patients of an area mental health service », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 42, no 3, p. 244-250.

31 Hopton, J. et S.M. Hunt. 1996. « Housing conditions and mental health in a disadvantaged area in Scotland », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 50, no 1, p. 56-61.

32 Butler, S. et coll. 2003. « Problems with damp and cold housing among Pacific families in New Zealand », *New Zealand Medical Journal*, vol. 116, no 1177, p. 494-526.

33 Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et U.S. Environmental Protection Agency. 2010. « Joint statement on bed bug control in the United States », déclaration conjointe sur les punaises de lit aux Etats-Unis, Atlanta (Georgia), US Department of Health and Human Services.

34 Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2011. « Acute illnesses associated with insecticides used to control bed bugs - Seven states, 2003-2010 », *Morbidity and Mortaligy Weekly Report (MMWR)*, vol. 60, no 37, p. 1269-74.

35 Goddard, J. et R. de Shazo. 2009. « Bed bugs *(Cimex lectularius)* and clinical consequences of their bites », *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, vol. 301, p. 1358-66.

36 *Ibid.*

37 Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2011. *Op. cit.*

38 Susser, S. R. et coll. 2012. « Mental health effects from urban bed bug infestation (*Cimex lectularius* L.): a cross-sectional study », *BMJ Open*, vol. 2, no 5, p. e000838.

39 Goddard, J. et R. de Shazo, 2012. « Psychological Effects of Bed Bug Attacks », *The American Journal of Medicine*, vol. 125, no 1, p. 101-103.

40 Susser, S. R. et coll. 2012. « Mental health effects from urban bed bug infestation (*Cimex lectularius* L.): a cross-sectional study », *Op. cit.*

41 Institute of Medicine. 2000. *Clearing the Air: Asthma and Indoor Air Exposures*, Committee on the Assessment of Asthma and Indoor Air of the Institute of Medicine, Washington, D.C., National Academies Press.

42 Rosenstreich, D.L. et coll. 1997. « The role of cockroach allergy and exposure to cockroach allergen in causing morbidity among inner-city children with asthma », *New England Journal of Medicine*, vol. 336, p. 1356–1363.

43 Wallace, R.B., dir. 2008. *Wallace/Maxcy-Rosenau-Last public health & preventive medicine*, McGraw-Hill, États-Unis, 15e édition, p. 436.

44 Matsui, E.C. 2014. « Environmental exposures and asthma morbidity in children living in urban neighborhoods », *Allergy*, vol. 69, no 5, p. 553-8.

45 Société d'habitation du Québec (SHQ). 2013. « Le logement locatif privé au Québec », *Habitation Québec*, numéro spécial « Entretiens sur l'habitat », hiver, p. 11.

46 *Ibid.*

47 Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2011. « Acute illnesses associated with insecticides used to control bed bugs - Seven states, 2003-2010 », *Morbidity and Mortaligy Weekly Report (MMWR)*, vol. 60, no 37, p. 1269-74.

48 Dales, R.E., R. Burnettet H. Zwanenburg. 1991. « Adverse health effects among adults exposed to home dampness and molds », *American Review of Respiratory Disease*, vol. 143, no 3, p. 505-9.

49 Mairie de Paris. 2014. « Unité spéciale pour lutter contre l'habitat indigne », [en ligne] [www.paris.fr/accueil/logement/la-lutte-contre-l-habitat-indigne-se-dote-d-une-unite-speciale/rub_9649_actu_142950_port_23745].

50 Los Angeles Housing and Community Investment Department. 2013. « Code Enforcement Unit – About Us », [en ligne] [lahd.lacity.org/lahdinternet/CodeEnforcement/Programs/tabid/390/language/en-US/Default.aspx]

51 New York City Housing, Preservation and Development Department. 2015. « Report an Issue », [en ligne] [www1.nyc.gov/site/hpd/renters/report-an-issue.page].

4

L'abordabilité des logements

L'abordabilité des logements

Photo : iStock

« Au Canada, le logement abordable est le parent pauvre des politiques publiques[1]. »

Judith Maxwell

Comme on l'a expliqué dans la section précédente, les effets délétères de l'insalubrité du logement sur la santé sont importants et les conditions d'insalubrité existent davantage dans les logements locatifs. Il ne faut pas oublier pour autant que l'accès à un logement abordable constitue également un enjeu de santé publique. En fait, il s'agit d'une problématique particulièrement importante pour les Montréalais à faible revenu – soit un Montréalais sur cinq – puisque le fait d'accorder une trop grande proportion de leur revenu au logement compromet leur capacité à se nourrir et à répondre à d'autres besoins de santé (les médicaments, par exemple).

L'accès au logement

Au Canada, l'accès au logement se concrétise principalement sur le marché privé de l'immobilier. Selon Francine Dansereau, spcécialiste en études urbaines, l'action gouvernementale repose sur l'idée que les forces du marché peuvent répondre aux besoins de logement de la population et que l'État n'intervient que pour pallier les insuffisances du marché quant aux besoins des plus vulnérables[2]. Elle estime que depuis la Deuxième Guerre mondiale, l'action du gouvernement fédéral en matière d'habitation a reposé sur trois principes :

1. le marché doit répondre aux besoins de logement de la majorité de la population;
2. l'aide gouvernementale doit pallier les difficultés du marché à répondre aux besoins des plus démunis;
3. la qualité des logements doit répondre aux normes techniques du moment afin d'assurer le confort des occupants[3].

Judith Maxwell, ex-présidente du Conseil économique du Canada et fondatrice du Canadian Policy Research Network, constate l'existence de lacunes concernant l'abordabilité du logement et le logement social au Canada. Ces lacunes seraient dues, en partie, à une trop grande dépendance par rapport au marché privé. Elle affirme : « Le logement abordable est le parent pauvre des politiques publiques.[4]»

Pour sa part, David Hulchanski considère que le problème de la grande rareté de logements abordables destinés aux ménages urbains à faible revenu découle du fait que la politique du logement a été fortement en faveur de la propriété au Canada[5]. Selon lui, le secteur de l'habitation a été marqué par trois grandes tendances depuis la fin des années 1940 : 1) l'écart croissant de revenu entre les propriétaires et les locataires; 2) l'embourgeoisement des quartiers et la disparition du marché des logements locatifs bas de gamme à faible coût; et 3) le développement du marché des condominiums à partir de la fin des années 1960, accompagné d'une surenchère qui vise une clientèle plutôt fortunée, au détriment du secteur locatif[6]. C'est ce qui lui fait dire que le marché répond à ses propres besoins plutôt qu'aux besoins sociaux d'habitation, faisant en sorte que les ménages qui vivent en situation de très grande pauvreté ne sont pas en mesure de se loger[7]. Selon lui, la prépondérance du marché privé entraîne des conséquences sur la santé[8].

Depuis plusieurs années, des regroupements de locataires se mobilisent pour dénoncer les effets de la hausse des coûts d'habitation et réclamer une amélioration de l'accès à des logements abordables pour les ménages à faible revenu. Des acteurs du milieu des affaires se préoccupent également des effets de l'inabordabilité sur l'activité économique et sur les coûts engendrés pour les services de santé et les services sociaux. En 2004, la Chambre de commerce du Montréal métropolitain manifestait déjà une inquiétude face à la diminution de l'abordabilité des logements : « ...la hausse rapide des prix de l'immobilier dans la métropole, ces dernières années, a entraîné une détérioration de l'indice d'accessibilité au logement; ce qui signifie que le niveau de vie relativement supportable qui prévaut actuellement pourrait ne pas subsister dans un proche avenir[9]. » Dans son rapport de 2010 consacré à l'amélioration de l'abordabilité au Canada, le Conference Board du Canada affirme que « le caractère inabordable du logement a des conséquences négatives sur la santé des Canadiens, lesquelles réduisent leur productivité, limitent la compétitivité nationale et font grimper indirectement les coûts des soins de santé et du bien-être social[10]. » Par ailleurs, dans un rapport spécial sur les préoccupations face aux inégalités grandissantes de revenus au Canada, l'économiste en chef de la Banque TD conclut que l'accès à un logement abordable est nécessaire pour permettre, entre autres choses, à des populations vulnérables de réintégrer le marché du travail[11]. Il explique : « Investir davantage dans des logements abordables aiderait les plus pauvres de la société à se loger et améliorerait leur santé, ce qui est essentiel pour leur retour sur le marché du travail. Lorsque les personnes à faible revenu tentent d'améliorer leur sort, la hausse de leurs revenus d'emploi signifie souvent une perte d'aide venant des programmes gouvernementaux, ce qui décourage parfois de faire cette tentative. »

Le gouvernement fédéral canadien intervient en matière d'habitation depuis l'adoption de la première loi sur l'habitation[A] en 1935[12] qui a précédé de plusieurs années la création de la SCHL (on trouvera à l'Annexe III des renseignements supplémentaires sur le contexte légal). Même si dans les textes de lois qui ont suivi, on énonce des principes favorables au développement de logements publics et d'aide

A « La présente loi a pour objet, en matière de financement de l'habitation, de favoriser l'accès à une diversité de logements abordables, d'encourager l'accessibilité à des sources de financement ainsi que la concurrence et l'efficience dans ce domaine, d'assurer la disponibilité de fonds suffisants à faible coût et de contribuer à l'essor du secteur de l'habitation au sein de l'économie nationale. » Extrait de la Loi nationale sur l'habitation (L.R.C., 1985, ch. N-11. Art. 3.).

aux plus démunis, il faut bien constater que l'intégration des programmes et l'investissement conséquent font défaut, ce qui fait dire au Rapporteur spécial de l'ONU que le Canada est un des rares pays n'ayant pas de stratégie nationale d'habitation pour planifier une réponse aux divers besoins de logement :

> **« Le Canada est l'un des rares pays au monde à ne pas avoir de stratégie nationale de l'habitation. Les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et municipaux, de même que les organismes de la société civile (caritatifs et autres), ont mis sur pied divers programmes de financement qui demeurent ponctuels et à court terme et qui, selon les experts canadiens en logement, équivalent à mettre un diachylon sur une plaie géante[13]. »**
>
> (Traduction libre)

Le gouvernement du Québec a quant à lui amorcé des travaux préparatoires à l'élaboration d'une politique nationale de l'habitation en 2013[14] dont l'adoption est souhaitée par de nombreux intervenants québécois.

Les effets sur la santé

La mesure de l'abordabilité du logement est complexe[15]. Le seuil d'abordabilité du logement est généralement basé sur le critère suivant lequel les frais de logement ne doivent pas dépasser une certaine proportion du revenu du ménage avant impôt[16,17]. Au Canada – comme dans plusieurs pays – la situation d'inabordabilité du logement est communément définie comme le fait de consacrer plus de 30 % du revenu du ménage au logement[18]. Bien que le seuil d'abordabilité du logement soit généralement mesuré sur la base d'un taux d'effort fixé à 30 %, cette mesure comporte certaines limites. Comme le souligne entre autres Hulchanski, le critère du 30 % ne rend pas compte de la complexité des différentes situations des ménages. Selon lui, un critère de mesure plus subtil serait nécessaire pour tenir compte de différents facteurs tels que la réalité des familles, leur revenu, leur composition, leur âge, leur sécurité d'emploi, etc.[19].

Plusieurs études ont démontré qu'au Canada, les locataires – qui ont un revenu beaucoup moins élevé que les propriétaires – sont plus susceptibles que ces derniers de consacrer plus de 30 % de leur revenu au logement[20].

À Montréal, comme dans plusieurs régions du Québec, la pénurie de logements abordables fait en sorte que plusieurs ménages sont contraints de se loger dans des logements insalubres, à défaut de trouver mieux. À ce chapitre, les personnes à faible revenu sont évidemment

L'abordabilité, une préoccupation de longue date

Cette préoccupation pour l'accessibilité au logement était très présente dans les enseignements du professeur P.E. Nobbs, doyen du département d'architecture de l'Université McGill, qui l'exprimait en ces termes :

> « Il existe à Montréal une pénurie propre à cette ville, qui deviendra de plus en plus manifeste au fil des ans. »
>
> (*The Montreal Gazette*, 17 janvier 1936)

Le professeur Nobbs critiquait le projet de loi *Dominion Housing Bill* de 1935 qui, selon lui, favorisait davantage l'accession à la propriété des ménages à revenu moyen, qui étaient déjà bien logés, que l'offre de logements locatifs pour les chômeurs et les travailleurs pauvres. Ces derniers, parce qu'ils payaient à cette époque-là trop cher pour se loger, étaient selon le professeur *« underfed, underclothed, unhappy and, more or less, on the road to destruction as human beings*. » Il concédait qu'une intervention de l'État en matière de logement entraîne des coûts, mais, compte tenu de l'impact délétère des mauvaises conditions de logement sur la communauté, il écrivait : « Dans la mesure où les économies réalisées grâce à l'amélioration des conditions sociales contrebalancent les investissements engagés dans le logement, nous n'en sommes pas plus pauvres, seulement mieux. »

Tableau 3 - Problèmes rapportés par les ménages selon le statut de propriété et le taux d'effort (%), île de Montréal, juin 2014

	PROPRIÉTAIRES	LOCATAIRES			TOTAL
		Taux d'effort <30%	Taux d'effort >30%	Total locataire	
Surpeuplement	2,3*	7,0	10,7	7,7	5,3
Difficulté à boucler les fins de mois	11,3	19,2	44,6	26,7	20,5
Insécurité alimentaire					
Crainte de manquer de nourriture	2,8	9,6	27,7	14,4	9,6
Quantité insuffisante	1,8*	7,0	24,6	11,1	7,7
Qualité inadéquate	4,1	13,5	32,5	18,1	12,4
Utilisation d'une banque alimentaire	0,1*	1,6*	19,8*	7,5	4,2

* Intervalle de confiance important

Source : Centre Léa-Roback, SALAM 2014.

plus à risque que les autres[21]. En outre, l'inabordabilité du logement a des répercussions sur la santé de la population. Par exemple, on a mis en évidence aux États-Unis que le fait de vivre dans un logement inabordable augmente le risque de se percevoir en mauvaise santé, et ce, davantage chez les locataires que chez les propriétaires[22]. Les occupants de logements inabordables déclaraient plus d'hypertension, d'arthrite et de non-fidélité aux traitements médicamenteux pour des raisons financières[23].

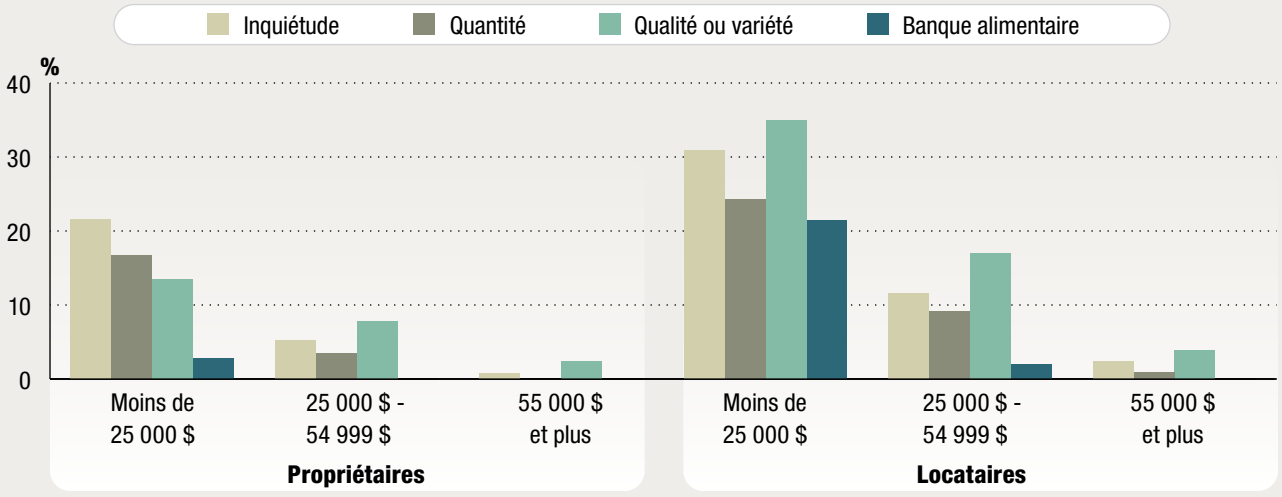
Insécurité alimentaire et besoins essentiels

Les ménages pauvres, notamment les prestataires d'aide sociale, consacrent une proportion importante de leur revenu au logement. Cela a pour effet de réduire leur capacité à répondre à d'autres besoins essentiels tels que se nourrir, se déplacer, utiliser les services publics (pour chauffer le logement, en particulier) et se soigner[24]. L'enquête SALAM (2014) nous a permis d'établir la relation entre le statut de propriété et le taux d'effort avec quelques-uns des problèmes que vivent les ménages montréalais (Tableau 3). On constate que plus de 25% des locataires disent avoir de la difficulté à boucler les fins de mois, et que 5 % ont une grande difficulté à le faire. Chez les locataires qui consacrent plus de 30 % de leur revenu au logement, ces proportions atteignent 31 % et 13 % respectivement Les proportions sont nettement inférieures chez les propriétaires, soit 10 % et 0,9 % respectivement.

Le coût du logement a un impact direct sur la sécurité alimentaire des ménages, en particulier des familles à faible revenu[25]. À Toronto, des chercheurs ont identifié, chez les ménages à faible revenu locataires d'un logement privé, une association entre l'insécurité alimentaire et la proportion du revenu consacré au logement[26]. Selon l'ONU, « la sécurité alimentaire existe lorsque tous les êtres humains ont, à tout moment, un accès physique et économique à une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de satisfaire leurs besoins énergétiques et leurs préférences alimentaires pour mener une vie saine et active[B]. » La mise à jour du Cadre de référence en matière de sécurité alimentaire élaboré par le ministère de la Santé et des Services sociaux en 2008 souligne à cet égard que « les politiques liées au revenu et au logement ont un lien direct avec le risque d'insécurité alimentaire de par leur influence sur le pouvoir d'achat[27]. » Il a été démontré que l'incapacité d'obtenir des aliments adéquats pour se nourrir est associée à des carences alimentaires[28] et à une mauvaise santé mentale et physique[29].

B Cette définition a été adoptée par les participants du Sommet mondial de l'alimentation de 1996 et reprise depuis par plusieurs travaux. Voir Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. 2012. *S'entendre sur la terminologie*, Comité de la sécurité alimentaire mondiale, 39e session du comité, p. 6.

FIGURE 11 - Ménages rapportant certains indicateurs d'insécurité alimentaire selon le statut de propriété et le revenu (%), île de Montréal, juin 2014



Source : Centre Léa-Roback, SALAM 2014.

Les données d'une enquête menée en 2010 sur le territoire de la DSP indiquent qu'une personne sur six (17 %) souffre d'insécurité alimentaire[30]. À chaque mois, près de 70 600 personnes utilisent les banques alimentaires, et 42 % d'entre elles, soit environ 30 000 utilisateurs, sont des enfants de moins de 18 ans[31]. Des 25 000 ménages qui ont recours aux services d'urgence des banques alimentaires à chaque mois, la majorité est constituée de familles avec enfants (56 %), soit environ 5 500 familles monoparentales et 8 300 familles biparentales[32].

Si l'insécurité alimentaire touche certains propriétaires montréalais (Fig. 11), l'enquête SALAM (2014) révèle que la proportion de propriétaires utilisant les banques alimentaires est presque nulle, alors que 5,1 % des locataires y ont recours à l'occasion, et 2,4 % y ont recours régulièrement[33]. Parmi les ménages ayant un taux d'effort de plus de 30 %, près d'un ménage sur cinq fait appel à des banques alimentaires. De plus, en raison d'un manque d'argent, 14 % des locataires ont craint de manquer de nourriture, 11 % en ont manqué réellement et 18 % n'ont pu se procurer des aliments de la qualité désirée au cours de la dernière année. Chez les ménages locataires ayant un revenu total de moins de 15 000 $, 38 % ont craint de manquer de nourriture, 37 % en ont manqué réellement et 50 % n'ont pu se procurer des aliments de la qualité désirée.

Cette situation est plus dramatique pour les ménages locataires ayant un taux d'effort de plus de 30 %. En effet, 45 % d'entre eux signalaient au moins un des indicateurs d'insécurité alimentaire, par opposition à 18 % des ménages locataires ayant un taux d'effort inférieur[34].

Anxiété et dépression

Les problèmes d'accès économique à l'habitation sont aussi associés à une moins bonne santé mentale en général[35]. Dans une étude

Crainte d'éviction des locataires et déménagements

Les données d'enquête (SALAM 2014) indiquent qu'un ménage locataire sur dix a craint d'être évincé de son logement au cours des dix dernières années, principalement en raison d'une reprise anticipée du logement par le propriétaire (27 %), d'un changement de propriétaire (13 %), d'une mésentente avec lui (24 %) ou, encore, de l'incapacité de payer le loyer (10 %).

Elles indiquent également que 21 % des locataires ont déménagé trois fois ou plus au cours des dix dernières années. Parmi les raisons motivant ces déménagements, les locataires indiquent la reprise du logement par le propriétaire (7,3 %), la mauvaise qualité du logement (11 %), l'insalubrité (4,2 %), le coût du logement ou l'augmentation du loyer (8,3 %).

longitudinale réalisée auprès de plus de 15 000 personnes, Bentley et ses collaborateurs ont relié le stress financier associé à l'inabordabilité à des conséquences négatives sur la santé mentale des individus, telles la dépression et l'anxiété[36]. Comme le résument Taylor et ses collaborateurs : « Les problèmes de paiement de loyer ont des effets néfastes importants sur le bien-être psychologique. Ces effets s'ajoutent à ceux des difficultés financières générales et sont plus grands encore[37]. » Dans la région de Philadelphie, plus du tiers (37 %) des propriétaires en défaut de paiement présentaient des symptômes de dépression grave[38]. Sur le marché privé, les ménages locataires des deux quintiles inférieurs de revenu sont plus vulnérables que les propriétaires aux effets de l'inabordabilité sur la santé mentale[39,40]. Il est intéressant de noter que dans une autre étude les propriétaires en retard dans leurs paiements mensuels se perçoivent en moins bonne santé que les autres et que les locataires dans la même situation ont plus tendance à présenter un des critères de dépression[41]. Elle révèle également que ceux qui ont dû déménager pour des raisons financières au cours des trois dernières années étaient plus susceptibles de signaler une récente attaque d'anxiété[42].

La situation montréalaise

Selon une étude du Wellesley Institute, environ le quart des ménages canadiens peine à se maintenir dans un logement abordable dans le marché privé[43]. Bien que le coût moyen pour se loger à Montréal soit inférieur à celui des grandes villes canadiennes, il convient de rappeler que le revenu médian des ménages y est aussi nettement inférieur [44].

Le coût du logement à Montréal est largement supérieur à la moyenne québécoise[45]. Non seulement, l'offre locative disponible est limitée, mais le coût du logement dans la région de Montréal a grimpé en flèche depuis 2001, dépassant largement l'inflation surtout dans le cas des logements de trois chambres à coucher et plus[46]. En vertu de ses mandats légaux, la Régie du logement du Québec détermine un indice des hausses de prix annuelles permises. Cependant, la Régie n'exerce pas un contrôle obligatoire des loyers et n'agit que sur présentation d'une plainte. Elle détermine le montant du loyer pour moins de 1 % des logements au Québec (50 135 cas en 2013-2014)[47].

Ces hausses ont pour conséquence de placer une proportion très importante de ménages dans une situation difficile. En 2011, 40 % des ménages locataires consacraient plus de 30 % de leur revenu à l'habitation, alors que cette proportion était de 23 % pour les ménages

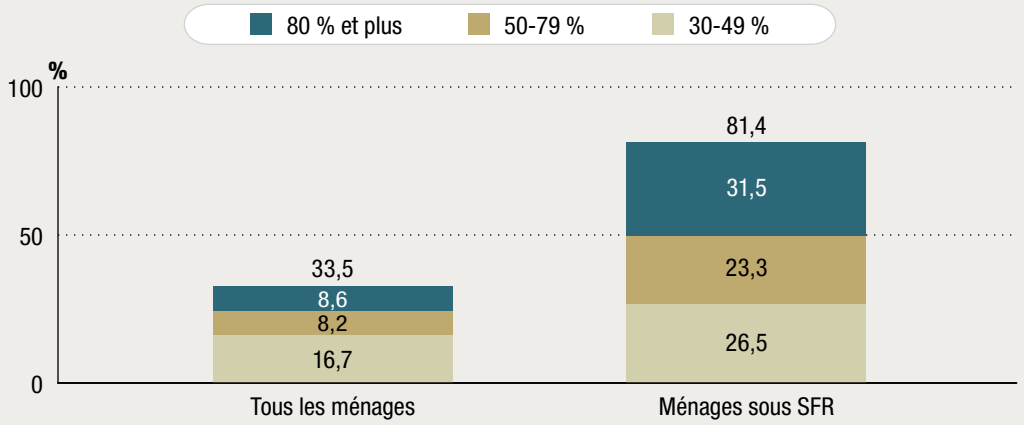
Le logement étudiant, un problème sous-estimé à Montréal

Avec ses nombreuses universités et établissements d'enseignement collégial, Montréal compte plus de 248 500 étudiants inscrits dans un établissement d'enseignement postsecondaire, dont près de 191 450 étudiants universitaires[48,49]. Une enquête menée en 2014 pour l'organisme UTILE* auprès de plus de 6 400 étudiants universitaires montréalais indique que 80 % de la population étudiante de Montréal réside sur l'île et que la moitié est locataire d'un studio ou d'un appartement[50]. Or, comme le nombre de résidences universitaires s'élève à environ 5 200 chambres, les étudiants logent majoritairement dans des habitations du marché locatif privé, consacrant 629 $ par mois en moyenne au logement. Ce montant est particulièrement élevé si l'on considère que le revenu moyen des étudiants québécois était de 14 238 $ pour les bénéficiaires du Programme de prêts et bourses, et de 13 989 $ pour les autres**. **Pour diminuer les coûts de logement, l'étude révèle que les étudiants vivent en colocation dans des appartements de grandes dimensions (cinq pièces ou plus). Cette situation engendre une demande accrue pour les grands logements dans les arrondissements centraux où les logements disponibles pour les familles se font rares[51].**

* L'organisme UTILE (Unité de travail pour l'implantation du logement étudiant) est un organisme à but non lucratif qui fait la promotion du logement étudiant coopératif et soutient son développement.

** Les revenus sont basés sur l'ensemble du Québec et comprennent ceux des étudiants de la formation professionnelle au secondaire. Données provenant du ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de la Science. 2015. *Enquête sur les conditions de vie des étudiantes et étudiants de la formation professionnelle au secondaire, du collégial et de l'université 2013*, Québec, Gouvernement du Québec, p. 44.

FIGURE 12 - Proportion de ménages qui consacrent plus de 30 % de leur revenu au logement, Montréal, 2011



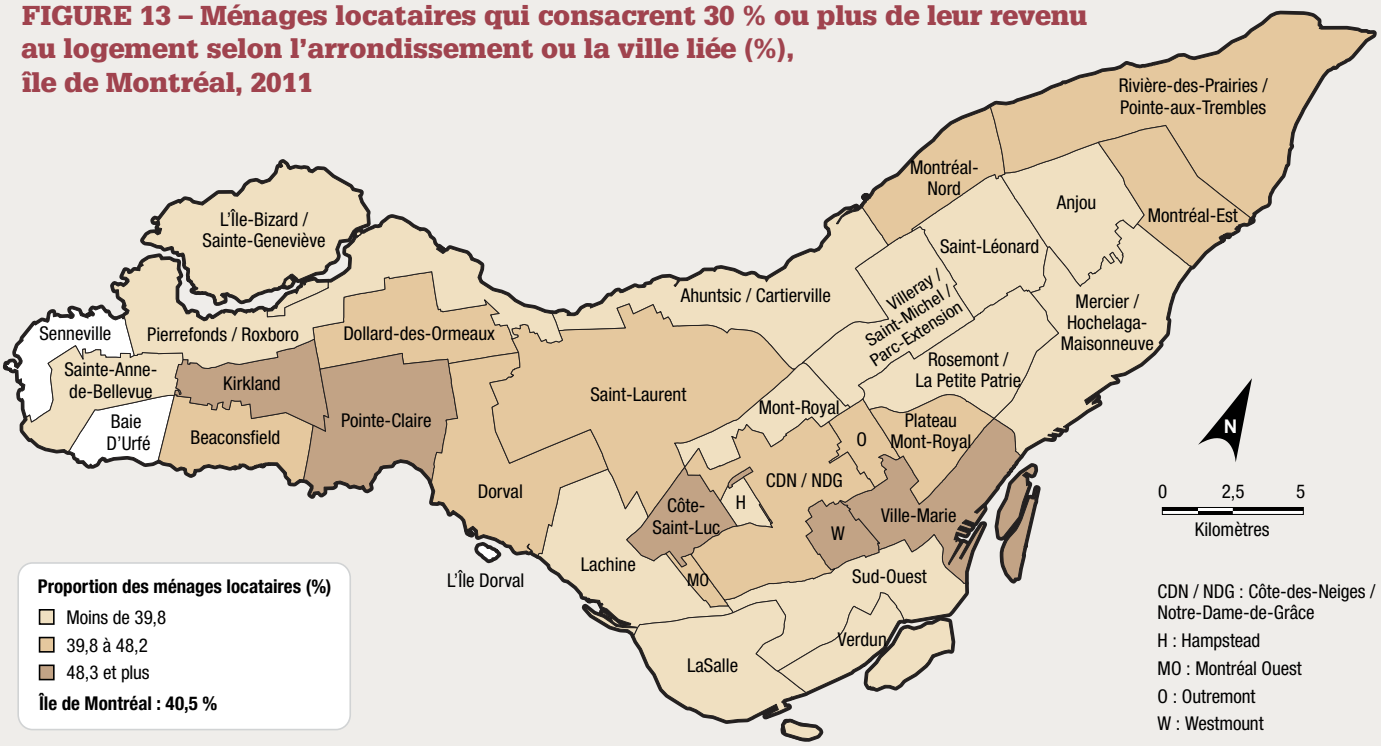
Source : Statistique Canada, ENM 2011.

propriétaires [52]. De plus, 81% des ménages sous le seuil de faible revenu consacraient plus de 30% de leur revenu au logement (Fig. 12).

Dans certains territoires, la situation est encore plus alarmante. Ainsi, dans les arrondissements où la pauvreté est concentrée, la proportion de locataires qui dépense plus de 30 % de leur revenu pour se loger y atteint des proportions largement supérieures, notamment dans Ville-Marie (51%), Côte-des-Neiges–Notre-Dame-de-Grâce (45 %) et le Plateau-Mont-Royal (44 %) (Fig. 13).

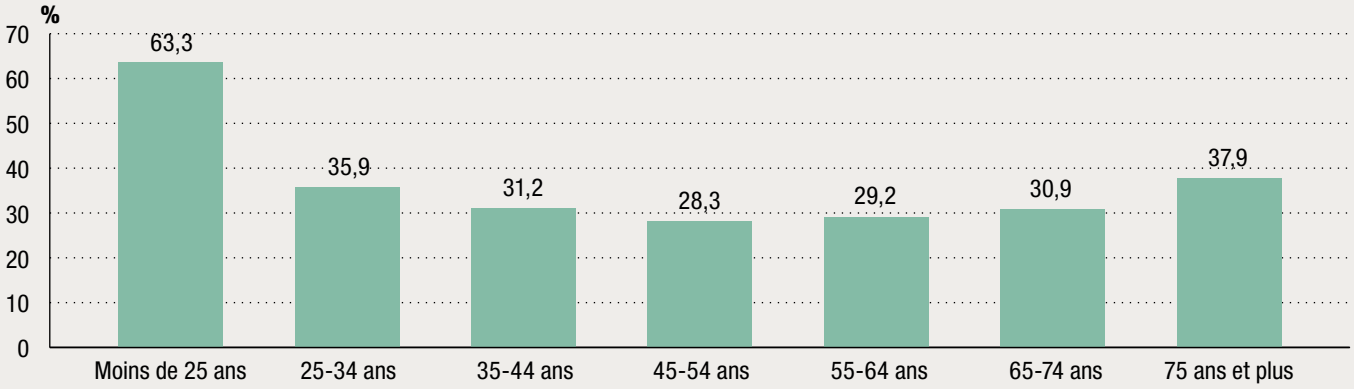
L'abordabilité constitue un enjeu qui concerne particulièrement les deux extrémités de la pyramide d'âge, les jeunes âgés de moins de 25 ans et les personnes âgées

FIGURE 13 – Ménages locataires qui consacrent 30 % ou plus de leur revenu au logement selon l'arrondissement ou la ville liée (%), île de Montréal, 2011



Source : Statistique Canada, ENM 2011.

FIGURE 14 - Proportion des ménages privés qui consacrent plus de 30 % de leur revenu au logement selon l'âge du principal soutien du ménage, Montréal, 2011



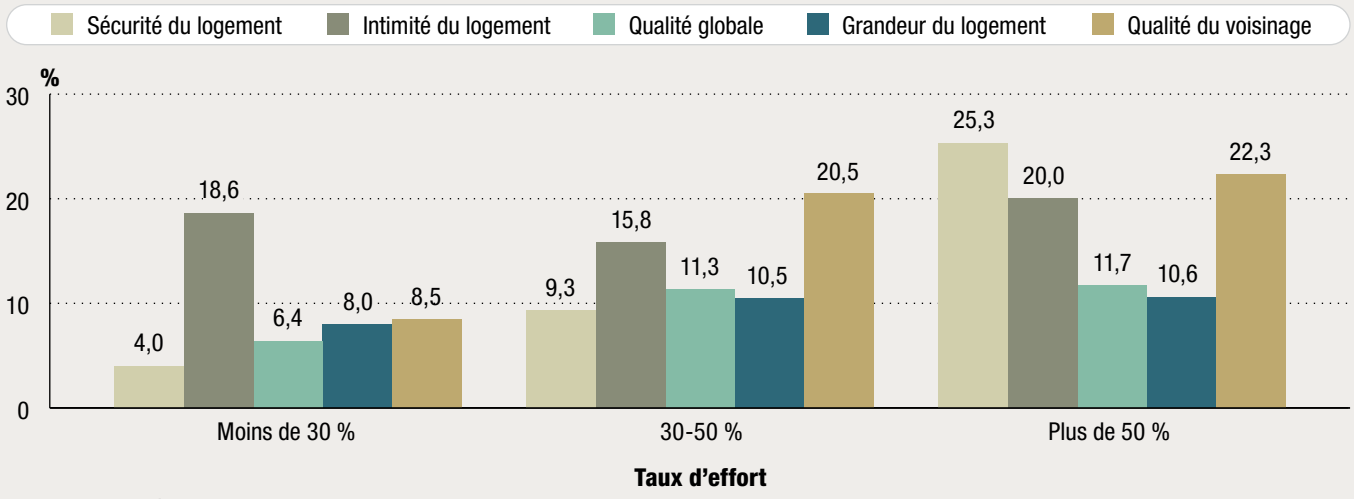
Source : Statistique Canada, ENM 2011.

de 75 ans et plus (Fig. 14). À Montréal, en 2011, près des deux tiers (63 %) des ménages dont le principal soutien était âgé de moins de 25 ans consacraient plus de 30 % de leur revenu au logement, alors que cette proportion s'élevait à 38 % chez les personnes âgées de 75 ans et plus[53].

Perception des ménages quant à leurs conditions de logement

Dans l'ensemble, les ménages locataires sont beaucoup plus nombreux que les ménages propriétaires à avoir une mauvaise perception de leurs conditions de logement, et ce, au regard de la sécurité, la taille, l'intimité, la qualité du voisinage et la qualité globale (SALAM 2014). Pour certains indicateurs, en particulier la sécurité du logement et la qualité du voisinage, la différence entre les deux groupes est excessivement marquée (Fig. 15).

FIGURE 15 - Ménages locataires ayant une appréciation mauvaise ou très mauvaise de leurs conditions d'habitation selon le taux d'effort (%), île de Montréal, juin 2014



Source : Centre Léa-Roback, SALAM 2014.

Exemples d'interventions locales

Les instances locales de santé publique interviennent dans plusieurs dossiers liés au logement de concert avec leurs partenaires communautaires et institutionnels. Ainsi, au centre-ville, le CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal participe à la mise en place de mesures visant à accroître l'accessibilité au logement et à améliorer l'aménagement urbain. Les actions visent entre autres le maintien des populations locales, en particulier les ménages à faible ou modeste revenu, l'attraction et la rétention des familles, la lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale, ainsi que la lutte à l'itinérance. Voici quelques-unes des interventions réalisées en partenariat :

- Prise de position publique par le conseil d'administration du CSSS Jeanne-Mance* concernant les enjeux liés au logement et à la lutte à la pauvreté : depuis 2004, le conseil d'administration défend notamment la demande d'inclusion de 30 % de logements sociaux dans les nouveaux projets de développement (dont le site de Radio-Canada) et l'utilisation des bâtiments excédentaires du réseau de la santé à des fins communautaires.
- Soutien aux Projets autochtones du Québec (PAQ) pour la création de la Maison autochtone de Montréal : l'équipe des services à la communauté et le PAQ travaillent ensemble pour soutenir le développement de l'hébergement destiné aux hommes et aux femmes des Premières Nations, Inuits et Métis en situation d'itinérance ou à risque de devenir sans-abri; le projet comprend la création d'un refuge d'urgence et d'unités d'hébergement de transition.

* Le CSSS Jeanne-Mance fait partie des établissements qui ont été regroupés en avril 2015 dans le CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Références

1 Maxwell, J. 2004. Préface du rapport de recherche *Housing is Good Social Policy*, de T. Carter et C. Polevychok, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Ottawa.

2 Dansereau, F. 2005. *Politiques et interventions en habitation; Analyse des tendances récentes en Amérique du Nord et en Europe*, Société d'habitation du Québec (SHQ) et Presses de l'Université Laval, Québec, p. 14.

3 *Ibid.*

4 Maxwell, J. 2004. *Op. cit.*

5 Hulchanski, J.D. 2005. *Rethinking Canada's housing affordability challenge*, document pour la Canadian Housing Framework Initiative.

6 *Ibid.*

7 *Ibid.*

8 Dunn, J. R. 2000. « Housing and Health Inequalities: Review and Prospects for Research », *Housing Studies*, vol. 15, no 3, p. 341-366.

9 Chambre de commerce du Montréal métropolitain. 2004. *Bulletin de santé de Montréal*, p. 17.

10 Conference Board du Canada. 2010. *Partir de la base : améliorer le logement abordable au Canada*, Ottawa, p. iii.

11 Alexander C. et F. Fong. 2014. *The Case for Leaning against Income Inequality in Canada*, TD Economics Special Report, 13 pages, p. 11.

12 Dansereau, F. 2005. *Politiques et interventions en habitation; Analyse des tendances récentes en Amérique du Nord et en Europe*, Société d'habitation du Québec (SHQ) et Presses de l'Université Laval, Québec, p. 14.

13 ONU, Conseil des droits de l'homme. 2009. *Rapport du Rapporteur spécial sur le logement convenable en tant qu'élément du droit à un niveau de vie suffisant ainsi que sur le droit à la non-discrimination à cet égard*, par Miloon Kothari, addendum « MISSION TO CANADA », 9-22 octobre 2007, p. 7-8. (Rapport rédigé en anglais, seul le titre est en français).

14 André Villeneuve. 2014. *Politique nationale sur l'habitation. Rapport synthèse des rencontres préparatoires*, Société d'habitation du Québec, Québec.

15 Luffman, J. 2006. « Mesurer l'abordabilité du logement », *L'emploi et le revenu en perspective*, vol. 7, no 11, Statistiques Canada, Ottawa.

16 *Ibid.*

17 Pendakur, K. 2001. « Consumption poverty in Canada, 1969-1998 », *Canadian Public Policy*, vol. 27, no 2, p. 125-149.

18 Pollack et coll. 2010. « Housing Affordability and Health Among Homeowners and Renters », *American Journal of Preventive Medecine*, vol. 39, no 6, p. 515-521.

19 Hulchanski, J.D. 2005. *Rethinking Canada's housing affordability challenge*, document pour la Canadian Housing Framework Initiative.

20 Hulchanski, D. et M. Shapcott. 2004. *Finding room: Policy options for a Canadian rental housing strategy*, CUCS Press, Toronto.

21 Evans, G. et E. Kantrowitz. 2002. « Socioeconomic status and health: the potential role of environmental risk exposure », *Annual Review of Public Health*, vol. 23, no 1, p. 303-331.

22 Pollack, C.E. et coll. 2010. *Op. cit.*

23 *Ibid.*

24 Thomson, H. et coll. 2003. « Health impact assessment of housing improvements: incorporating research evidence », *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 57, no 1, p. 526-530.

25 Kirkpatrick, S. et V. Tarasuk. 2007. « Adequacy of food spending is related to housing expenditures among lower-income Canadian households », *Public Health Nutrition*, vol. 10, no 12, p. 1464-1473.

26 Kirkpatrick, S. et V. Tarasuk. 2011. « Housing circumstances are associated with household food access among low-income urban families », *Journal of Urban Health*, vol. 88, no 2, p. 284-296.

27 Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). 2008. *Cadre de référence en matière de sécurité alimentaire; Mise à jour 2008*, Québec, p. 19.

28 Cristofar, S.P. et P.P. Basiotis. 1992. « Dietary intakes and selected characteristics of women ages 19–50 years and their children ages 1–5 years by reported perception of food sufficiency », *Journal of Nutrition Education*, vol. 24, no 2, p. 53–58.

29 Che, J. et J. Chen. 2001. « Food insecurity in Canadian households », Health Reports, vol. 12, no 4, p. 11-22, cités par Kirkpatrick, S. et V. Tarasuk. 2011. « Housing circumstances are associated with household food access among low-income urban families », *Journal of Urban Health*, vol. 88, no 2, p. 284-296.

30 Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des Services sociaux de Montréal. 2011. Sondage régional sur la santé 2010, données sur l'insécurité alimentaire dans la population montréalaise, non publié.

31 Banques alimentaires du Québec. 2014. *Bilan-faim Québec 2014.*

32 *Ibid.*

33 Centre de recherche Léa-Roack sur les inégalités sociales de santé. 2014. Enquête sur la salubrité et l'abordabilité du logement (SALAM), Montréal.

34 *Ibid.*

35 Pollack, C.R. et coll. 2010. « Housing Affordability and Health Among Homeowners and Renters », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 39, no 6, p. 515-521.

36 Bentley, R. et coll. 2012. « Cumulative exposure to poor housing affordability and its association with mental health in men and women », *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 66, p. 761-766.

37 Taylor, M.P. et coll. 2007. « The psychological costs of unsustainable housing commitments », *Psychological Medicine*, vol. 37, no 7, p. 1027-1036.

38 Pollack, C.E. et J. Lynch. 2009. « Health status of people undergoing foreclosure in the Philadelphia region », *American Journal of Public Health*, vol. 99, no 10, p. 1833-1839.

39 Mason, K.E. et coll. 2013. « Housing affordability and mental health: Does the relationship differ for renters and homeowners? », *Social Science & Medicine*, vol. 94, p. 91-97.

40 *Ibid.*

41 Burgard, S.A. et coll. 2012. « Housing instability and health: findings from the Michigan Recession and Recovery Study », *Social Science & Medicine*, vol. 75, no 12, p. 2215-2224

42 *Ibid.*

43 Wellesley Institute. 2010. *Precarious Housing in Canada*, Toronto, p. 46.

44 Statistique Canada. 2011. Enquête nationale sur les ménages (ENM).

45 Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). 2014. *Statistiques sur le marché locatif*, Le Marché de l'habitation, printemps, Ottawa.

46 Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). 2013. *Statistiques sur le marché locatif*, Le Marché de l'habitation, printemps, Ottawa.

47 Régie du logement du Québec. 2014. *Rapport annuel de gestion 2013-2014*, p. 67.

48 Unité de travail pour l'implantation du logement étudiant (UTILE). 2014. *Étude sur le logement étudiant abordable*, rapport final, préparé par Zins, Beauchesne et associés, p. 8, citant Universités Canada. 2014 « Effectifs par université », [en ligne] [www.univcan.ca/fr/universites-canadiennes/faits-et-chiffres/effectifs-par-universite/].

49 Unité de travail pour l'implantation du logement étudiant (UTILE). 2014. *Ibid.,* p. 16.

50 Unité de travail pour l'implantation du logement étudiant (UTILE). 2014. *Ibid*.

51 Unité de travail pour l'implantation du logement étudiant (UTILE). 2013. *La question du logement étudiant : l'accessibilité aux études passe aussi par le logement étudiant*, mémoire déposé au ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie à l'occasion du Sommet sur l'enseignement supérieur des 25 et 26 février 2013.

52 Statistique Canada. 2011. Enquête nationale sur les ménages (ENM).

53 *Ibid.*

5

Le logement et la santé des familles

Le logement et la santé des familles

Photo : Maxime Juneau

Les coûts de l'habitation ont une importance particulière pour les parents car un logement stable, sécuritaire et adéquat est essentiel à la saine croissance des enfants et à leur plein développement[1]. Conditions de logement et santé et bien-être des enfants sont liés de multiples façons[2]. En effet, le logement est un déterminant de la santé des familles qu'on doit évaluer sous différents angles :

1) les attributs physiques;
2) la disponibilité;
3) la relation avec l'occupant (abordable, stable, adéquat en termes d'espace, etc.);
4) la stabilité résidentielle;
5) les caractéristiques du voisinage (sécurité, accessibilité de l'emploi, de l'éducation, et des services comme les garderies et les commerces de proximité)[3].

C'est du moins ce qu'une étude de la SCHL, menée en 2003 à Québec et Victoria, a soutenu en établissant un lien entre les problèmes de comportement des enfants et la qualité du logement et le quartier[4]. Outre les aspects de salubrité et d'abordabilité présentés dans les sections précédentes, qui touchent un nombre important de familles avec des enfants (particulièrement celles à faible revenu), certaines questions méritent une attention particulière.

Les effets sur la santé

Inabordabilité

Les conditions matérielles du logement sont en bonne partie responsables de l'impact des inégalités de revenu sur la santé des enfants[5]. Il a été établi que chez les enfants pauvres âgés de 6 à 17 ans, le fait de vivre dans un logement abordable favorise une meilleure santé et une diminution des problèmes de comportement[A]. À l'inverse, l'inabordabilité du logement influence la capacité des parents à répondre aux autres besoins de base des enfants (se nourrir, se vêtir, recevoir des soins)[6]. Les effets de l'inabordabilité du logement sur la santé des enfants passent essentiellement par la restriction de la consommation des autres biens et services essentiels, ainsi que par le stress engendré par les problèmes émotionnels vécus par les parents[7]. En effet, les préoccupations liées au manque d'argent pour se loger et combler les autres besoins interfèrent avec les comportements parentaux[8].

Comme on l'a vu plus haut, le manque d'argent disponible pour la nourriture entraîne une insécurité alimentaire chez les familles vivant une situation caractérisée par l'inabordabilité du logement, en particulier les familles pauvres. Chez les enfants, l'incapacité de se nourrir adéquatement engendre des carences alimentaires qui ont des effets sur leur santé physique et mentale et compromet également leur développement physique à long terme[9,10]. Les données de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ) révèlent une association entre l'insécurité alimentaire vécue en bas âge et un surplus de poids[11] ou une moins bonne santé mentale durant l'enfance [12]. Un travail important, mené dans 26 pays européens, indique par ailleurs que les conditions matérielles de logement expliquent possiblement pour une bonne part les inégalités sociales de santé chez les enfants[13].

L'aide au logement pourrait contrer ces problèmes. Aux États-Unis, les enfants vivant dans des familles à faible revenu sans soutien au logement sont susceptibles de souffrir de malnutrition et de sous-développement, ce qui n'est pas le cas des enfants des familles qui reçoivent du soutien[14]. Des chercheurs ont mis en relief l'association entre le fait d'habiter un logement social ou subventionné et le développement adéquat des jeunes enfants. Ainsi, parmi les enfants dont les familles étaient sur la liste d'attente d'un logement social, 1 sur 5 avait un retard de croissance, alors que chez les enfants en logement subventionné, cette proportion était de 1 sur 30[15]. Par ailleurs, les enfants qui vivaient de l'insécurité alimentaire dans les familles recevant de l'aide au loyer avaient un meilleur développement physique que ceux des familles sans subvention[16].

Une enquête réalisée auprès de 12 000 enfants de ménages locataires à bas revenu aux États-Unis a relevé que 24 % d'entre eux vivaient de l'insécurité alimentaire. Encore une fois, les enfants qui vivaient de l'insécurité alimentaire dans les familles recevant de l'aide au loyer avaient un meilleur développement physique que ceux des familles sans subvention[17].

Instabilité résidentielle

Le US General Accounting Office constate que la mobilité des enfants est souvent liée au manque de logements abordables[18]. En effet, les familles à faible revenu, à la recherche d'un logement moins coûteux et désireuses d'améliorer leurs conditions d'habitation, ont tendance à déménager plus souvent que les autres[19]. Les familles américaines pauvres déménageraient de 50 % à 100 % plus souvent que les familles plus aisées[20]. L'instabilité résidentielle, définie par deux déménagements ou plus au cours d'une année[21], est associée à différents problèmes de santé chez les enfants[22,23]. La précarité du logement pour les familles peut être dommageable pour le développement physique, intellectuel et émotif des enfants[24]. Les déménagements fréquents peuvent aussi exacerber une situation familiale déjà problématique, notamment dans le cas de mauvaises pratiques parentales[25]. Cutts, entre autres, a démontré chez les enfants de moins de trois ans une association entre l'instabilité résidentielle, d'une part, et de moins bons indicateurs

A Données du *National Survey of America's Families* – 44 000 familles dont 19 000 avec des revenus inférieurs à 200 % du seuil de pauvreté. Voir Harkness et Newman. 2005. « Housing affordability and children's well-being: evidence from the National Survey of America's Families », *J. of Housing Policy Debate*, 16(2): 223-255.

de santé, une insécurité alimentaire, une plus faible croissance et des risques pour le développement psychologique, d'autre part[26].

Chez les enfants plus vieux et les adolescents, les déménagements fréquents sont associés à des problèmes de santé mentale et d'abus de substances psychotropes, ainsi qu'à un risque plus élevé de grossesse à l'adolescence et de troubles du comportement[27].

Les conséquences des mauvaises conditions d'habitation vécues durant l'enfance se répercutent tout au long de la vie[28]. Plusieurs travaux ont mis en évidence que l'instabilité résidentielle au cours de l'enfance contribue à des problèmes de santé mentale à l'âge adulte (alcoolisme, dépression, tentative de suicide, etc.)[29]. Des chercheurs ont également démontré une association entre ces mauvaises conditions précoces et la mortalité causée par diverses maladies chroniques[30].

Au chapitre des services, il convient de souligner que les déménagements fréquents peuvent faire en sorte que les besoins des enfants soient moins facilement détectés par les intervenants des services sociaux[31]. En revanche, ces déménagements peuvent devenir un marqueur utile pour repérer le risque clinique de problèmes émotifs et comportementaux des enfants[32]. On note, en outre, que les déménagements fréquents sont associés à une carence au plan des soins préventifs chez les enfants[33,34], notamment des difficultés à respecter le calendrier de vaccination[35].

L'instabilité résidentielle a aussi un impact sur la performance scolaire des enfants[36-38]. C'est le cas lorsque les déménagements ne s'accompagnent pas d'une bonification des conditions de logement[39]. Mueller et Tighe font référence à une étude américaine où 41 % des enfants de 3e année ayant déjà fréquenté plus de trois écoles obtiennent des notes sous la moyenne, et ceux qui ont changé d'école plus de quatre fois jusqu'à la 8e année sont quatre fois plus susceptibles que les autres d'abandonner leur scolarité[40]. Au Canada, l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) a également mis en évidence que les enfants vivant dans des logements inadéquats avaient une moins bonne performance à l'école[41] et que la stabilité résidentielle, au contraire, améliore leurs chances de réussite scolaire[42].

Il est intéressant de noter que les risques de l'insécurité résidentielle pour la santé peuvent être réduits en améliorant l'offre de logements abordables et en finançant des programmes d'aide au loyer[43].

Violence familiale

Le manque de logements abordables constitue un enjeu crucial pour les milliers de femmes et d'enfants victimes de violence familiale chaque année[B]. Un environnement domestique sécuritaire et abordable est un facteur déterminant pour qu'une femme victime de violence conjugale puisse échapper à cette situation[44]. Or, les femmes quittant un conjoint violent ont du mal à trouver un logement abordable[45] et elles sont quatre fois plus susceptibles de vivre une instabilité résidentielle[46]. De plus, elles doivent affronter la discrimination dans leur recherche de logement[47]. Une étude canadienne menée dans un refuge pour femmes violentées indique que près d'une sur trois (31 %) se résout à retourner chez son conjoint abuseur en raison d'un manque de logements[48].

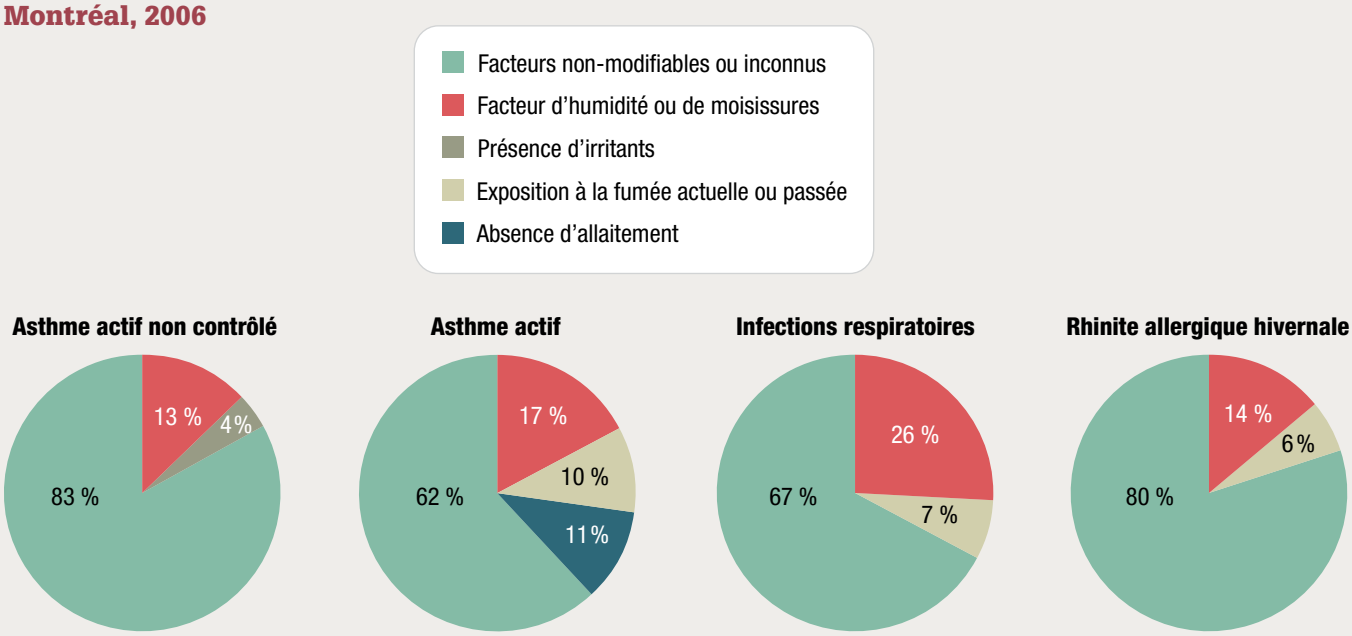
Jeunes et protection de la jeunesse

En Grande-Bretagne, on a attiré l'attention sur le fait que les familles vivant dans un logement surpeuplé sont plus susceptibles que les autres d'avoir affaire, un jour, aux services de protection de la jeunesse[49]. Par ailleurs, aux États-Unis, les familles qui reçoivent des services des agences de protection de l'enfance (soit volontairement, soit par une ordonnance de la cour) éprouveraient souvent des difficultés de logement[50,51].

Un logement adéquat est un facteur de réussite important dans le cas des services de protection de la jeunesse[52,53]. En effet, un enfant placé en centre d'accueil ou en famille d'accueil, puis retourné à sa famille d'origine, est plus à risque d'être placé à nouveau si le retour s'effectue dans un logement inadéquat[54]. D'ailleurs, l'efficacité des services de réunification familiale qui

B En 2012, selon les statistiques officielles de la criminalité déclarées et enregistrées par les forces policières, 19 731 personnes de 12 ans et plus ont été victimes de crimes contre la personne commis dans un contexte conjugal au Québec, dont 5 278 cas à Montréal. Voir Ministère de la Sécurité publique. 2013. *Criminalité dans un contexte conjugal au Québec; Faits saillants 2012*.

FIGURE 16 - Fractions attribuables du risque pour différentes maladies affectant les enfants, Montréal, 2006



Source : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2011. *Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais de 6 mois à 12 ans.*

n'aideraient pas les familles à maintenir une stabilité et une qualité de logement est mise en doute dans les écrits scientifiques[55].

Le problème est particulièrement aigu pour les jeunes qui atteignent leur majorité, car ils ne sont plus admissibles aux services d'hébergement jeunesse et éprouvent des difficultés importantes à dénicher un logement à prix abordable[56]. Laissés à eux-mêmes pour se loger, ils sont à risque de devenir sans-abri et de souffrir des nombreux problèmes de santé associés à cette réalité[57].

La situation montréalaise

Parmi les familles montréalaises, on en dénombre plus de 202 000[C] qui ont au moins un enfant âgé de 0 à 17 ans, dont 53 850 sont monoparentales, soit le quart d'entre elles[58]. La situation de ces familles soulève des enjeux particuliers en lien avec le logement.

Salubrité des logements où vivent de jeunes enfants

Les effets de l'insalubrité sur la santé des enfants sont très importants, particulièrement chez les enfants en bas âge. Une étude sur la santé respiratoire publiée par la DSP en 2011 estimait que 36 % des domiciles où vivent de jeunes enfants présentent un facteur d'insalubrité lié à une humidité excessive ou à des moisissures[D], 6 % sont aux prises avec des souris ou des rats, et 4,5 % avec des coquerelles[59].

Cette enquête montre également que chez les enfants montréalais âgés de 6 mois à 12 ans, les moisissures et l'humidité excessive constituent le principal facteur de risque modifiable associé à la prévalence de l'asthme (en particulier de l'asthme actif), des infections respiratoires et de la rhinite allergique hivernale. Ainsi, 13 % à 17 % des cas d'asthme actif, 26 % des infections respiratoires et 14 % des rhinites hivernales seraient attribuables à ce facteur (Fig. 16). Plus

C À Montréal, il y a un nombre plus élevé de familles (202 000) que de ménages (183 580) avec des enfants de moins de 18 ans vivant à la maison, puisque certains ménages comptent plus d'une famille. Comme on l'a vu plus haut, un ménage se définit comme suit : « une personne ou groupe de personnes (autres que des résidants étrangers) occupant un logement privé et n'ayant pas de domicile habituel ailleurs au Canada. » Une famille est composée des personnes suivantes : « un couple marié (avec ou sans enfants), couple en union libre (avec ou sans enfants) ou famille comptant un seul parent. » Source : ENM 2011.

D Les facteurs qui composent l'indicateur sont les suivants : taches de moisissures, odeurs de moisi, traces d'infiltration d'eau, inondation ou dégât d'eau antérieur, chambre au sous-sol, logement au sous-sol et sous-sol en terre battue.

de 10 000 enfants montréalais seraient atteints d'un de ces trois problèmes associés à l'humidité excessive; de ce nombre, plus de 5 000 souffriraient d'asthme[60]. Ces proportions sont similaires à celles estimées aux États-Unis[61,62].

Les effets de la fumée de tabac au domicile sur la santé des enfants

L'étude sur la santé respiratoire des enfants révèle également que l'exposition à la fumée de tabac expliquerait 13 % de la prévalence de l'asthme à vie, 10 % de la prévalence de l'asthme actif, 7 % de la prévalence des infections respiratoires et 6 % de la prévalence de la rhinite allergique hivernale[63]. Cette situation est préoccupante dans la mesure où les données de l'enquête SALAM (2014) révèlent que 14 % des ménages qui ont des enfants mineurs sont exposés à la fumée de tabac au domicile et que cette proportion atteint 17 % chez les locataires[64]. L'Enquête montréalaise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle, menée par la DSP en 2012 auprès de 1 200 enfants, indique que les enfants de familles à faible revenu, lorsqu'on les compare à ceux de familles mieux nanties, habitent des logements moins salubres. Ainsi, 34 % d'entre eux vivent dans un logement où il y a un ou des problèmes d'insalubrité en comparaison de 18 % chez les familles les mieux nanties. Ils sont aussi plus nombreux à vivre dans un logement surpeuplé (61 % comparé à 18 %) et à avoir vécu trois déménagements au cours des cinq dernières années (16 % comparé à 6,8 %)[65].

Disponibilité de logements abordables pour les familles avec de jeunes enfants

Comme on l'a mentionné à la section 2, les logements locatifs de taille adéquate et à un coût abordable pour une famille avec enfants sont de plus en plus rares à Montréal. En 2011, la proportion de familles avec des enfants[E] consacrant plus de 30 % de leur revenu au logement atteignait 29 %, alors qu'elle était de 17 % dans l'ensemble du Québec. Les ménages locataires avec enfants sont plus nombreux à dépenser plus de 30 % de leur revenu pour se loger (33 % comparé à 24 % chez les propriétaires). Parmi les ménages avec enfants, 6,9 % consacraient entre 50 % et 79 % du revenu du ménage pour se loger et 5,2 %, plus de 80 %[66].

Pour les familles monoparentales, la situation est encore plus difficile. En effet, 45 % d'entre elles consacrent plus de 30 % de leur revenu au logement, comparé à 12 % pour les ménages avec enfants; 14 % y consacrent de 50 % à 79 %; et 8,5 % dépensent 80 % ou plus[67]. Il est à noter que près de la moitié de ces familles (42 %) vit sous le seuil de faible revenu après impôt[F].

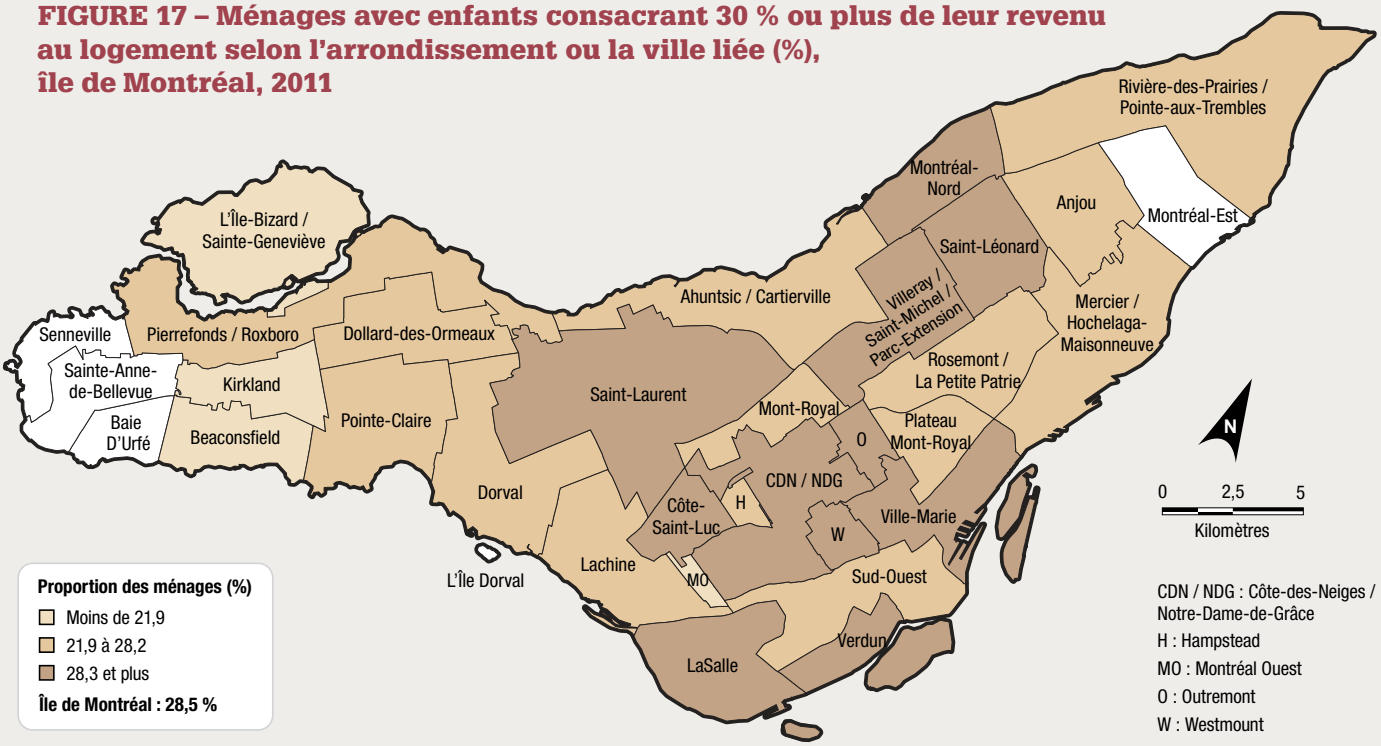
Dans certains arrondissements, la proportion de ménages avec enfants consacrant plus de 30 % de leur revenu au logement est beaucoup plus élevée. C'est le cas, notamment, à Montréal-Nord (39 %), Saint-Léonard (37 %), Lasalle (35 %), Outremont (33 %), Saint-Laurent (33 %), Ville-Marie (32 %), Côte-des-Neiges–Notre-Dame-de-Grâce (33 %), Villeray–Saint-Michel–Parc-Extension (34 %) et Côte-Saint-Luc (36 %) (Fig. 17).

Cette situation problématique fait en sorte que plus d'un ménage sur cinq avec enfants mineurs (39 300) vit dans un logement de dimensions inadéquates, comparativement à 9 % de l'ensemble des ménages. Cette proportion grimpe à 25 % pour les familles monoparentales avec enfants[68]. Connus depuis longtemps pour favoriser la transmission de la tuberculose, les logements surpeuplés sont aussi associés à un plus grand risque de nombreuses maladies infectieuses : gastroentérites, pneumonies, bronchiolites, certaines hépatites et méningites liées aux méningocoques[69]. De plus, le surpeuplement est associé à l'insécurité alimentaire et à un faible poids chez les enfants de moins de trois ans[70].

E Pour des raisons méthodologiques, seuls les couples avec enfants et les familles monoparentales sont pris en compte dans les calculs. Les ménages multifamiliaux et les ménages unifamiliaux avec personnes additionnelles sont exclus.

F Source : Statistique Canada, ENM 2011.

FIGURE 17 – Ménages avec enfants consacrant 30 % ou plus de leur revenu au logement selon l'arrondissement ou la ville liée (%), île de Montréal, 2011



Source : Statistique Canada, ENM 2011.

Initiative montréalaise pour soutenir l'abordabilité du logement pour les familles

L'abordabilité du logement pour les familles a fait l'objet d'une attention particulière de la part des autorités municipales de Montréal. Dans la Stratégie immobilière pour la région métropolitaine de Montréal, la commission de l'aménagement de la Communauté métropolitaine de Montréal (CMM) réitère l'importance de créer une offre de logements abordables, notamment pour les familles[71].

Par ailleurs, le Plan de fidélisation des familles 2014-2017 de la Ville de Montréal préconise différentes mesures de rétention des familles qui quittent pour la banlieue parce qu'elles ne trouvent pas à Montréal d'offre résidentielle adaptée à leurs besoins et leur capacité financière[72]. Outre l'aménagement des quartiers et des mesures incitatives d'ordre financier concernant l'achat de propriétés par les familles en mesure d'accéder à la propriété, le Plan prévoit la stimulation de la construction de logements répondant aux besoins des familles locataires par des entrepreneurs privés et communautaires, notamment des logements de grande superficie*. Le Plan cible la construction de 1 750 logements locatifs de trois chambres et plus entre 2014 et 2017[73].

* Selon le Programme d'habitations urbaines pour familles, un logement familial est un logement d'une superficie intérieure d'au moins 96 m² et comprenant au moins 5 pièces, dont au moins 3 chambres à coucher fermées et dotées d'une fenêtre. Le prix de vente d'un logement pour famille ne doit pas dépasser 400 000 $, taxes comprises. Voir Ville de Montréal. 2014. « Programme municipal habitations urbaines pour familles; Formulaire de demande d'aide financière », [en ligne] Direction de l'Habitation, [ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/page/habitation_fr/media/documents/programme_municipal_habitations_urbaines_pour_familles.pdf]

Références

1 Cooper, M. 2007. « Housing affordability, a children's issue », *Finding room: policy options for a Canadian rental housing strategy*, D. Hulchanski et M. Shapcott (dir.), CUCS Press, Toronto, p. 89-113.

2 Sengoelge, M. 2014. « Housing, income inequality and child injury mortality in Europe: a cross-sectional study », *Child: Care, Health and Development*, vol. 40, no 2, p. 283-291.

3 Bratt, R.G. 2002. « Housing and family well-being », *Housing Studies*, vol. 17, no 1, p. 13-26.

4 Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). 2003. *Housing quality and children's socioemotional health*, Ottawa.

5 Sengoelge, M. 2014. *Op. cit.*

6 Harkness, J. et S. J. Newman. 2005. « Housing affordability and children's well-being: evidence from the National Survey of America's Families », *Housing Policy Debate*, vol. 16, no 2, p. 223-255.

7 *Ibid.*

8 Cooper, M. 2007. *Op. cit.*

9 Rose-Jacobs R. et coll. 2008. « Household food insecurity: associations with at-risk infant and toddler development », *Pediatrics*, vol. 121, no 1, p. 65–72.

10 Kirkpatrick, S. I. et coll. 2010. « Child hunger and long-term adverse consequences for health », *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 164, no 8, p. 754–762.

11 Dubois, L. et coll. 2006. « Family food insufficiency is related to overweight among preschoolers », *Social Science & Medicine*, vol. 63, no 6, p. 1503-1516.

12 Melchior, M. et coll. 2012. « Food insecurity and children's mental health: a prospective birth cohort study », *PLOS ONE*, vol. 7, no 12, p. e52615.

13 Sengoelge, M. 2014. « Housing, income inequality and child injury mortality in Europe: a cross-sectional study », *Child: Care, Health and Development*, vol. 40, no 2, p. 283-291.

14 Lubell, J. et coll. 2007. *Framing the Issues - The Positive Impacts of Affordable Housing on Health*, Center for Housing Policy, Washington.

15 Meyers, A. et coll. 1995. « Housing subsidies and pediatric undernutrition », *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 149, no 10, p. 1079-1084.

16 Meyers, A. et coll. 2005. « Subsidized Housing and Children's Nutritional Status; Data From a Multisite Surveillance Study », *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 159, no 6, p. 551-556.

17 *Ibid.*

18 Étude de 1993 citée par Mueller, E.J. et J.R. Tighe. 2007. « Making the case for affordable housing : Connecting housing with health and education outcomes », *Journal of Planning Literature*, vol. 21, no 4, p. 371-385.

19 Cohen, R. et K. Wardrip. 2011. *Should I Stay or Should I Go? Exploring the Effects of Housing Instability and Mobility on Children*, Center for Housing Policy, Washington.

20 American Bureau of the Census. 1989. *Geographic mobility: March 1986 to March 1987*, Current Population Reports, Series P-20, Washington (D.C.).

21 Cutts, D.B. et coll. 2011. « US housing insecurity and the health of very young children », *American Journal of Public Health*, vol. 10, no 8, p. 1508-1514.

22 *Ibid.*

23 DeWit, D.J. et coll. 1998. *The Relationship between geographic relocation and childhood problem behaviour*, Applied Research Branch, Strategic Policy, Human Resources Development Canada.

24 Bratt, R.G. 2002. « Housing and Family Well-being », *Housing Studies*, vol. 17, no 1, p. 13-26.

25 DeWit, D.J. et coll. 1998. *Op. cit.*

26 Cutts, D.B. et coll. 2011. *Op. cit.*

27 *Ibid.*

28 Martin, R.M. et coll. 2005. « Cohort Profile: The Boyd Orr cohort—an historical cohort study based on the 65 year follow-up of the Carnegie Survey of Diet and Health (1937–39) », *International Journal of Epidemiology*, vol. 34, no 4, p. 742-749.

29 Dong, M. et coll. 2005. « Childhood residential mobility and multiple health risks during adolescence and adulthood: the hidden role of adverse childhood experiences », *Archives of Pediatrics & Adolescence Medicine*, vol. 159, no 12, p. 1104-1110.

30 Dedman, D.J. et coll. 2001. « Childhood housing conditions and later mortality in the Boyd Orr cohort », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 55, no 1, p. 10-15.

31 DeWit, D.J. et coll. 1998. *Op. cit.*

32 Jelleyman, T. et N. Spencer. 2008. « Residential mobility in childhood and health outcomes: a systematic review », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 6, no 7, p. 584-592.

33 Anderson, L.M. et coll. 2003. « Providing affordable family housing and reducing residential segregation by income: a systematic review », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 24, no 3, p. 47-67.

34 Statistique Canada. 2011. Enquête nationale sur les ménages (ENM).

35 Suryadevara, M.C. et coll. 2013. « Community-Centered Education Improves Vaccination Rates in Children From Low-Income Households », *Pediatrics*, vol. 132, no 2, p. 319.

36 Sandel, M. et coll. 1999. *There's no place like home: How America's housing crisis threatens our children*; et Anderson, L.M. et coll. 2003. « Providing affordable family housing and reducing residential segregation by income: a systematic review », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 24, no 3, p. 47-67.

37 Statistique Canada. Recensement de 2011.

38 Statistique Canada. 2011. Enquête nationale auprès des ménages.

39 Mueller, E.J. et J.R. Tighe. 2007. « Making the case for affordable housing: Connecting housing with health and education outcomes », *Journal of Planning Literature*, vol. 21, no 4, p. 371-385.

40 *Ibid.*

41 Statistique Canada. Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), cycle 8, 2008-2009.

42 Carter, T. et C. Polevychok. 2004. *Housing is Good Social Policy*, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques.

43 Meyers, A. et coll. 2005. « Subsidized Housing and Children's Nutritional Status; Data From a Multisite Surveillance Study », *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 159, no 6, p. 551-556.

44 Moloughney, B. 2004. *Housing and population health: The state of current research knowledge*, Canadian Institute for Health Information, Ottawa, 44 p.

45 Melbin, A. et coll. 2003. « Transitional supportive housing programs: Battered women's perspectives and recommendations », *Affilia – Journal of Women and Social Work*, vol. 18, no 4, p. 445-460.

46 Pavao, J.A. et coll. 2007. « Intimate partner violence and housing instability », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 32, no 2, p. 143-146.

47 Barata, P.C. et D.E. Stewart. 2010. « Searching for housing as a battered Woman : does discrimination affect availability of a rental unit? », *Psychology of Women Quarterly*, vol. 34, no 1, p. 43-55.

48 Ponic, P. et coll. 2011. « Leaving is not moving: Housing Patterns of Women Who Have Left an Abusive Partner », *Violence against Women*, vol. 17, no 12, p. 1576-2000.

49 Sidebotham, P. et coll. 2002. « Child maltreatment in the "Children of the Nineties": Deprivation, class, and social networks in a UK sample », *Child Abuse & Neglect*, vol. 26, no 12, p. 1243-1259, cité par Courtney, M.E. et coll. 2004. « Housing problems experienced by recipients of child welfare services », *Child Welfare*, vol. 83, no 5, p. 393-422.

50 Courtney, M.E. et coll. 2004. « Housing problems experienced by recipients of child welfare services », *Child Welfare*, vol. 83, no 5, p. 393-422.

51 Kowal, L.W. et coll. 1989. « Characteristics of families at risk of problems in parenting: Findings from a home-based secondary prevention program », *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program*, vol. 68, no 5, p. 529-538.

52 Courtney, M.E. et coll. 2004. *Op. cit.*

53 Kroner, M.J. et A.S. Maras. 2011. « Living arrangements and level of care among clients discharged from a scattered-site housing-based independent living program », *Children and Youth Services Review*, vol. 33, no 2, p. 405-415.

54 Kowal, L.W. et coll. 1989. *Op. cit.*

55 Courtney, M.E. et coll. 2004. *Op. cit.*

56 Kroner, M.J. et A.S. Maras. 2011. *Op. cit.*

57 Raynault, M.-F. et coll. 1994. « Motifs d'hospitalisation et durées de séjour d'une population d'itinérants de Montréal », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 85, no 4, p. 274-277.

58 Statistique Canada. Recensement de 2011.

59 Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2011. *Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais de 6 mois à 12 ans.*

60 *Ibid.*

61 Fisk, W.J. et coll. 2010. « Association of residential dampness and mold with respiratory tract infections and bronchitis: a meta-analysis », *Environmental Health*, vol. 9, p. 72.

62 Mudarri, D. et W.J. Fisk. 2007. « Public health and economic impact of dampness and mold », *Indoor Air*, vol. 17, no 3, p. 226–235.

63 Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2011. *Op. cit.*

64 Centre de recherche Léa-Roack sur les inégalités sociales de santé. 2014. Enquête sur la salubrité et l'abordabilité du logement (SALAM), Montréal.

65 Guay, D. et coll. 2015. *Portrait du parcours préscolaire des enfants montréalais. Résultats de l'Enquête montréalaise sur l'expérience préscolaire des enfants de maternelle (EMEP 2012)*, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

66 Statistique Canada. 2011. Enquête nationale sur les ménages (ENM).

67 *Ibid.*

68 *Ibid.*

69 Cutts, D.B. et coll. 2011. « US housing insecurity and the health of very young children », *American Journal of Public Health*, vol. 101, no 8, p. 1508-1514.

70 *Ibid.*

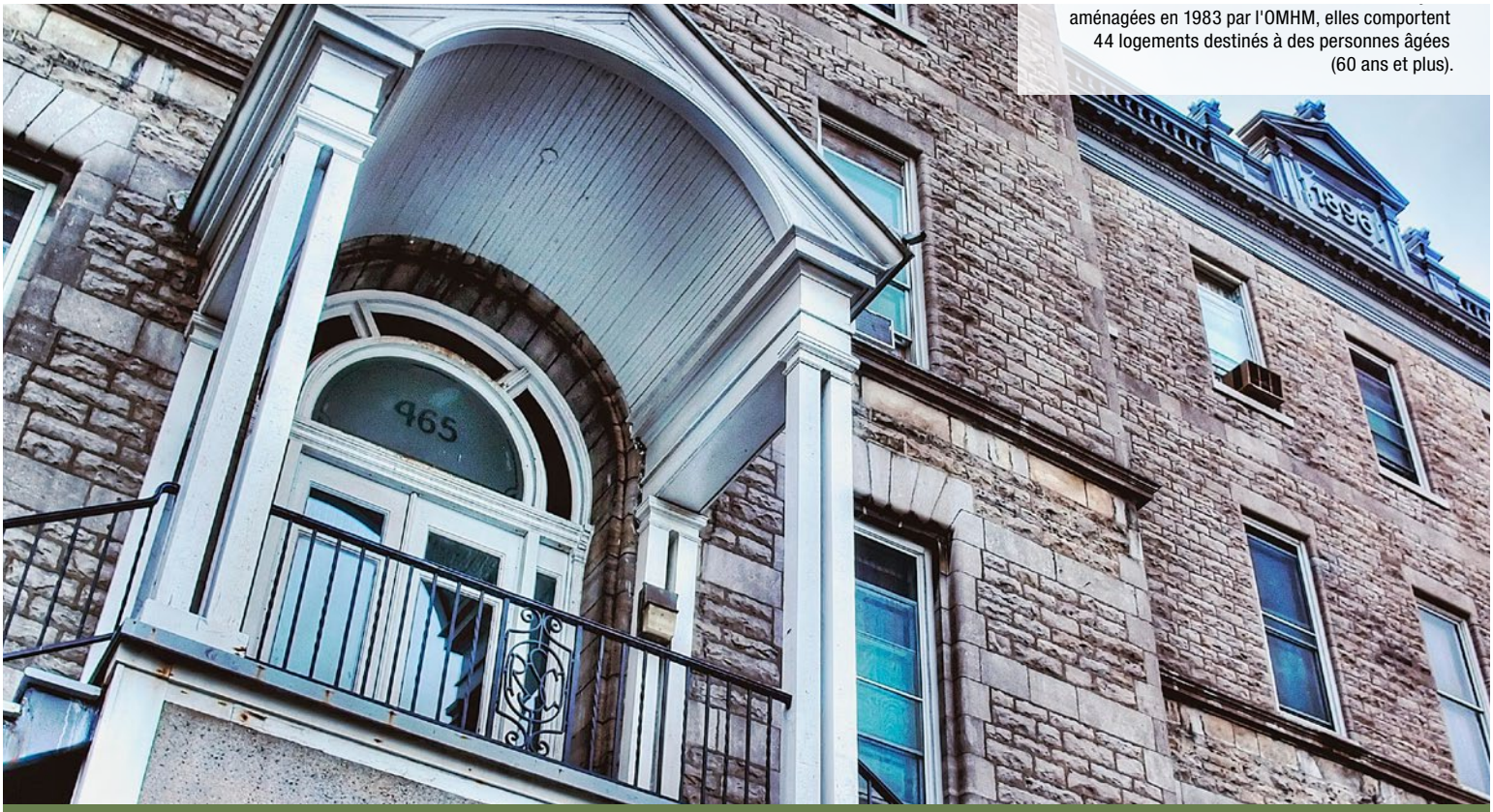
71 Communauté métropolitaine de Montréal (CMM). 2012. *Stratégie immobilière pour la région métropolitaine de Montréal.*

72 Ville de Montréal. 2013. *Plan de fidélisation des familles 2014-2017*, Direction de l'Habitation, Montréal.

73 *Ibid.*, p. 2.

6

Le logement et les personnes âgées



aménagées en 1983 par l'OMHM, elles comportent 44 logements destinés à des personnes âgées (60 ans et plus).

Le logement et les personnes âgées

Photo : Nicole Lessard

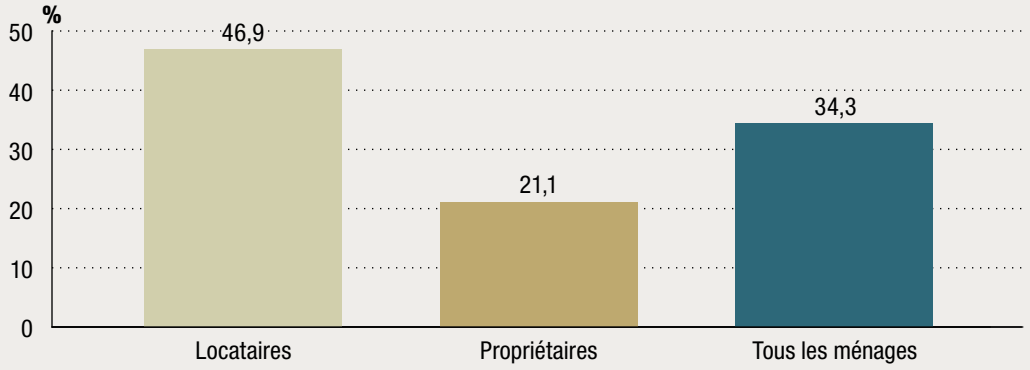
Dans son *Guide mondial des villes amies des aînés*, l'Organisation mondiale de la Santé réitère l'importance des conditions de logement pour la santé et le bien-être des personnes âgées [A]. À cet égard, elle énonce des principes essentiels : le maintien de l'abordabilité du logement, l'accès à des habitations de qualité adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées, la proximité des services favorables au maintien à domicile et la conception d'espaces d'habitation qui favorisent la vie active et l'intégration sociale[1]. Une enquête européenne menée dans cinq pays a établi que les logements adéquats et accessibles sont associés au bien-être et à l'autonomie des personnes âgées dans leurs activités de la vie quotidienne[2].

Lorsqu'il est question des conditions de vie des personnes âgées, l'abordabilité et la salubrité du logement revêtent une importance cruciale. Les personnes âgées, en particulier les personnes seules, les locataires, les immigrants récents, et les personnes vivant dans les grandes villes sont plus susceptibles que les autres d'habiter des logements inabordables[3]. Le cas échéant, cette situation peut nuire à leur santé dans la mesure où elle est susceptible de modifier leur niveau de bien-être et de compromettre leur autonomie[4]. Il importe de rappeler qu'à Montréal, malgré une amélioration de leur condition dans les dernières décennies, la proportion de personnes âgées[B] qui vivent dans la pauvreté est supérieure à celle observée dans la population en général. Les données

A Pour la production du guide, un soutien financier a été accordé par l'Agence de santé publique du Canada et différentes villes canadiennes ont participé à la démarche.

B Proportion de ménages dont le soutien est une personne âgée de plus de 65 ans.

FIGURE 18 - Proportion de ménages privés ayant une personne de 65 ans et plus comme principal soutien qui consacrent plus de 30 % de leur revenu au logement, Montréal, 2011



Source : Statistique Canada, ENM 2011.

de recensement indiquent que si la proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu était de 19 % en 2006[C], elle s'élevait à 50 % chez les personnes de 65 ans et plus, et à 60 % chez celles de 75 ans et plus[5].

En outre, en raison du temps passé dans leur logement, les personnes âgées sont également plus sensibles aux effets de l'insalubrité sur la santé[6]. Enfin, vu les problèmes de mobilité avec lesquels doit composer une importante proportion de la population vieillissante, l'accès à un logement adapté et aménagé de façon sécuritaire est un enjeu dont l'importance ne cesse de grandir[D].

En 2011, Montréal comptait 295 300 personnes âgées de 65 ans et plus[7]. La grande majorité de ces personnes (près de 90 %) vivait dans un ménage ou un logement privé (en couple, seules ou avec d'autres), tandis que 10 % vivaient en établissement (résidence pour personnes âgées, établissement de soins, etc.). De plus, des 264 740 personnes âgées qui vivaient dans un ménage privé, 36 % vivaient seules (94 725). Le principal soutien était âgé de 65 ans et plus dans 22 % de tous les ménages[8]. À Montréal, 51 % de ces ménages étaient locataires, alors que cette proportion était de 38 % au Québec.

Le tiers des ménages des aînés (34 %) consacre plus de 30 % de son revenu au logement (Fig. 18). Cette proportion augmente avec l'âge pour atteindre 38 % chez les ménages dont le principal soutien est âgé de 75 ans et

La frontière entre le logement et l'hébergement pour les aînés atteints d'incapacité

Depuis 20 ans, de nouvelles formules résidentielles dites « hybrides » voient le jour au Québec. Ces initiatives se situent à la frontière du logement social (qui suppose un statut de locataire) et de l'hébergement (qui implique un statut de bénéficiaire). Elles visent notamment les personnes âgées atteintes d'incapacité[11]. Ces modèles résidentiels combinent les approches du marché de l'habitation et des services de santé. Bien que cette forme de logement hybride puisse favoriser la participation sociale des aînés, des recherches ont souligné un double risque : le « risque d'instrumentalisation du logement au profit de l'hébergement[12] », étant donné que la sécurité et les soins ont priorité sur l'autonomie, et le risque d'utiliser le logement public pour pallier les lacunes du système de santé.

C Ces données sont les plus récentes disponibles qui soient valides.

D À cet égard, il faut souligner que les personnes âgées représentent le principal segment de population visé par les interventions de la SHQ, qui permettent à plus de 130 000 ménages québécois composés de personnes âgées de vivre dans un logement abordable répondant à leur besoin ou d'adapter leur logement pour favoriser le maintien à domicile. Voir Ministère de la Famille et des Aînés. 2012. *Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec*, p. 66.

plus. Et si l'on ne considère que les ménages locataires, la proportion des ménages dont le principal soutien est une personne de 65 ans et plus qui dépense plus de 30 % de son revenu au logement s'élève à 47 %.

En tenant compte des tendances démographiques, la SHQ a conclu que le vieillissement de la population constitue l'un des facteurs qui influencera de façon déterminante les enjeux du logement dans les prochaines décennies[9]. D'après les projections de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), la proportion de Québécois âgés de 65 ans et plus devrait grimper à 26 %, en 2036, alors qu'elle était de 16 % en 2011[10]. À Montréal, la proportion d'aînés atteindrait 21 %, en 2036, alors qu'elle n'était que de 15 % en 2011. Le vieillissement de la population pose un défi de taille, tant du point de vue de la demande accrue pour des logements adaptés que du point de vue du maintien à domicile.

Références

1 Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2007. *Guide mondial des villes amies des aînées*, Genève, p. 30-37.

2 Oswald F. et coll. 2007. « Relationships between housing and healthy aging in very old age », *The Gerontologist*, vol. 47, no 1, p. 96-107.

3 Clark, W. 2005. « Combien d'argent les personnes âgées consacrent-elles au logement? », *Tendances sociales canadiennes*, Statistique Canada, no 78 (automne).

4 Iwarsson, S. et A. Isacsson. 1998. « Quality of life in the elderly population: an example exploring interrelationships among subjective well-being, ADL dependence, and housing accessibility », *Archives of Gerontology & Geriatrics*, vol. 26, no 1, p. 71-83.

5 Statistique Canada. Recensement de 2006.

6 Chew, G.L. et coll. 2006. « Determinants of cockroach and mouse exposure and associations with asthma in families and elderly individuals living in New York City public housing », *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, vol. 97, no 4, p. 502-13.

7 Statistique Canada. 2011. Enquête nationale auprès des ménages (ENM).

8 *Ibid.*

9 Société d'habitation du Québec (SHQ). 2012. *L'évolution démographique et le logement au Québec*, p. 36-38, [en ligne] [www.habitation.gouv.qc a/fileadmin/internet/publications/0000021500.pdf].

10 Institut de la statistique du Québec (ISQ). 2014. *Perspectives démographiques du Québec et des régions 2011-2061*, p. 44 et 60.

11 Grenier, S. et S. Deziel. 2015. « Les défis de la participation sociale des aînés ayant des incapacités : quand le logement se transforme en hébergement », *Revue Développement humain, handicap et changement social,* vol. 22, no 1.

12 *Ibid.*

7

Le logement et les populations exclues

Le logement et les populations exclues

Photo : Duncan Lang

Si les familles montréalaises et les personnes âgées à faible revenu éprouvent des difficultés à se loger, c'est aussi le cas de nombreuses personnes seules. Le sort des Autochtones, des immigrants récents, des personnes atteintes de schizophrénie, d'un handicap ou d'infections transmises par le sang (VIH ou hépatite C) est particulièrement inquiétant. À l'extrême, cette précarité résidentielle les expose à vivre en situation d'itinérance.

En dépit des droits des locataires, les pratiques discriminatoires sont encore fréquentes en matière de logement. À titre indicatif : depuis 2001, la Commission des droits de la personne et de la jeunesse du Québec a traité 1 220 dossiers de discrimination en matière de logement, soit 12 % de l'ensemble des plaintes[1]. Les principaux motifs de discrimination invoqués sont l'origine ethnique, la condition sociale, l'âge et le handicap[2].

Les sans-abri

Phénomène complexe et multifactoriel, l'itinérance est difficile à définir[3]. Le groupe de travail québécois qui a élaboré le cadre de référence sur l'itinérance définit une personne sans-abri comme quelqu'un « ... qui n'a pas d'adresse fixe, de logement stable, sécuritaire et salubre, à très faible revenu, avec une accessibilité discriminatoire à son égard de la part des services, avec des problèmes de santé physique, de santé mentale, de toxicomanie, de violence familiale ou de désorganisation sociale et dépourvue de groupe d'appartenance stable[4]. » L'itinérance peut être chronique, épisodique ou transitoire[5].

À Montréal, un recensement des personnes itinérantes réalisé en 1989 dénombrait 8 000 personnes, dont certaines aux prises avec des problèmes de santé mentale, des toxicomanes,

des Autochtones, des femmes avec enfants, des jeunes mineurs et des personnes âgées[6]. Une enquête plus récente, menée avec une méthodologie différente, estimait que plus de 3 000 personnes étaient sans-abri lors d'une nuit de mars 2015. Parmi elles, on comptait plusieurs Autochtones ainsi que de nombreux vétérans des dernières guerres canadiennes[7]. À cette itinérance apparente s'ajoute l'itinérance « invisible », qui concerne des personnes hébergées temporairement chez des connaissances ou des parents. Au Québec, comme au Canada, il y a très peu de données sur ce phénomène[8]. Cependant, à Vancouver, on estimait qu'il y a 3,5 personnes vivant une situation d'itinérance cachée pour chaque sans-abri « visible »[9].

Les sans-abri souffrent de nombreux problèmes de santé mentale et physique[10], et très souvent d'insécurité alimentaire[11]. La schizophrénie, les troubles affectifs majeurs, les troubles de la personnalité, de même que l'alcoolisme et les toxicomanies sont des pathologies qui les touchent de façon importante[12,13]. Une étude menée dans un hôpital montréalais a associé le fait de vivre en situation d'itinérance à un risque 11,2 fois plus élevé de psychose organique, 6,1 fois plus élevé de psychose fonctionnelle et 3,8 fois plus élevé de névrose, de troubles de personnalité et de toxicomanies[14]. En conséquence, les sans-abri vivent en moyenne moins longtemps que le reste de la population[15].

Ces problématiques sociales et de santé complexes entraînent une grande utilisation des services de santé, dont de fréquentes visites aux urgences[16]. En 2007, les frais occasionnés par des urgences de toutes sortes liées à l'itinérance et sollicitant le système de santé, le système judiciaire et les services sociaux s'élevaient à plus de 7 milliards de dollars au Canada[17]. En se basant sur les données du ministère du Solliciteur général de l'Ontario, le Wellesley Institute évalue les coûts mensuels associés à l'itinérance à 1 932 $ pour l'hébergement dans un refuge, 4 333 $ dans une prison provinciale et 10 900 $ dans un lit d'hôpital, en comparaison de 200 $ dans un logement social de Toronto[18]. À Calgary, *A Plan for Alberta* estime que fournir un logement assorti d'un soutien communautaire pour 11 000 sans-abri représenterait une dépense de 3,3 milliards de dollars sur 10 ans, soit deux fois moins que les coûts engendrés par la prise en charge éventuelle de ces personnes par le système de santé ou le système pénitentiaire[19].

Par ailleurs, le soutien au logement a été largement associé à une meilleure santé mentale et physique des sans-abri[20-22]. Une étude pilote menée auprès de ceux qui faisaient une utilisation fréquente des services hospitaliers a également démontré que le soutien au logement favorise la diminution de l'intensité d'utilisation de ces services[23].

Projet Chez Soi

Pour les personnes souffrant de maladie mentale ayant vécu en situation d'itinérance, le soutien au logement dans la communauté, assorti d'un soutien individuel, favorise une amélioration significative de la santé mentale[24]. À Montréal, le projet de recherche Chez Soi, qui porte sur une intervention de soutien au logement accompagné d'un suivi clinique, a démontré des effets positifs sur la santé des sans-abri aux prises avec un problème de santé mentale[25]. L'augmentation de la stabilité résidentielle résultant du programme a eu des effets positifs sur l'intégration sociale des participants et sur l'amélioration de leur qualité de vie[26]. De plus, la participation au projet a aussi diminué le recours aux services judiciaires et d'incarcération, les visites médicales d'urgence et le nombre de consultations externes[27]. Les résultats de cette étude randomisée à laquelle ont participé 1 200 sans-abri atteints d'une maladie mentale grave ont été publiés dans le *Journal of the American Medical Association*. L'étude a démontré que cette intervention est très peu coûteuse. En effet, pour ce qui est des participants aux besoins modérés, chaque tranche de 100 $ investis dans le programme a permis d'économiser presque 72 $ en frais de toutes sortes (hospitalisation, hébergement dans un refuge et autres services); quant aux participants dont les besoins étaient élevés, l'économie était d'environ 83 $[28].

La population autochtone

Les problèmes de logement vécus dans les communautés autochtones du Québec et du Canada sont bien connus : manque de logement, surpeuplement, insalubrité, absence d'eau courante, etc.[29,30]. Ils causent d'importants problèmes de santé en augmentant notamment les risques

de maladies infectieuses, en particulier la tuberculose, ainsi que les risques de problèmes de développement chez les enfants et de santé mentale des occupants[31-35]. À cela s'ajoutent plusieurs problèmes sociaux exacerbés par les conditions de logement comme l'abus de substances, la violence familiale, la maltraitance et la négligence des enfants, ainsi que la détresse psychologique et le suicide[37].

Confrontés à ces problèmes, plusieurs Autochtones se voient parfois forcés de quitter leur communauté pour se diriger vers les centres urbains où, pour plusieurs d'entre eux, la situation n'est guère mieux[38,39]. À Montréal, par exemple, la population autochtone recensée est passée de 5 130 en 1996 à 10 505 en 2011; elle a donc doublé[A], et ce, sans tenir compte de la population transitoire ou non recensée, telles les personnes qui vivent dans la rue.

Une enquête menée auprès de 2 614 Autochtones[B] vivant dans 11 grandes villes canadiennes (dont Montréal) révèle que ceux-ci sont confrontés à la discrimination, aux difficultés d'intégration, à l'isolement, à la pauvreté et à l'abus de substances[40]. De surcroît, ils rapportent vivre des problèmes d'accès aux services de santé, aux ressources d'emploi et aux établissements d'enseignement[41].

Au Canada, les personnes d'origine autochtone sont surreprésentées parmi les sans-abri des centres urbains[42]. En effet, pour de nombreuses raisons évoquées ci-dessus, plusieurs se retrouvent en situation d'itinérance, le plus souvent « invisible », hébergées temporairement chez des parents ou des amis[43]. Cette situation semble toucher une importante proportion de femmes inuites[C]. Bien qu'encore peu documenté, le phénomène de l'itinérance autochtone constitue une préoccupation émergente qui est bien décrite dans le Plan d'action ciblé en itinérance à Montréal[44].

Dans son mémoire déposé en 2008 dans le cadre des audiences publiques de la Commission des affaires sociales sur le phénomène de l'itinérance, le Centre d'amitié autochtone de Montréal rappelle le besoin prioritaire de se loger pour les Autochtones de Montréal[45]. Le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec souligne le même besoin en plus de demander des ressources d'hébergement de courte durée et la création d'un refuge d'urgence à Montréal[46]. Les autorités municipales répondent actuellement à ces demandes par la construction de nouvelles unités de logement social pour cette population.

Les jeunes de la rue

Une étude prospective réalisée entre 2001 et 2004 auprès de 860 jeunes de la rue indique qu'ils avaient en moyenne 15,6 ans lors du premier épisode d'itinérance[47]. Un jeune est considéré sans-abri s'il a été contraint de dormir dans la rue, dans un refuge, chez des amis ou de la parenté parce qu'il n'avait pas d'endroit où passer la nuit[48]. La durée de la période totale vécue en situation d'itinérance s'élève à plus d'un an pour près de la moitié d'entre eux (47 %). Si 60 % des participants ont dormi dans la rue ou dans un refuge au cours des six mois précédant leur participation à l'étude, la grande majorité a été exposée à plusieurs situations d'insécurité résidentielle, c'est-à-dire que les jeunes ont résidé en moyenne dans plus de cinq types de lieux différents : chez des amis (83 %), dans la famille d'un ami (30 %), dans leur propre famille élargie (26 %), au poste de police (34 %), à l'hôpital (22 %), dans un centre de détention (21 %) ou de désintoxication (10 %).

La DSP a mis en évidence les faits suivants : vivre dans la rue triple les risques d'initiation aux drogues injectables[49], est associé à la détresse psychologique grave[50] et augmente les risques de mortalité prématurée[51].

A Ces données proviennent du *Portrait de la population autochtone à Montréal* publié par la division des Affaires économiques et institutionnelles de la Ville de Montréal en 2010. Cependant, le nombre d'Autochtones révélé par les données d'enquête est marqué par un sous-dénombrement, car il ne prend pas en compte les personnes itinérantes. Voir à cet effet la note de Statistique Canada « Comment identifie-t-on les peuples autochtones à Statistique Canada », [en ligne] [www.statcan.gc.ca/pub/12-592-x/12-592-x2007001-fra.htm.]

B Membres des Premières Nations, Métis et Inuits.

C L'intervention auprès des Autochtones en situation d'itinérance, particulièrement auprès des femmes inuites, est prévue dans le Plan d'action ciblé en itinérance de Montréal. Voir Ville de Montréal. 2010. *Agir résolument pour contrer l'itinérance; Plan d'action ciblé en itinérance de Montréal*, p. 10.

Les personnes infectées par le VIH et le virus de l'hépatite C

Plusieurs travaux ont démontré l'importance déterminante du logement pour les personnes infectées par le VIH ou l'hépatite C (VHC). La stabilité dans un logement adéquat et abordable favorise l'adoption d'un mode de vie sain qui se traduit par de meilleurs résultats de santé[52]. Elle est notamment associée à une meilleure utilisation des services médicaux par les personnes infectées et à une plus grande observance des traitements médicaux[53] menant à de meilleurs résultats thérapeutiques[54]. De plus, la stabilité résidentielle favorise également une diminution des comportements sexuels à risque de transmission des infections par le sang[55]. À l'inverse, l'instabilité résidentielle augmente le recours aux services d'urgence par les personnes séropositives[56]. Fait intéressant à noter, le U.S. Department of Housing and Urban Development finance un programme pour les personnes infectées par le VIH et leur famille qui vise à leur donner accès à un logement stable et abordable[D].

Les usagers de drogues par injection

L'enquête survUDI de la DSP de Montréal menée entre 2003 et 2011 auprès de 2 297 usagers de drogues par injection (UDI)[E] indique un taux de prévalence de 18 % du VIH et de 68 % d'anticorps contre le VHC parmi les participants[57]. Alors que la stabilité résidentielle est particulièrement importante pour les UDI, les données révèlent également que près de la moitié des participants ont habité dans la rue, dans un refuge ou dans un squat au cours des six mois précédant l'enquête[58].

L'instabilité résidentielle est associée à une augmentation des comportements à risque de contracter le VIH[59,60]. Une étude longitudinale menée à Montréal auprès des personnes UDI sur une période de 16 ans (entre 1992 et 2008) a démontré une association entre le fait de vivre dans des conditions de logement précaires et l'infection au VIH[61]. Elle révèle que chez les hommes, le logement instable est associé à la séroconversion, comme le sont également les comportements à risque tels que l'injection de cocaïne intraveineuse, le partage de seringues et les relations sexuelles avec un partenaire infecté[62]. De plus, l'instabilité résidentielle est associée à une plus grande infection par le VHC chez les usagers d'opiacés par injection[63].

Les personnes aux prises avec la maladie mentale

Les personnes qui souffrent de maladies mentales ont souvent des difficultés à se loger adéquatement. En Australie et en Nouvelle-Zélande, on a mis en évidence le fait que ces personnes habitent souvent dans des logements inabordables, non sécuritaires et inadéquats[64].

En période de canicule, la température de nombreux logements mal isolés ou non climatisés peut augmenter dangereusement à Montréal. Certaines personnes sont alors plus à risque que les autres, notamment les personnes souffrant de psychoses[65]. En raison de leur maladie ou de leur médication, elles peuvent avoir du mal à réagir adéquatement à la chaleur et à prendre les mesures nécessaires pour éviter la déshydratation. Les conséquences peuvent être extrêmement graves. Qu'il suffise de se rappeler l'épisode de chaleur accablante survenu à Montréal en juillet 2010, lequel aurait entraîné la mort de 106 personnes, dont plus du tiers avait des problèmes de santé mentale (troubles psychotiques, alcoolisme)[66].

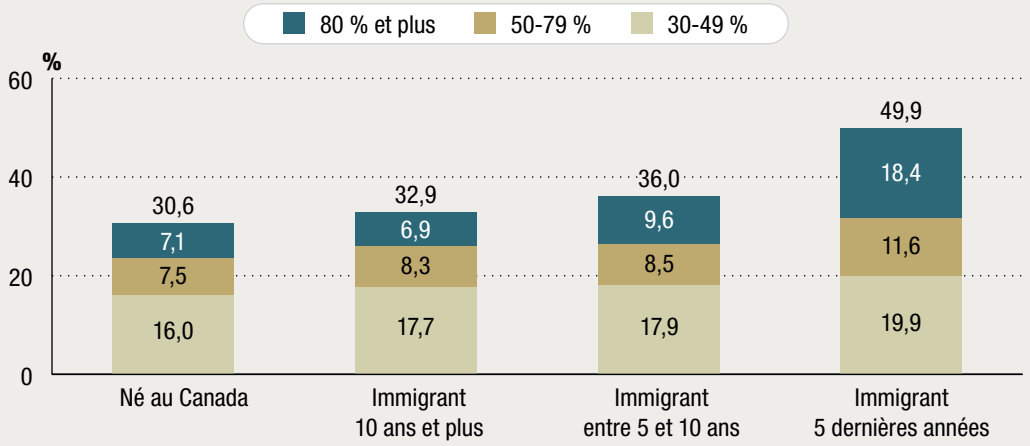
Les immigrants

Depuis le début des années 2000, la hausse des quotas d'immigration a fait en sorte que le nombre d'immigrants accueillis annuellement au Québec a augmenté significativement pour atteindre près de 52 000 en 2013. La majorité d'entre eux s'établissent à Montréal[67] où on évaluait, en 2011, que le principal soutien de plus du tiers des ménages (36 %)[68] était un immigrant.

D Il s'agit du programme *Housing Opportunities for Persons With AIDS* (HOPWA), [en ligne] [portal.hud.gov/hudportal/HUD?src=/program_offices/comm_planning/aidshousing].

E Cocaïne, héroïne, médicaments opioïdes et autres.

FIGURE 19 - Proportion de ménages consacrant 30 %, 50 % et 80 % et plus de leur revenu au logement selon le statut d'immigration, Montréal, 2011



Source : Statistique Canada, ENM 2011.

Plusieurs chercheurs canadiens s'intéressent à la question de l'habitation en rapport avec la situation des immigrants récents et des réfugiés. Une étude torontoise révèle que les réfugiés éprouvent d'importantes difficultés dans leur recherche de logement[69], alors qu'à Winnipeg on indique que les réfugiés ont tendance à s'installer dans des quartiers dégradés où les logements sont moins chers[70]. Par ailleurs, les immigrants qui sont au pays depuis moins de 10 ans dépensent une proportion plus importante de leur revenu pour se loger (26 %) que la population née au Canada (16 %), bien que cette proportion diminue avec le nombre d'années de résidence[71].

La situation à Montréal est similaire, car la majorité des immigrants récents vit dans la pauvreté (58 %). Leur revenu moyen est près de deux fois inférieur à celui des non-immigrants, soit 18 103 $ en comparaison de 29 173 $[72]. Ce faible revenu restreint l'accès à un logement convenable pour bon nombre d'entre eux. En 2011, 17 % des ménages immigrants (51 615 ménages) vivent dans un logement de dimensions insuffisantes, comparativement à 4 % des non-immigrants. Cette proportion grimpe à 28 % parmi les ménages dont le principal soutien est un immigrant récent [73].

De plus, les ménages dont le principal soutien est un immigrant récent (arrivé depuis 2006) sont beaucoup plus nombreux à consacrer plus de 30 % de leur revenu au logement (Fig. 19). C'est d'ailleurs aussi le cas de la moitié des ménages immigrants arrivés après 2006, alors que la proportion est de 31 % pour les ménages non-immigrants. Les immigrants récents sont aussi plus à risque d'habiter dans un logement insalubre ou trop dispendieux. L'accueil de cohortes plus importantes d'immigrants pose le problème de leur logement de façon aiguë et nécessite un effort des pouvoirs publics pour y remédier.

Les personnes handicapées ou à mobilité réduite

Pour les personnes ayant des problèmes de mobilité, l'accès à un logement adapté constitue un réel défi[74]. Pourtant, cet enjeu est très peu documenté[75,76]. L'adaptation des logements est non seulement nécessaire pour permettre le maintien à domicile sécuritaire des personnes atteintes d'incapacité, mais elle est indispensable pour éviter les blessures engendrées par des conditions de logement inadéquates[F]. En 2011, 15 % de la population montréalaise vivait avec une incapacité physique, ce qui représente près de 263 000 personnes (Tableau 4).

F Dans son Plan d'action 2014-2017 à l'égard des personnes handicapées, la SHQ présente les différentes mesures de soutien à l'adaptation des logements prévues pour ce groupe. Voir SHQ. 2015. *Plan d'action 2014-2017 à l'égard des personnes handicapées.*

Pour la population vivant sous le seuil de faible revenu, cette proportion s'élève à 19 %[77]. Évidemment, la proportion de personnes atteintes d'incapacité est largement supérieure parmi les personnes âgées : elle s'élève à 41 % chez les personnes de 65 ans et plus, et à 54 % chez celles de 75 ans et plus[78]. Cette proportion est encore plus élevée chez les personnes âgées qui vivent dans la pauvreté : elle atteint 50 % chez les personnes de 65 ans et plus, et 60 % chez celles de 75 ans et plus[79] (Tableau 4).

Bien que la problématique soit peu documentée, les données de l'enquête SALAM (2014) indiquent que parmi les personnes qui éprouvent de la difficulté à se déplacer, seulement la moitié habite un logement adapté à leur état physique (49 %).

Tableau 4 - Population montréalaise de 65 ans et plus ayant une incapacité physique, 2006

	Nombre	%
Toute la population	262 970	15
65 ans et plus	108 595	41
75 ans et plus	67 050	54
Population sous le SFR	79 220	19
65 ans et plus	22 255	50
75 ans et plus	13 240	60

Source : Statistique Canada, Recensement 2006

Références

1 Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec. Rapports annuels d'activités et de gestion de 2001 à 2014, tableaux sur la répartition des dossiers ouverts selon le secteur d'activité et le motif de discrimination, [en ligne] [www.cdpdj.qc.ca/fr/publications/pages/recherche.aspx].

2 *Ibid.*

3 Gaetz, S.A. et coll. 2013. *The State of homelessness in Canada 2013*, Canadian Homelessness Research Network Press.

4 Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). 2008. *L'Itinérance au Québec; Cadre de référence*, Gouvernement du Québec. Définition du Comité des sans-abri de la Ville de Montréal, 1987, reprise par le Comité interministériel sur l'itinérance, 1993.

5 Gaetz, S.A. et coll. 2013. *Op. cit.*, p. 7.

6 *Ibid.*, p. 25-29.

7 Latimer E. et coll. 2015. Pour l'équipe de *Je Compte MTL 2015*, dénombrement des personnes en situation d'itinérance à Montréal le 24 mars 2015, Montréal (Québec), Ville de Montréal, 7 juillet.

8 *Ibid.*, p. 6.

9 Eberle, M. et coll. 2009. *Results of the pilot study to estimate the size of the hidden homeless population in Metro Vancouver*, citée dans Gaetz, S.A. et coll. 2013. *The State of homelessness in Canada 2013*, Canadian Homelessness Research Network Press, p. 6.

10 Hwang, S.W. et coll. 2009. « Multidimensional Social Support and the Health of Homeless Individuals », *Journal of Urban Health*, vol. 86, no 5, p. 791-803.

11 Dachner, N. et V. Tarasuk. 2013. « Homeless Youth, Nutritional Vulnerability, and Community Food Assistance Programs », dans Gaetz, S.A. et coll. 2013. *The State of homelessness in Canada 2013*, Canadian Homelessness Research Network Press, p. 131-146.

12 Raynault, M.-F. 1991. *Les principales pathologies des sans-abri*, mémoire de maîtrise en épidémiologie et biostatistiques, Université McGill, Montréal, 155 p.

13 Fournier, L. et coll. 1993. « Reaching the most destitute of the homeless: when success turns to failure », *Contemporary Drug Problems*, vol. 20, no 3, p. 415.

14 Raynault, M.-F. et coll. 1994. « Motifs d'hospitalisation et durées de séjour d'une population d'itinérants de Montréal », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 85, no 4, p. 274-277.

15 Hwang S.W. et coll. 2009. « Mortality among residents of shelters, rooming houses, and hotels in Canada: 11 year follow-up study », *British Medical Journal*, 339:b4036, doi:10.1136/bmj.b4036.

16 Evans, M. 2012. « Residential therapy; Hospitals take on finding housing for homeless patients, hoping to reduce readmissions, lower costs », *Modern Healthcare*, 22 septembre, [en ligne] [www.modernhealthcare.com/article/20120922/MAGAZINE/309229988].

17 Gaetz, S.A. et coll. 2013. *The State of homelessness in Canada 2013*, Canadian Homelessness Research Network Press.

18 Wellesley Institute. 2006. *The Blue print to End Homelessness in Toronto*, p. 3.

19 Conference Board du Canada. 2010. *Partir de la base : améliorer le logement abordable au Canada*, Ottawa.

20 Latimer, E. et coll. 2014. *Projet Chez Soi - Rapport final du site de Montréal*, Commission de la santé mentale du Canada, Calgary.

21 Hurtubise, R. et M.C. Rose. 2011. *Récits de pratiques et consensus d'experts. Équipes cliniques du projet Chez Soi à Montréal,* rapport de recherche.

22 O'Hara, A. 2007. « Housing for people with mental illness: Update of a report to the President's New Freedom Commission », *Psychiatric Services*, vol. 58, no 7, p. 907-913.

23 Srebnik, D. et coll. 2013. « A pilot study of the impact of Housing First: supported housing for intensive users of medical hospitalization and sobering services », *American Journal of Public Health*, vol. 103, no 2, p. 316-321.

24 Nelson, G. et coll. 2007. « A review of the literature on the effectiveness of housing and support, assertive community treatment and intensive case management interventions for persons with mental illness who have been homeless », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 77, no 3, p. 350-361.

25 Latimer, E. et coll. 2014. *Projet Chez Soi - Rapport final du site de Montréal*, Commission de la santé mentale du Canada, Calgary.

26 Latimer, E. et coll. 2014. *Op. cit.*, p. 26-28.

27 Latimer, E. et coll. 2014. *Op. cit.*, p. 21-23.

28 Stergiopoulos, V. et coll. 2015. « Effect of Scattered-Site Housing Using Rent Supplements and Intensive Case Management on Housing Stability Among Homeless Adults With Mental Illness - A Randomized Trial », *Journal of the American Medical Association*, vol. 313, no 9, p. 905.

29 Martin, D. et coll. 2007. « Drinking water and potential threats to human health in Nunavik: Adaptation strategies under climate change conditions », *Arctic*, vol. 60, no 2, p. 195-202.

30 Statistique Canada. 2010. *An analysis of the housing needs in Nunavut: Nunavut housing needs survey 2009/2010*, document de travail réalisé par la Division de la statistique du revenu de Statistique Canada pour la Nunavut Housing Corporation.

31 Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik. À paraître. *Health Profile of Nunavik 2013: Focus on Youth, Adult and Elders' Populations*, avec la collaboration de l'Institut national de santé publique du Québec.

32 Clark, M. et coll. 2002. « The association of housing density, isolation and tuberculosis in Canadian First Nation communities », *International Journal of Epidemiology*, vol. 31, p. 940-945.

33 Knotsch, C. et D. Kinnon. 2011. *If Not Now... When? Addressing the Ongoing Inuit Housing Crisis in Canada*, National Aboriginal Health Organization, Ottawa, p. 12-24.

34 Jenkins, A. et coll. 2003. « An overview of factors influencing the health of Canadian Inuit infants », *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 62, no 1, p. 17-39.

35 Kovesi, T. et coll. 2006. « Indoor air quality risk factors for severe lower respiratory tract infections in Inuit infants in Baffin Region, Nunavut: A pilot study », *Indoor Air*, vol. 16, no 4, p. 266-75.

36 Nguyen, D. et coll. 2003. « Tuberculosis in the Inuit community of Quebec, Canada », *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, vol. 168, no 11, p. 1353-1357.

37 Voir le Rapport de la Commission des droits de la personne et de la jeunesse, cité dans Kativik Regional Government. 2010. *Plan Nunavik*, p. 206-208.

38 Distasio, J. et coll. 2005. *Home is Where the Heart is, and Right Now that is Nowhere: An Examination of Hidden Homelessness Among Aboriginal Persons in Prairie Cities*, The Institute of Urban Studies, University of Winnipeg, Winnipeg.

39 Knotsch, C. et D. Kinnon. 2011. *If Not Now... When? Addressing the Ongoing Inuit Housing Crisis in Canada*, National Aboriginal Health Organization, Ottawa, p. 12-24.

40 Environics Institute. 2010. *The Urban Aboriginal People's Study*, p. 152-153.

41 *Ibid.*, p. 82.

42 Bélanger, Y. et coll. 2012. *Assessing Urban Aboriginal Housing and Homelessness in Canada*, Association nationale des centres d'amitié (ANCA) et Bureau de l'interlocuteur fédéral responsable des Métis et des Indiens non inscrits, Ottawa.

43 Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. 2009. *Pauvreté, logement, itinérance : les trois fronts de la lutte contre l'exclusion*, Ottawa, p. 163.

44 Ville de Montréal. 2010. *Agir résolument pour contrer l'itinérance; Plan d'action ciblé en itinérance de Montréal*, p. 10.

45 Centre d'amitié autochtone de Montréal (CAAM). 2008. Mémoire déposé dans le cadre des Audiences publiques de la Commission des affaires sociales sur le phénomène de l'itinérance.

46 Regroupement des Centres d'amitié autochtones du Québec. 2008. *Évaluation des besoins des Autochtones qui composent avec la réalité urbaine de Montréal*, p. 41.

47 Roy, E. et coll. 2005. *L'hépatite C et les facteurs psychosociaux associés au passage à l'injection*, rapport no 4, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, p. 10.

48 *Ibid.*, p. 29.

49 Roy, E. et coll. 2003. « Drug injection among street youths in Montreal: Predictors of initiation », *Journal of Urban Health*, vol. 80, no 1, p. 92-105.

50 Leclerc, P. et coll. 2013. *Surveillance des ITSS et des comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal*, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

51 Roy, E. et coll. 2004. « Mortality in a cohort of street youth in Montreal », *Journal of the American Medical Association*, vol. 292, no 5, p. 569-574.

52 *Ibid.*

53 *Ibid.*

54 Bruneau, J. et coll. 2012. « The rising prevalence of prescription opioid injection and its association with hepatitis C incidence among street-drug users », *Addiction*, vol. 107, p. 1318-1327.

55 Leaver, C.A. et coll. 2007. « The effects of housing status on health related outcomes in people living with HIV: a systematic review of literature », *AIDS and Behavior*, vol. 11, supplément du no 6, p. S85-S100.

56 Parashar, S. et coll. 2014. « The impact of unstable housing on emergency department use in a cohort of HIV-positive people in a Canadian setting », *AIDS Care*, vol. 26, no 1, p. 53-64.

57 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2013. *Le volet montréalais du Réseau SurvUDI*, vol. 3, données au mois de mars 2011, p. 21-23.

58 *Ibid.*, p. 5.

59 Des Jarlais, D.C. et coll. 2007. « Unstable housing as a factor for increased injection risk behavior at US syringe exchange programs », *AIDS and Behavior*, vol. 11, supplément du no 6, p. S78–S84.

60 Corneil, T.A. et coll. 2006. « Unstable housing, associated risk behaviour, and increased risk for HIV infection among injection drug users », *Health & Place*, vol. 12, no 1, p. 79–85.

61 Bruneau, J. et coll. 2011. « Trends in human Immunodeficiency virus incidence and risk behavior among injection drug users in Montreal, Canada: A 16-year longitudinal study », *American Journal of Epidemiology*, vol. 173, no 9, p. 1049-1058.

62 *Ibid.*

63 Bruneau, J. et coll. 2012. « The rising prevalence of prescription opioid injection and its association with hepatitis C incidence among street-drug users », *Addiction*, vol. 107, p. 1318-1327.

64 Grigg, M. et coll. 2008. « Quality of housing among patients of an area mental health service », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 42, no 3, p. 244-250.

65 Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2010. *La chaleur et la santé,* feuillet, Montréal.

66 Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2011. *Canicule 2010 à Montréal*. Rapport du directeur de santé publique. Montréal, p i.

67 Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion du Québec. 2015. *Recueil de statistiques sur l'immigration et la diversité au Québec*, réalisé pour la consultation publique « Vers une nouvelle politique québécoise en matière d'immigration, de diversité et d'inclusion », p. 19.

68 Statistique Canada. 2011. Enquête nationale auprès des ménages (ENM).

69 Murdie, R. 2008. « Pathways to housing: the experience of sponsored refugees and refugee claimants in accessing permanent housing in Toronto », *Journal of International Migration and Integration*, vol. 9 no 1, p. 81-101.

70 Carter, T.S. et J. Osborne. 2009. « Housing and neighbourhood challenges of refugee resettlement in declining inner city neighbourhood: A Winnipeg case study », *Journal of Immigrant and Refugee Studies*, vol. 7, no 3, p. 308-327.

71 Rea, W. et coll. 2008. *La Dynamique de l'Abordabilité du Logement*, Statistique Canada.

72 Statistique Canada. 2006. Enquête nationale auprès des ménages (ENM).

73 Statistique Canada. 2011. *Op. cit.*

74 Imrie, R. 2012. « Disabled people and housing: choices, opportunities and barriers », *Disability and Society*, vol. 27, no 3, p. 450-452.

75 *Ibid.*

76 Narine, L. et M.A. Shobe. 2014. « Making sense of housing disparities research: a review of health and economic inequities », *Social Work in Public* Health, vol. 29, no 1, p. 35-41.

77 Statistique Canada. 2011. *Op. cit.*

78 *Ibid.*

79 *Ibid.*

8

Le logement social, ici et ailleurs

dans le parc immobilier de Benny Farm, l'OMHM a acquis en 2007 un ensemble de 237 logements qui sont offerts à tous.

Le logement social, ici et ailleurs

Photo : Claude Cormier

La notion de logement social peut recouper des réalités et des interventions de diverses natures qui ont au moins un point commun : une aide étatique au logement grâce à laquelle des ménages trouvent à se loger partiellement ou totalement hors marché. Comme certains programmes d'aide s'adressent à des ménages qui ne sont pas à bas revenu, mais plutôt à revenu modeste (on parle alors de logement abordable), il convient de réserver le concept de « logement social » à l'aide destinée aux ménages les plus démunis qui ne peuvent obtenir un logement convenable sur le marché sans y consacrer une part démesurée de leur revenu.

Comme on l'a vu précédemment, on distingue deux formes d'aide au logement : l'aide à la pierre et l'aide à la personne. Dans le premier cas, l'offre de logement est assumée, en tout ou en partie, directement ou indirectement par l'État. Les habitations à loyer modique (HLM) en sont le meilleur exemple. Les HLM publics sont construits et gérés par des offices municipaux d'habitation (OMH); les HLM privés sont construits avec des fonds publics, mais gérés par des OBNL ou des coopératives. Les loyers sont fixés en fonction du revenu des locataires (par exemple, 25 % du revenu brut du ménage), ce qui entraîne un déficit d'exploitation à combler, année après année, par les fonds publics. D'autres programmes d'aide à la pierre impliquent une participation partielle de l'État à un projet résidentiel qui doit offrir des logements dont le coût des loyers est inférieur à celui du marché. L'aide se matérialise par un prêt à taux d'intérêt réduit ou une subvention en bonne et due forme. Logement abordable

Québec et AccèsLogis sont des exemples de programmes d'aide à la pierre qui exigent une participation minimale du milieu de l'ordre de 15 %[1].

L'aide à la personne revêt elle aussi plusieurs formes. Au Québec, le Programme de supplément au loyer permet à des ménages qui louent un logement sur le marché privé ou dans des projets AccèsLogis de ne pas payer plus que s'ils vivaient en HLM, soit 25 % de leur revenu. Il existe au Québec un autre programme d'aide au loyer, moins généreux bien que plus largement utilisé : Allocation-logement. Ce programme offrait une subvention maximale de 80 $ par mois à 103 885 bénéficiaires en 2013-2014[2]. Les suppléments au loyer allègent le fardeau d'une bonne partie des ménages à faible revenu; lorsqu'ils ne sont pas liés à l'occupation d'un logement déterminé, ils favorisent l'autonomie et la mobilité des ménages[3].

Par ailleurs, plusieurs pays ont mis sur pied différents types de programmes très substantiels qui prévoient des transferts de fonds aux ménages afin de les aider à payer leur loyer et, dans certains cas, leur hypothèque. En voici quelques exemples. Aux États-Unis, des locataires peuvent compter sur les *Section 8 Housing Choice Vouchers*, créés en 1974, financés par le fédéral, mais administrés par des agences locales. À New York, en 2012, la prestation moyenne des 93 000 bénéficiaires de ce programme était de 853 $ par mois[4]. La même année, au Royaume-Uni, l'allocation logement *(Housing Benefit)* représentait un peu plus de 1 % du PIB (données du Office for National Statistics) et constituait la part la plus importante des dépenses sociales (après les pensions), soit 17,7 milliards de livres sterling[5]. En Suède, au cours de la décennie 1991-2002, l'allocation logement fluctuait entre 0,6 % et 1,1 % du PIB[6].

L'évolution du logement social au Canada

Au Canada, l'État a commencé à intervenir dans le financement du logement en 1935 avec l'adoption du *Dominion Housing Act*. L'objectif principal de cette loi : réduire le risque des prêteurs à l'époque de la Grande Dépression. Au cours de la Deuxième Guerre mondiale, un comité de travail du Parlement, qui s'intéresse au défi de la reconstruction après la guerre, propose la création de logements locatifs à faible coût. Cette initiative vise le tiers des ménages canadiens qu'on estime dans l'impossibilité de se procurer un logement décent, salubre et sécuritaire sur le marché. La Société centrale d'hypothèque et de logement (renommée en 1979 Société canadienne d'hypothèques et de logement) est créée en 1946; l'aide au logement constitue l'un de ses principaux mandats. En 1947, le premier projet de HLM prend forme à Toronto; *Regent Park* va éventuellement comprendre plus de 2 000 unités. En 1959, Montréal voit apparaître ses premiers HLM (796 unités) : les Habitations Jeanne-Mance (communément appelées le « plan Dozois », du nom du ministre des Affaires municipales responsable).

En 1949, la Loi nationale de l'habitation est amendée pour permettre la mise sur pied de programmes conjoints avec les provinces et les territoires. Ces derniers peuvent désormais agir comme mandataires du gouvernement fédéral et gérer la plupart des programmes de logement social sur leur territoire respectif. Au fil des décennies qui vont suivre, les provinces et les territoires assumeront progressivement des responsabilités plus importantes, non seulement dans la gestion, mais également dans la conception (et le financement) des programmes. En 1993, le gouvernement fédéral se désengage du financement à long terme de nouveaux HLM. Toutefois, il continue de verser environ 2 milliards de dollars par année aux provinces et aux territoires en vertu d'engagements passés mais encore valides, ou d'ententes plus récentes comme l'Accord sur le logement abordable 2011-2014, qui vient tout juste d'être prolongé jusqu'en 2019. C'est ce qui explique qu'au Québec, depuis 1993, le parc des HLM publics et privés n'ait connu pratiquement aucune expansion. À preuve, on dénombrait 69 109 bénéficiaires en 1996, et 73 789 seulement, à la fin de l'année 2013[7,8]. De 2006 à 2012, Montréal a connu une augmentation de logements sociaux de 9,7 %, ce qui représente 5 250 unités. De ce nombre, seulement 377 étaient des HLM et la plupart des unités livrées étaient des logements « abordables », c'est-à-dire non destinés à la clientèle la plus démunie.

Par ailleurs, les données financières témoignent de deux tendances importantes. Premièrement, le rôle du Québec dans le financement du logement social s'est considérablement accru.

En 1996, le budget de la SHQ provenait à 41,9 % de la SCHL; en 2013-2014, la contribution du fédéral a chuté à 37 %. Deuxièmement, l'aide au logement passe de plus en plus par l'aide à la personne plutôt que par l'aide à la pierre. En 1996, au Québec, l'aide à la personne (Allocation-logement et Supplément au loyer) se chiffrait à 77,1 millions de dollars, soit environ 10 % du coût de l'ensemble des programmes de logement social (766 millions excluant le volet inuit); en 2013-2014, cette proportion atteignait 23,6 %[9,10]. Si l'on considère les deux types d'aide au logement, il y aurait au Québec environ 10 % des ménages qui habitent dans des logements « aidés »[11] en 2010-2012. Sur l'île de Montréal, cela représente 7,1 % de l'ensemble des ménages ou 11,5 % des ménages locataires[12].

Le logement social dans les pays de l'OCDE

Malgré les particularités de chacune des juridictions, les systèmes d'organisation du logement social des pays membres de l'OCDE se divisent en deux catégories : le système d'accès universel et le système à clientèles ciblées[13]. Dans le premier cas, le logement social est accessible à tous, sans critère d'admissibilité spécial, et est attribué selon l'ordre d'inscription sur une liste d'attente. Le système d'accès universel existe au Danemark, en Suède et aux Pays-Bas. Dans le deuxième cas, les logements sociaux sont attribués selon le revenu. On dresse une liste d'attente au sein de certains groupes prioritaires ou en fonction de besoins jugés prioritaires. On trouve le système à clientèles ciblées aux États-Unis, en Norvège, en Espagne et en Autriche.

Des pistes de solution

La littérature scientifique fait état de plusieurs avenues à explorer en réponse aux problèmes de logement. Certaines semblent plus prometteuses que d'autres et mériteraient d'être examinées plus attentivement en tenant compte du contexte montréalais.

Soutien à l'offre de logements abordables sur le marché

À Montréal, la grande majorité des ménages trouve (ou tente de trouver) réponse à ses besoins de logement sur le marché. En 2010-2012, 90 % des ménages locataires auraient trouvé chaussure à leur pied[A]. Par ailleurs, on sait que le marché, laissé à lui-même, ne répond pas adéquatement aux besoins des ménages les moins nantis. Depuis quelques décennies, le marché a connu une certaine érosion de l'offre de logements locatifs à faible coût. Les démolitions, la hausse fulgurante du nombre de condominiums neufs et la conversion de logements en condominiums font partie des pièces du casse-tête. Cependant, il existe des mécanismes par lesquels l'État peut intervenir, sans se substituer au marché, pour pallier la pénurie de logements abordables.

Réglementation du marché locatif

La réglementation des transactions entre locateurs et locataires varie énormément d'un pays à un autre comme d'une juridiction à une autre dans un même pays. On constate que la portée et la rigueur de cette réglementation présentent des différences considérables[14].

La réglementation du marché locatif peut toucher à deux aspects qui ont un impact sur le bien-être des ménages locataires : le contrôle du taux des augmentations de loyer et l'encadrement juridique des rapports entre propriétaires et locataires (motifs d'éviction, sécurité de tenure, etc.). La nécessité de réglementer découle évidemment d'une certaine inégalité dans le rapport de force (à l'avantage du propriétaire), en particulier lorsque la demande est forte. La réglementation, notamment celle des prix, doit empêcher les abus; mais, pour ne pas étouffer le marché, elle doit idéalement créer un équilibre entre les intérêts de chacune des parties. Cependant, le contrôle du marché ne produit pas nécessairement toujours les effets recherchés. Les données analysées par les auteurs de l'étude de l'OCDE sur le marché de l'habitation n'ont pu établir de relation inverse entre le coût des loyers et la sévérité des contrôles[15].

A En excluant les ménages qui reçoivent un supplément de loyer mais qui ne sont pas dans une unité du programme AccèsLogis. Voir Communauté métropolitaine de Montréal (CMM). 2013. *Perspective Grand Montréal*.

Au Québec, il n'y a pas de contrôle obligatoire des loyers. Propriétaires et locataires négocient librement et l'arbitrage avec fixation du loyer par la Régie du logement n'intervient que dans moins de 1 % des cas[B]. La Régie du logement suggère à chaque année un taux d'ajustement raisonnable en fonction des normes fixées par le Règlement sur les critères de fixation de loyer. Toutefois, elle n'a aucun pouvoir pour l'imposer au marché, à moins qu'un locataire prenne la peine de lui soumettre sa cause et de faire valoir que la hausse de loyer est exagérée. Les loyers, *de facto*, affichent généralement un taux d'augmentation supérieur au taux suggéré par la Régie du logement. Par conséquent, il semble difficile d'imputer à la réglementation en vigueur la responsabilité principale du peu d'intérêt des promoteurs immobiliers pour le logement locatif [C].

Introduction du zonage d'inclusion

Le zonage d'inclusion suppose que l'État invite les promoteurs privés qui conçoivent des projets résidentiels d'une certaine envergure à réserver un certain nombre d'unités, qui seraient louées à un taux abordable à des ménages à revenu faible ou modeste, et ce, pour un nombre d'années prédéterminé. Le cas échéant, les variables telles que le pourcentage d'unités abordables souhaité et le seuil de revenu admissible doivent évidemment être définies au niveau politique. Les modalités de mise en œuvre de cette stratégie peuvent varier énormément : inclusion volontaire ou obligatoire, possibilité de construire les unités abordables sur le site du projet principal ou ailleurs, contribution financière (équivalente à un montant donné par unité abordable non construite) à un fonds réservé à la construction du logement social. Les stratégies peuvent aussi varier selon le type de mesures incitatives proposées. Comme il s'agit d'inciter le marché à construire des unités abordables, donc moins rentables par définition, on peut offrir des compensations aux promoteurs, par exemple : un prime de densité, une réduction de certains frais imposés, l'achat d'un terrain municipal à prix réduit, etc.

L'origine de la stratégie du zonage d'inclusion remonte à 1974. Le comté de Montgomery, au Maryland, était alors en réaction contre un zonage d'exclusion (interdiction de multilogements) à caractère ségrégationniste[16]. À l'opposé, outre l'offre de logements abordables, le zonage d'inclusion vise à promouvoir la mixité sociale, hautement souhaitable pour tous et qui permet d'éviter les effets de quartier négatifs généralement associés aux milieux où la pauvreté est concentrée.

Montréal a défini une stratégie d'inclusion de logements abordables en 2005. Mais, dans les faits, ce n'est qu'une mesure incitative étant donné que la loi québécoise ne permet pas l'inclusion obligatoire de logements abordables[17]. En avril 2014, cependant, le conseil municipal a adopté à l'unanimité une résolution demandant au gouvernement du Québec d'amender la Charte de la Ville de Montréal pour l'habiliter à réglementer en matière d'inclusion de logement social et abordable[18].

Crédit fiscal pour la production de logements abordables

Aux États-Unis, le *Low Income Housing Tax Credit* (LIHTC) est une mesure fiscale qui a été mise en place en 1986. Son objectif : inciter les promoteurs à inclure dans leurs projets des unités abordables destinées aux ménages peu nantis[19]. Comme pour le zonage d'inclusion, les modalités précises d'application de la stratégie sont diverses et peuvent être adaptées en fonction des besoins et des priorités locales. Le montant total de cette dépense fiscale est déterminé par le gouvernement fédéral et réparti entre les États au prorata de la population. Lorsqu'un projet résidentiel incluant des unités abordables – et qui devront le demeurer pour 30 ans – est sélectionné, les investisseurs du projet ont droit à un crédit d'impôt pendant dix ans. La valeur présente de ce crédit est égale

B Selon la Régie du logement, il y a eu pendant cet exercice 2 264 décisions concernant la fixation de loyer. Voir Régie du logement. 2014. *Rapport annuel de gestion 2013-2014*, p. 73. Selon l'ISQ, il y avait, en 2012, 1 425 030 ménages locataires au Québec. Voir Institut de la statistique du Québec (ISQ). Mars 2012. Coup d'œil sociodémographique no 4, *Le logement et l'équipement ménager des ménages québécois en 2009*, p. 7, [En ligne] [www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bulletins/coupdoeil-no14.pdf]

C En 2012, la part du locatif n'était que de 11 % dans les mises en chantier comparativement à 28,8 % pour les unifamiliales et 60,2 % pour les condominiums. Voir Communauté métropolitaine de Montréal (CMM). 2013. *Perspective Grand Montréal*, juin.

Une solution au financement du logement abordable : le CÉLI Habitation durable

Des chercheurs de l'Institut de recherche en économie contemporaine (IRÉC) préconisent un nouveau mode de financement de l'habitation durable : le compte d'épargne libre d'impôt Habitation durable (CÉLI HD). Selon eux, cette idée novatrice permettrait de financer une politique nationale du logement grâce à l'épargne populaire[22]. Les chercheurs estiment que les dépenses fiscales attribuables au CÉLI représentaient pour le gouvernement du Québec un manque à gagner annuel de 61 millions de dollars, en 2012, qui pourrait atteindre jusqu'à 600 millions de dollars en 2029. Considérant l'importance de cette somme, les chercheurs de l'IRÉC proposent d'adapter la participation québécoise au CÉLI canadien en consacrant les épargnes des Québécois à une politique nationale de l'habitation durable. Autofinancé, le CÉLI HD permettrait au gouvernement de construire 120 000 logements sur une période de 20 ans et de soutenir la rénovation écoénergétique d'environ un million de logements existants.

à 91 % du coût de construction de ces unités (dans les secteurs à haute densité). La rentabilité du projet s'en trouve augmentée et peut l'être encore davantage lorsque d'autres types d'aide publique sont disponibles. Il arrive que des locataires des unités abordables puissent aussi bénéficier du programme de supplément de loyer des *Section 8 Vouchers*. Selon un éditorial du *New York Times* (20 décembre 2012), le LIHTC aurait permis la construction de 2,5 millions de logements depuis 1986.

Ce type de mesure n'existe pas au Canada. Steele et Desrosiers, spécialistes en économie du logement, en ont proposé l'introduction progressive en augmentant l'offre de crédit du même montant chaque année pour atteindre 474 millions de dollars au bout de dix ans[20]. Cette dépense fiscale serait compensée par une partie de la marge de manœuvre dégagée chaque année à mesure que des engagements financiers à long terme de la SCHL prennent fin. Les deux spécialistes estiment que cela représenterait une dépense fiscale de beaucoup inférieure aux avantages fiscaux accordés aux propriétaires occupants, qui seraient de l'ordre de 6 milliards de dollars. Il pourrait donc valoir la peine que le gouvernement canadien évalue attentivement l'intérêt d'une telle mesure dans le cadre d'une stratégie canadienne de l'habitation[21].

Références

1 Communauté métropolitaine de Montréal (CMM). 2013. « Offre et besoins en logements sociaux et abordables dans le Grand Montréal », *Cahiers métropolitains*, no 3, décembre.

2 Société de l'habitation du Québec (SHQ). 2014. *Rapport de gestion 2013-2014*. Québec.

3 Dansereau, F. et coll. 2005. *Politiques et interventions en habitation; Analyse des tendances récentes en Amérique du Nord et en Europe*, Société d'habitation du Québec et les Presses de l'Université Laval, Québec.

4 New York City Housing Authority. 2012. *2012 Annual Report*, [en ligne] [www.nyc.gov/html/nycha/downloads/pdf/nycha-2012-annual-report.pdf].

5 Department for Work and Pensions. 2013. *Annual Report and Accounts 2012-2013 (For the year ended 31 March 2013)*, The Stationery Office, Londres, [en ligne] [www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/264555/dwp-annual-report-accounts-2012-2013.pdf].

6 Chen, J. 2006. *The dynamics of housing allowance claims in Sweden: A discrete time-hazard analysis*, working paper 2006:1, Department of Economics, Uppsala Universitet, [en ligne] [www.diva-portal.org/smash/get/diva2:110971/FULLTEXT01.pdf]

7 Société d'habitation du Québec (SHQ). 1997. *Rapport annuel 1996*, Direction des communications.

8 Société d'habitation du Québec (SHQ). 2014. *Rapport annuel de gestion 2013-2014*.

9 Société d'habitation du Québec (SHQ). 1997. *Op. cit.*

10 Société d'habitation du Québec (SHQ). 2014. *Op. cit.*

11 Dansereau, F. et coll. 2005. *Op. cit.*

12 Communauté métropolitaine de Montréal (CMM). 2013. *Op. cit.*

13 Andrews, D. et coll. 2011. *Housing markets and structural policies in OECD countries*, OCDE, working paper no 836, 85 pages, voir p. 44-45.

14 Andrews, D. 2010. *House Prices in OECD Countries: The Role of Demand Shocks and Structural and Policy Factors*, OCDE, working paper no 831, 35 p.

15 *Ibid.*

16 Lerman, B.R. 2006. « Mandatory inclusionary zoning - The answer to the affordable housing problem », *Boston College Environmental Affairs Law Review*, vol. 383, p. 383-416.

17 Ville de Montréal. 2005. *Stratégie d'inclusion de logement abordable dans les projets résidentiels*, Service de mise en valeur du territoire et du patrimoine.

18 Ville de Montréal. 2014. Résolution CM14 0441 pour la « Motion pour demander au gouvernement du Québec que la Ville de Montréal obtienne un pouvoir habilitant pour réglementer en matière d'inclusion en logement social et abordable », [en ligne] [ville.montreal.qc.ca/documents/Adi_Public/CM/CM_ODJ_ORDI_2014-04-28_14h00_FR.pdf]

19 Steele, M. 2006. « A tax-based affordable housing program for Canada », *Canadian Housing/Habitation canadienne*, automne, p. 31-38.

20 Steele, M. et F. Desrosiers. 2009. *Building Affordable Rental Housing in Unaffordable Cities: A Canadian Low-Income Housing Tax Credit*, C.D. Howe Institute, commentaire no 289.

21 Institut de la statistique du Québec (ISQ). 2012. *Coup d'œil sociodémographique*, mars, no 14.

22 Bourque, G.L., G. Ste-Marie et P. Gouin. 2014. *Habitation durable et rénovation énergétique : agir sans s'endetter*, rapport de recherche, Institut de recherche en économie contemporaine, Montréal.

Conclusion et pistes de solutions

Conclusion et pistes de solutions

« Ce que je constate, c'est que le tiers de la population est mal logée, mal vêtue, mal nourrie… Le véritable test du progrès n'est pas de savoir si on ajoute à l'abondance de ceux qui ont déjà beaucoup ; c'est de savoir si nous offrons suffisamment à ceux qui ont peu. »

Franklin D. Roosevelt,
2e discours inaugural, 20 janvier 1937[A]

En rédigeant le présent rapport, le directeur de santé publique de Montréal s'inscrit dans la foulée des interventions antérieures des autorités sanitaires en matière de logement. Il s'est fixé trois objectifs : 1) faire le point sur la question du logement à Montréal; 2) réitérer son engagement; et 3) formuler des recommandations visant à protéger la santé de la population montréalaise.

La revue de la documentation scientifique, l'utilisation des banques de données disponibles au Québec comme au Canada, la réalisation d'une nouvelle enquête auprès de 1 600 ménages de l'île de Montréal, ainsi que la consultation de nombreux groupes et personnes – associations de propriétaires et de locataires, experts tant universitaires que de terrain, instances municipales et élus montréalais de tous les paliers de gouvernement – lui permettent aujourd'hui de formuler des engagements et des recommandations qui tiennent compte de la réalité montréalaise.

Comme on l'a vu précédemment, en matière de logement, les enjeux sont multiples et d'une importance capitale, comme la salubrité de l'habitation. Par ailleurs, on sait que les coûts du logement locatif modulent grandement la capacité des ménages à se nourrir adéquatement et à subvenir aux autres besoins de base. L'insécurité alimentaire a des impacts majeurs sur la santé compte tenu du rôle important que joue la mauvaise alimentation dans la survenue de nombreux problèmes, tels l'obésité, le diabète, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires et plusieurs cancers.

Le rapport met en évidence des problématiques importantes, dont les impacts de la précarité résidentielle sur la croissance et le développement des enfants, tout comme sur leur réussite scolaire. Il expose les défis particuliers qui se posent aux nouveaux immigrants, aux Autochtones, aux personnes souffrant de psychoses et aux usagers de drogues par injection. Il souligne également les répercussions de l'instabilité résidentielle sur les risques de transmission des infections par le VIH et le VHC, et sur les résultats thérapeutiques des personnes qui en sont atteintes. Enfin, il met en lumière le fait que le vieillissement de la population et l'accueil des immigrants exigent une réponse sociale adaptée en termes de logement, particulièrement à Montréal.

Les recommandations présentées ci-dessous, à la suite des engagements de la DSP, ont déjà été discutées à l'occasion des rencontres organisées par le directeur avec ses interlocuteurs.

A Le 1er septembre 1937, le président signait le *US Housing Act* qui prévoyait la création du US Housing Authority responsable du logement social aux États-Unis.

Engagements de la DSP

1. Prioriser l'action relative aux conditions de logement.

Le directeur de santé publique entend maintenir une équipe régionale de santé publique spécialisée et consolider son expertise dans le domaine.

2. Accompagner la Ville de Montréal dans la réalisation de son Plan d'action 2014-2017 de lutte à l'insalubrité des logements.

Le directeur de santé publique souscrit entièrement aux objectifs de ce plan. Concrètement, la DSP offre sa collaboration pour notamment :

- finaliser l'élaboration d'un outil de dépistage des moisissures (volet I du plan d'action);
- déterminer une méthode pour dresser l'inventaire des bâtiments à risque d'insalubrité afin de favoriser les interventions préventives (volet II);
- établir la liste des indicateurs de suivi et de reddition de compte pertinents (volet IV).

3. Soutenir l'implantation des interventions en matière d'habitation proposées dans le Schéma d'aménagement et de développement de l'agglomération de l'île de Montréal.

Le directeur de santé publique partage la vision qui y est présentée et y réfèrera dans ses interventions publiques sur les liens entre l'aménagement du territoire et la santé de la population montréalaise.

4. Inciter le réseau de la santé et des services sociaux à accorder la priorité aux enjeux liés au logement dans son intervention auprès des clientèles vulnérables.

La DSP entend définir et offrir une formation visant des changements de pratique, développer des outils adaptés notamment pour les intervenants de première ligne et maintenir l'action communautaire des équipes locales de santé publique en rapport avec les conditions de logement.

Recommandations de la DSP

Par ailleurs, les principaux leviers d'intervention pour réduire les problèmes de santé associés à la salubrité et à l'accessibilité du logement se trouvent en dehors du réseau de la santé. C'est pourquoi le directeur de santé publique formule quatre recommandations prioritaires qui concernent les gouvernements fédéral, provincial et municipal.

1. Adopter une stratégie canadienne de l'habitation dans le respect des compétences et de la diversité des modèles des provinces.

Le directeur fait sienne la recommandation du Rapporteur spécial de l'ONU en matière d'habitation suite à sa visite au Canada en 2007 :

> « Le Rapporteur spécial demande au Canada d'adopter une politique du logement nationale exhaustive et coordonnée qui soit basée sur l'indivisibilité des droits humains et de la protection des plus vulnérables. Cette stratégie nationale devrait comporter des objectifs mesurables et des échéanciers et inclure la consultation et la collaboration des communautés touchées ainsi que des procédures de plaintes et des mécanismes d'imputabilité transparents[1]. »
>
> (Traduction libre)

Le Wellesley Institute a tracé les grandes lignes d'une stratégie qui garantirait à tous les Canadiens le droit à un logement adéquat, tel qu'il est décrit dans le paragraphe 25(1) de la Déclaration universelle des droits de l'homme. Dans son rapport *Precarious Housing in Canada* (2010)[2], l'institut proposait un plan d'action de dix ans, *Vision 2020*, qui tenait compte à la fois du rattrapage nécessaire et des besoins d'une population croissante en matière de logement abordable. On y estimait qu'il faudrait 600 000 nouvelles unités abordables au Canada pour les ménages à revenu faible ou modeste, des réparations majeures à 200 000 logements construits depuis longtemps et une aide au loyer pour 1,5 million de ménages démunis qui n'ont pas d'autre choix que de dépenser plus de 30 % de leur revenu pour se loger.

Il ne fait aucun doute que le succès d'une politique canadienne de l'habitation nécessite la mobilisation de tous les paliers de gouvernement, en plus de l'instauration d'un ensemble de mesures, fiscales et autres, qui favorisent la participation des acteurs du secteur privé. Comme la proposition du Wellesley Institute le laisse penser, l'affectation de ressources publiques additionnelles constitue une condition indispensable au succès d'une telle politique. Compte tenu de la place que le logement occupe dans l'ordre des besoins de la population, on devrait en faire une priorité.

2. Réinvestir dans les programmes de logements sociaux et communautaires pour la construction, la rénovation, l'adaptation et l'entretien.

Le gouvernement canadien a mis fin à son engagement quant au développement du logement social en 1993. Il dépense néanmoins quelque 2 milliards de dollars annuellement pour honorer des engagements à long terme pris antérieurement ou pour des initiatives ponctuelles.

La réduction progressive du financement du gouvernement fédéral dans le domaine et son désengagement récent fragilisent les acquis. Compte tenu du faible pourcentage de logements publics[B] ou communautaires dans le lot de logements (moins de 10 %, selon l'OCDE[3]) en comparaison de plusieurs pays de l'OCDE, ainsi que du retard accumulé dans la rénovation des unités existantes, un réinvestissement s'avère incontournable pour répondre à différents besoins : ceux, permanents, des gens très pauvres; ceux, ponctuels, des personnes en situation sociale d'urgence (les victimes de violence familiale, par exemple); et ceux des personnes atteintes de maladie ou de handicap pour des logements adaptés.

3. Poursuivre le processus d'élaboration d'une politique québécoise de l'habitation en partenariat avec les villes.

Une première consultation a déjà permis de déterminer les principaux points de cette politique. Il serait important d'y donner suite et de mettre en place des mécanismes qui permettraient de réinvestir dans deux types de programmes :

- **les programmes qui encouragent la rénovation de logements privés pour les rendre salubres tout en limitant la hausse des coûts de loyer;**
- **les programmes de logements sociaux et communautaires destinés particulièrement aux familles.**

Montréal se distingue du reste du Québec, entre autres raisons, parce que c'est une ville de locataires plutôt que de propriétaires occupants. Plus encore, c'est une ville où le bâti a un certain âge et où les besoins de rénovation sont considérables. Par ailleurs, la salubrité des logements repose sur leur entretien régulier. Pour cette raison, il convient de mettre en place des mesures incitatives (un crédit d'impôt, par exemple) qui donnent la possibilité aux propriétaires de logements locatifs multiples d'amortir leurs coûts de rénovation tout en contrôlant efficacement les hausses de loyer.

Montréal se démarque également par la taille des familles qui vivent sur son territoire, notamment des familles immigrantes. Elles constituent une clientèle importante des HLM pour laquelle la construction de plus grandes unités de logement social se révèle nécessaire.

B On parle ici de logements dont la propriété est publique, comme dans le cas de la majorité des logements sociaux.

4. Encourager l'ensemble des municipalités de l'île de Montréal à adopter des règlements sur la salubrité des logements quand elles n'en ont pas et à améliorer leurs pratiques en ce domaine. Dans le cas des arrondissements montréalais, s'assurer des ressources nécessaires à l'application du règlement sur la salubrité de la Ville de Montréal.

Pour intervenir efficacement en matière de salubrité, les villes doivent se reposer, à l'instar de la Ville de Montréal, sur un règlement explicitant clairement les rôles et responsabilités au regard d'un habitat sain. Ce règlement implique l'embauche d'inspecteurs formés à détecter les problèmes d'insalubrité. Les ressources humaines et matérielles doivent être assurées et permanentes.

Par ailleurs, bien qu'elles ne fassent pas l'objet de recommandations, certaines avenues méritent d'être explorées davantage. Par exemple :

- mettre en place, à l'instar de Los Angeles, une procédure d'inspection des logements, basée sur des critères de santé publique, avant de les mettre en location;
- instaurer une réserve foncière dans les villes réservée à la construction de logements publics;
- envisager l'assouplissement des normes en vigueur dans les programmes de création des logements sociaux de la SHQ afin de tenir compte des contraintes et des besoins des arrondissements centraux de Montréal;
- étudier les mécanismes fiscaux comme le CÉLI Habitation durable qui diversifieraient les sources de financement pour des logements salubres et réellement abordables.

En conclusion, le directeur réitère ses inquiétudes face à la pauvreté et aux inégalités sociales qui affligent les Montréalais. Si le marché du logement fait actuellement partie du problème, il ne fait aucun doute que des interventions gouvernementales variées font partie de la solution. De telles actions peuvent améliorer grandement la situation au profit des citoyens les plus pauvres, d'une mixité sociale souhaitable et de la santé de la population.

Références

1 ONU, Conseil des droits de l'homme. 2009. *Rapport du Rapporteur spécial sur le logement convenable en tant qu'élément du droit à un niveau de vie suffisant ainsi que sur le droit à la non-discrimination à cet égard,* par Miloon Kothari, addendum « MISSION TO CANADA », 9-22 octobre 2007, p. 24. Rapport rédigé en anglais, seul le titre est en français.

2 Wellesley Institute. 2010. *Precarious Housing in Canada*, Toronto, p. 2.

3 OCDE. 2011. *OECD Housing Market Questionnaire*. p. 45.

Annexes

Annexe I

Notes méthodologiques

Les données présentées dans le rapport sont issues de plusieurs enquêtes de méthodologies et de tailles d'échantillon différentes. Le lecteur intéressé par ces questions devrait prendre en compte les considérations suivantes pour l'interprétation des statistiques présentées.

Enquêtes de la SCHL

La méthodologie utilisée par la SCHL pour calculer le taux d'inoccupation et les loyers comporte certaines limites car les calculs utilisés pour caractériser la situation à Montréal sont basés sur des immeubles comptant au moins trois appartements offerts en location, dont un ou plus n'a pas d'entrée privée. Les habitations occupées par les propriétaires n'entrent pas dans le nombre total de logements locatifs compris dans les immeubles[1]. Or, à Montréal, en particulier dans les quartiers centraux, l'offre d'habitation locative repose en grande partie sur des logements avec entrée privée située dans des immeubles de deux ou trois logements. Cette situation est manifeste dans la différence entre le nombre de logements existants dans la RMR de Montréal identifiés par l'ENM 2011 et le nombre de logements visés par l'Enquête sur le logement locatif de la SCHL en 2014[2].

Enquête SALAM

L'enquête SALAM a été menée sur un échantillon représentatif de 1 600 ménages de l'île de Montréal. En raison de la taille de cet échantillon, pour certaines questions, particulièrement pour les ménages propriétaires, les intervalles de confiance des réponses positives étaient importants, ce qui a été signalé dans le texte par un astérisque.

Enquête nationale auprès des ménages (ENM)

Statistique Canada, qui est maître d'œuvre de cette enquête, nous a soumis les considérations suivantes :

1. Les résultats de l'ENM portant sur des niveaux géographiques inférieurs à 5 000 personnes et supérieurs ou égal à 2 000 devraient être considérés avec une vigilance accrue.
2. Les résultats de l'ENM portant sur des indicateurs dont l'estimation du numérateur est inférieure à 100 unités ne sont pas diffusés.
3. Les résultats de l'ENM portant sur des niveaux géographiques inférieurs à 2 000 personnes ne sont pas diffusés.

Vous trouverez ci-joint les données de l'ENM 2011 portant sur le logement et le revenu que nous avons utilisées pour la cartographie.

Références

1 Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). 2014. *Rapport sur le marché locatif - RMR de Montréal*, Le Marché de l'habitation, automne, Ottawa, p. 11-12.

2 *Ibid.*, p. 8.

de non-réponse		de ménages	de ménages locataires	de ménages locataires	logements sociaux et communau-taires	de ménages sous le seuil de faible revenu[2]	de ménages sous le seuil de faible revenu[2]	ménages locataires consacrant 30 % ou plus du revenu au logement	ménages locatai consacrant 30 % plus du revenu a logement
22,4	**7 903 000**	**3 395 215**	**1 311 200**	**38,6**		**517 580**	**15,3**	**479 770**	**36,8**
20,7	**1 886 480**	**849 445**	**515 760**	**60,7**	**100**	**221 745**	**26,1**	**207 695**	**40,5**
19,2	126 890	56 930	34 760	61,1	7,1	14 390	25,3	12 760	37,0
15,9	41 925	19 110	10 755	56,3	0,7	3 635	19,0	3 880	36,2
23,3	165 025	74 280	54 715	73,7	8,7	25 105	33,8	24 425	45,1
21,5	41 620	18 515	11 005	59,4	2,7	4 365	23,5	3 700	33,7
20,6	74 280	32 545	19 630	60,3	2,1	7 670	23,6	7 445	38,2
23,8	100 385	56 580	41 225	72,9	6,6	17 855	31,6	18 120	44,3
22,6	71 540	35 830	24 520	68,4	14,3	11 675	32,6	8 620	35,3
20,6	18 100	6 690	1 695	25,3	0,0	800	12,0	655	38,6
20,2	131 480	65 665	43 990	67,0	10,9	18 395	28,0	16 305	37,2
20,7	83 870	34 995	25 010	71,5	3,1	11 470	32,8	10 590	42,5
24,5	23 565	9 405	4 385	46,6	0,2	1 305	13,9	1 800	41,0
19,2	68 410	24 895	7 250	29,1	2,6	3 805	15,3	2 755	38,2
16,9	106 445	42 195	15 805	37,5	3,9	7 110	16,9	6 310	40,0
19,2	134 040	71 195	51 185	71,9	9,0	19 480	27,4	19 280	37,8
19,0	93 840	35 990	18 730	52,0	1,6	8 205	22,8	7 730	41,8
17,5	75 710	30 645	19 465	63,5	0,7	7 105	23,2	7 135	36,9
22,6	66 155	32 645	20 760	63,6	2,3	8 065	24,7	7 440	36,0
27,2	84 015	48 315	35 900	74,3	13,6	18 390	38,1	18 105	50,9
21,4	142 220	63 530	46 965	73,9	6,6	21 450	33,8	18 125	38,7
24,4	3 850	1 385	135*	9,7*	0,0	**	**	**	**
17,8	19 505	6 685	650	9,7	0,2	410	6,1	275	42,3
24,2	32 325	13 570	6 750	49,7	1,0	2 495	18,4	3 300	49,3
19,2	49 635	16 955	3 705	21,9	0,4	1 990	11,7	1 520	40,9
18,3	18 210	7 995	3 275	41,0	0,2	1 180	14,8	1 300	39,9
28,5	7 155	2 510	765	30,5	0,0	365	14,5	295	37,0
19,2	21 250	6 830	385	5,6	0,0	385	5,6	205	51,3
28,2	3 730	1 650	1 040	63,0	0,4	415	24,8	385	37,7
18,1	5 085	1 845	440	23,8	0,0	195*	10,3*	175*	39,8*
20,7	19 500	7 050	2 300	32,6	0,2	795	11,3	845	36,4
16,0	30 790	12 065	3 425	28,4	0,7	1 415	11,7	1 785	52,3
28,6	5 075	1 965	805	41,0	0,1	405	20,6	285	36,0
27,4	920	***	***	***	0,0	***	***	***	***
22,4	19 930	8 640	4 280	49,5	0,2	1 325	15,3	2 060	48,3

Annexe II

Instances gouvernementales concernées par le logement

Le gouvernement canadien intervient principalement en matière de logement via la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL)[A]. Comme son nom l'indique, la SCHL est une société d'État fédérale qui intervient en matière d'hypothèque et d'habitation en vertu des pouvoirs qui lui sont conférés principalement[B] par la Loi sur la Société canadienne d'hypothèques et de logement (Loi sur la SCHL)[1]. La SCHL a le mandat de suivre l'évolution du marché immobilier, de favoriser le développement et l'entretien de l'habitation, de soutenir l'accès au financement hypothécaire (au moyen, notamment, de l'assurance prêt) et de favoriser l'accès à une diversité de logements abordables[2]. Malgré son retrait progressif depuis 1994, la SCHL continue de financer différents programmes de soutien aux logements sociaux existants et de participer à la création de nouveaux projets[C]. La SCHL offre aussi du financement grâce au Programme d'investissement dans le logement abordable, par l'entremise d'ententes bilatérales conclues entre la SCHL et l'ensemble des provinces et des territoires[3].

Au Canada, les investissements du gouvernement fédéral dans le logement abordable sont passés de 1,6 milliard de dollars par année, en 1989, à 2,2 milliards, en 2008. En dollars constants de 1989, cela représente une baisse de 620 millions. En pourcentage du PIB, le niveau de financement est passé de 0,24 % à 0,15 % durant la même période (avec un pic exceptionnel à 0,23 % en 2007)[4]. Et depuis ce temps, les budgets octroyés par le fédéral n'ont cessé de décroître.

Au Québec, la Société d'habitation du Québec (SHQ) est le principal organisme responsable pour le gouvernement[D]. La SHQ soutient différents programmes d'aide au logement social et communautaire, d'amélioration de l'habitat et d'appui à l'industrie de la construction[5,6]. Elle collabore également avec la SCHL dans le cadre du Programme d'investissement dans le logement abordable, qui soutient différentes initiatives dont les objectifs sont les suivants : accroître l'offre de logements abordables, améliorer l'abordabilité des logements, soutenir la rénovation et la réparation des logements. Elle soutient également des programmes destinés à augmenter l'autonomie et la sécurité des occupants[7]. En 2012-2013, la SHQ est intervenue auprès de plus de 210 000 ménages québécois grâce à ses différents programmes de soutien au logement social et communautaire[E].

À Montréal, comme dans plusieurs grandes villes canadiennes, différentes instances municipales participent à la gestion des enjeux liés à l'habitation, notamment la Direction de l'habitation, le Service de la diversité sociale et des sports, la Société d'habitation de Montréal (SHDM, une société paramunicipale) et l'Office municipal d'habitation de Montréal (OMHM). Outre les acteurs privés et les associations de propriétaires, plusieurs autres instances à but non lucratif sont actives dans le domaine du logement social et communautaire, y compris les coopératives d'habitation, les comités logement et les groupes de ressources techniques. Ces acteurs locaux et régionaux sont impliqués dans une série de projets et de mesures en collaboration avec les instances fédérales et provinciales.

A En 2015, la SCHL relève du ministre de l'Emploi et du Développement social.

B Également par la Loi nationale sur l'habitation (L.R.C., ch. N-11), et par la Loi sur la gestion des finances publiques (L.R.C. (1985), ch. F-11).

C Les programmes sont les suivants : Programme de logement public, Programme de logement sans but lucratif, Programme des coopératives d'habitation, Programme de logement pour les ruraux et les Autochtones, Programme de logement pour les Autochtones en milieu urbain et Programme de supplément au loyer.

D La SHQ relève du ministre des Affaires municipales et de l'Occupation du territoire (MAMOT).

E Les programmes sont les suivants : Habitations à loyer modique, Allocation-logement, Supplément au loyer, AccèsLogis Québec et Logement abordable Québec. Voir SHQ. 2012. *Rapport annuel de gestion 2012-2013*.

Logement social et logement abordable : de nombreux seuils de revenu

Logement social et logement abordable ne sont pas des catégories mutuellement exclusives[8]. Les programmes d'aide au logement visant à augmenter l'offre de logements abordables s'adressent en partie, et parfois même principalement, non seulement à des ménages à très bas revenu, mais aussi à des ménages à revenu modeste. Le niveau de revenu considéré modeste n'est pas défini de la même façon par tous les programmes, comme en témoignent les exemples suivants :

- Programme Logement abordable Québec : le revenu se situe entre le « plafond de revenu déterminant les besoins impérieux » (légèrement différent du seuil de faible revenu de Statistique Canada, soit $ 27 500 pour un couple à Montréal) et le revenu provincial médian ajusté selon la taille des ménages.
- Stratégie d'inclusion de logement abordable de la Ville de Montréal de 2005 : le revenu modeste est situé entre 80 % et 120 % du revenu médian.
- AccèsLogis Québec et Logement abordable Québec : contrairement aux HLM où le loyer est fixé en fonction du revenu, le loyer des logements offerts en vertu de ces programmes est fixé en fonction du prix médian sur le marché local et il doit se situer entre 75 % et 95 % du loyer médian.

Il est à noter que certains bénéficiaires d'AccèsLogis peuvent aussi profiter du Programme de supplément de loyer : en 2010, c'était le cas de 39 % d'entre eux qui, de ce fait, avaient les mêmes conditions que les ménages vivant en HLM[9]. Le Programme de supplément au loyer n'est toutefois pas accessible aux bénéficiaires du programme Logement abordable Québec qui ont un taux d'effort moyen de 40 % (et un taux supérieur au critère habituel d'abordabilité de 30 % pour 63 % d'entre eux), selon un rapport d'évaluation produit pour la SHQ[10].

La Stratégie d'inclusion de logements abordables dans les nouveaux projets résidentiels, adoptée en 2005 par le conseil municipal de Montréal, visait à encourager la production de logements abordables locatifs, mais qui peuvent être aussi accessibles à la propriété. Elle prévoyait un ensemble de mesures incitatives pour stimuler les promoteurs à faire en sorte que 15 % des nouvelles unités d'habitation construites sur le territoire de Montréal soient des logements sociaux et communautaires; et que 15 % des nouvelles habitations soient constituées de logements abordables d'initiative privée (propriétés abordables ou logements locatifs).

Références

1 Gouvernement du Canada. 1985. *Loi sur la Société canadienne d'hypothèques et de logement. L.R.C. (1985)*.

2 Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). 2013. *Rapport annuel 2013*, Ottawa.

3 Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). 2011. « Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables du logement annoncent un nouveau cadre de référence pour le logement abordable », [en ligne] [www.cmhc-schl.gc.ca/fr/inso/sapr/co/2011/2011-07-04-0930.cfm].

4 Wellesley Institute. 2010. *Precarious Housing in Canada*, Toronto, p. 46.

5 Société d'habitation du Québec (SHQ). 2015. « Programmes », [en ligne] [www.habitation.gouv.qc.ca/programmes.html], consultée le 18 février 2015.

6 AECOM. 2011. *Étude d'impacts des activités de la Société d'habitation du Québec*, rapport produit pour la Société d'habitation du Québec (SHQ), p. 2-10.

7 Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). 2011. « Entente concernant l'investissement dans le logement abordable 2011-14 », p. 9.

8 Communauté métropolitaine de Montréal (CMM). 2013. «Offre et besoins en logements sociaux et abordables dans le Grand Montréal», *Cahiers métropolitains*, no 3, décembre.

9 *Ibid.*

10 Société d'habitation du Québec (SHQ). *Rapport d'évaluation du programme Logement abordable Québec - Volet social et communautaire*, [en ligne] [www.habitation.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/publications/0000022174.pdf]

Annexe III

Logement et droits

> « Le logement est beaucoup plus que le simple fait d'avoir un toit sur la tête, c'est le point d'ancrage de l'individu dans la famille, dans la communauté et dans la société. Mais la situation actuelle que connaît le Québec en matière de logement (pénurie de logements, politiques publiques déficientes, sélection discriminatoire de locataires) nous force à constater que de plus en plus de ménages pauvres vivent des situations alarmantes[1]. »
>
> Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 2003

Le droit au logement est énoncé dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC)[A] de l'ONU [article 11, alinéa 1][2] adopté en 1966 et ratifié par le Canada et le Québec en 1976[3]. Le PIDESC reconnaît non seulement le droit au logement, mais précise que les États le ratifiant sont tenus de poser des actions permettant la concrétisation de ce droit :

> « Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit de toute personne à un niveau de vie suffisant pour elle-même et sa famille, y compris une nourriture, un vêtement et un logement suffisants, ainsi qu'à une amélioration constante de ses conditions d'existence. **Les États parties prendront des mesures appropriées pour assurer la réalisation de ce droit** et ils reconnaissent à cet effet l'importance essentielle d'une coopération internationale librement consentie[B] ».

Pourtant, comme le souligne le Rapporteur spécial de l'ONU en 2009, aucune loi canadienne ou québécoise ne garantit la concrétisation du droit au logement :

> « Aucune loi canadienne ne reconnaît explicitement le droit à un logement adéquat, que ce soit en tant que droit exécutoire ou en tant qu'engagement politique. Ni dans la *Loi constitutionnelle de 1982*, ni dans la *Charte canadienne des droits et libertés*, on ne trouve de reconnaissance de ce droit, pas plus que dans les lois provinciales ou fédérales sur les droits humains, dans les lois provinciales, nationales ou territoriales qui touchent au logement ou dans les accords provinciaux-fédéraux. De plus, les droits reconnus dans les traités internationaux sur les droits humains qui ont été ratifiés par le Canada ne sont pas exécutoires dans les cours canadiennes, à moins qu'ils ne soient incorporés aux lois votées par les assemblées législatives provinciales ou fédérale[4]. »
>
> (Traduction libre)

Au Québec, la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale (Ch. L-7, art. 9) stipule ce qui suit : « Les actions liées au renforcement du filet de sécurité sociale et économique doivent notamment viser à : […] 5° favoriser l'accès à un logement décent à un prix abordable par des mesures d'aide au logement ou par le développement du logement social, de même que par le renforcement du soutien communautaire aux personnes plus démunies socialement, dont les sans-abri »[5]. Cette Loi n'a pas de portée obligataire. Les droits et devoirs des locataires et des propriétaires sont définis

A Le PIDESC est un texte complémentaire à la *Déclaration universelle des droits de l'homme* avec le Pacte international relatif aux droits civils et politiques de l'ONU.

B La mise en caractères gras est un choix des auteurs du rapport.

par le Code civil du Québec[6]. Les principales obligations du propriétaire sont de fournir un logement en bonne condition, de maintenir le logement en bon état et d'en procurer la jouissance paisible[7]. En contrepartie, le locataire doit payer le loyer et prendre soin du logement[8]. La Régie du logement est l'instance administrative en charge d'arbitrer les différends entre propriétaires et locataires[9].

La portée limitée des droits est aussi reconnue par des instances québécoises. En juin 2015, à l'occasion du 40e anniversaire de l'adoption de la Charte des droits et libertés de la personne, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse réitère sa recommandation déjà formulée en 2003[10] de « renforcer la portée juridique des droits économiques et sociaux qui existent dans la Charte, mais également d'y inscrire des droits qui n'y sont pas explicitement reconnus ou d'élargir leur portée, particulièrement le droit à un logement suffisant, le droit à la santé et le droit au travail [C]. »

À cet égard, notons que la Constitution sud-africaine (art. 26 et 28 1c.) affirme de façon explicite le droit pour tous à avoir accès à un logement. La Cour constitutionnelle africaine a confirmé ce droit dans une ordonnance audacieuse en demandant au gouvernement de mettre en place des mesures concrètes :

> « La section 26 (2) de la Constitution exige de l'État qu'il conçoive et mette en œuvre, dans les limites de ses ressources, un programme complet et coordonné afin de concrétiser progressivement le droit de tous d'accéder à un logement adéquat[11]. »
>
> (Traduction libre)

Références

1 Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. 2003. *Après 25 ans : La Charte québécoise des droits et libertés - Modifications recommandées par la Commission*, Fiche d'information, p. 2.

2 Haut-Commissariat aux droits de l'homme des Nations Unies. 1966. « Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels », article 11. 1, [en ligne] [www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx].

3 Gouvernement du Québec. 1976. « Pacte International Relatif aux Droits Civils et Politiques », Chambre du Conseil exécutif, arrêté en Conseil 1438-76, 21 avril 1976, [en ligne] [www.mrif.gouv.qc.ca/content/documents/fr/ententes/1976-C03.pdf].

4 ONU, Conseil des droits de l'homme. 2009. *Rapport du Rapporteur spécial sur le logement convenable en tant qu'élément du droit à un niveau de vie suffisant ainsi que sur le droit à la non-discrimination à cet égard*, par Miloon Kothari, addendum « MISSION TO CANADA », 9-22 octobre 2007, p. 7-8. Rapport rédigé en anglais, seul le titre est en français.

5 Gouvernement du Québec. *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, L.R.Q, chapitre L-7 2002, c. 61, art. 9.

6 Bendaoud, M. 2010. « Le droit au logement tel que vu par le *Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels* : Sa mise en œuvre québécoise est-elle conforme? », *Revue québécoise de droit international*, vol. 23, no 2, 73 pages, voir p. 65-70.

7 Code civil du Québec. Articles 1851, 1852, 1853, 1854, 1856, 1910, 1911. Résumé, [en ligne] [www.rdl.gouv.qc.ca/fr/droits/droits.asp]

8 Code civil du Québec. Articles 1855, 1911, 1912. Résumé, [en ligne] [www.rdl.gouv.qc.ca/fr/droits/droits.asp].

9 Gouvernement du Québec. *Loi sur la Régie du logement*.

10 Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. 2003. *Après 25 ans : La Charte québécoise des droits et libertés - Vol. 1 – Bilan et recommandations*.

11 Government of the Republic of South Africa and Others v. Grootboom and Others (CCT11/00). [2000] ZACC 19; 2001 (1) SA 46; 2000 (11) BCLR 1169 (4 octobre 2000).

C Jacques Frémont, président de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. Voir « Un instrument juridique remarquable » dans *Le Devoir* du 27 juin 2015.

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'Île-de-Montréal

Québec