



2

Les coûts en santé du manque de logements adéquats

La facture collective de la crise du logement au Québec

Québec 

CHAIRE RISS
Chaire de recherche sur la réduction des inégalités sociales de santé
FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINES
Université du Québec à Montréal

Recherche et rédaction

Ferdaous Roussafi, chercheuse-économiste

Collaboration à la recherche et à la rédaction

Geoffroy Boucher, économiste

Sandy Torres, chercheuse-sociologue

Karine Perreault, chercheuse associée

Direction

Nathalie Guay, directrice générale

Révision linguistique

Stéphanie Lessard

Mise en page

Celia Albano, responsable des productions graphiques et numériques

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

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

Pour citer ce document

Ferdaous Roussafi (2025). *Les coûts en santé du manque de logements adéquats. La facture collective de la crise du logement au Québec*. Montréal, Observatoire québécois des inégalités.

ISBN

978-2-925552-15-4

Photos

(Pexels)

Nancy Bourque, p.i, p.51

Thanh ly, p.iv

Alexis Bahl, p.vii

Andrew Neel, p.x

Ryutaro Tsukata, p.1

Eric Prouzet, p.12

Gabriel Tovar, p.20

Markus Spiske, p.33

Anna Shvets, p.36

Tischa Francis, p.37

Geert Brekelmans, p.39

Cette note de recherche a été réalisée
grâce à la contribution financière de :



Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-sud-de-l'île-de-Montréal
Direction de santé publique de la Montérégie du CISSS de la Montérégie Centre
Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale
Direction de la santé publique du CISSS du Bas-Saint-Laurent
Direction de santé publique du CISSS de Laval
Direction de santé publique du CIUSSS de l'Estrie-CHUS
Société d'habitation du Québec

Avec la collaboration spéciale de :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Centraide du Grand Montréal

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

Thomas G. Poder, École de santé publique, Université de Montréal

Mathieu Bujold, Observatoire des réalités autochtones urbaines, Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ)

Jean-Daniel Glazer Allard, Société d'habitation du Québec (SHQ)

Sophie Goudreau, DRSP de Montréal

Maud Emmanuelle Labesse, INSPQ

Céline Magontier, Front d'action populaire en réaménagement urbain (FRAPRU)

Joannie Veilleux, Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (RAPSIM)

Table — des matières



Vue d'ensemble du projet *p.v*

Introduction *p.vii*

01
02
03
04

Contexte *p.1*

Méthodologie *p.12*

Résultats *p.20*

Limites *p.37*

Conclusion *p.39*





Vue d'ensemble du projet

Le logement: des effets multidimensionnels

Le logement constitue un déterminant fondamental des inégalités sociales de santé. Il agit comme un intermédiaire entre les conditions socioéconomiques et la santé. Un vaste corpus détaille comment des conditions de logement inadéquates — surpeuplement, insalubrité, mauvaise isolation — sont associées à une dégradation de la santé mentale¹ et à une exposition accrue aux maladies respiratoires transmissibles². Le fait de demeurer dans un logement trop cher, mal isolé ou énergivore, faute de solution abordable, peut aussi mener à une précarité énergétique³, alourdissant

les dépenses des ménages et affectant leur confort et leur santé.

Les problèmes de logement peuvent également exacerber des situations de violence domestique ou en compliquer la sortie, en particulier lorsque les conditions de vie sont marquées par l'exiguïté des espaces, l'instabilité résidentielle ou une précarité financière⁴. Cette dernière pousse de nombreux ménages à faire des arbitrages entre le paiement du loyer et d'autres besoins essentiels, tels que l'alimentation, les soins de santé ou le transport. Lorsque ces compromis ne suffisent plus, certains se retrouvent à

faire face à des risques d'éviction ou d'itinérance⁵. Enfin, les effets sur les très jeunes enfants sont particulièrement préoccupants: un logement bruyant, exigu ou instable peut nuire à leur développement et à leur concentration et compromettre leur réussite scolaire⁶.

Bien que les liens entre les problèmes de logement et les enjeux cités aient fait l'objet d'une littérature abondante, très peu d'études ont tenté de déterminer les coûts économiques et sociaux qui en découlent, tant à l'international⁷ qu'au Canada⁸ ou au Québec⁹. Les études québécoises concernant

1. Geneviève Hamel et David Talbot (2007). *La santé, autrement dit... Pour espérer vivre plus longtemps et en meilleure santé*, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

2. Louise Lemire (2020). *Quelques facteurs de vulnérabilité et de risque d'être atteints du coronavirus dans Lanaudière et ses milieux de vie: premières réflexions*, CISSS de Lanaudière.

3. Shabnam Edalatnia et Runa R. Das (2024). *Building benchmarking and energy performance: Analysis of social and affordable housing in British Columbia, Canada*. *Energy and Buildings*, 313.

4. Natasha Jategaonkar et Pamela Ponic (2011). *Unsafe and unacceptable housing: health & policy implications for women leaving violent relationships*. *Women's Health and Urban Life*, 10 (1), 32-58.

5. Karine Perreault, Josée Lapalme, Louise Potvin et Mylène Riva (2022). *"We're Home Now": How a rehousing intervention shapes the mental well-being of Inuit adults in Nunavut, Canada*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (11), 6432.

6. Sylvie Pelletier (2021, mars). L'abordabilité des logements au Québec: les effets sur la santé et le développement des enfants. *Le point sur...*, 1.

7. Emily Dabbs, Alex Hooper et Geoffrey Snell (2023). *The economic case for investing in social & affordable housing*, Oxford Economics Australia; Christian A. Nygaard (2022). *Cost of inaction: social and economic losses due to the social and affordable housing shortage*, Centre for Urban Transitions de la Swinburne University of Technology.

8. Canadian Centre for Economic Analysis (2017). *Understanding the benefits of investments in affordable housing*. Rapport de revue de la littérature.

9. AECOM (2011). *Étude d'impacts des activités de la Société d'habitation du Québec*. Société d'habitation du Québec.

des phénomènes particuliers, par exemple l’itinérance¹⁰, mais ne recensent pas l’ensemble des coûts liés aux enjeux de logement. Cette absence de données précises limite la compréhension des répercussions réelles du manque de logements adéquats sur l’ensemble de la société.

Dans ce contexte, ce projet a pour objectif de quantifier les coûts associés au manque de logements adéquats et de mieux comprendre les expériences vécues par les personnes qui font face à l’insécurité résidentielle au Québec. Il vise également à documenter la manière dont ce déficit de logements adéquats se répartit entre différents sous-groupes de la population à l’aide d’une analyse différenciée selon les sexes et intersectionnelle (ADS+).



Selon la Société canadienne d’hypothèques et de logement (SCHL), les logements adéquats (acceptables) sont définis comme ceux qui respectent les normes d’acceptabilité du point de vue de la qualité, de la taille et de l’abordabilité, soit:

- un logement ne nécessitant pas de réparations majeures (norme de qualité);
- un logement de taille convenable compte tenu des besoins du ménage (norme de taille);
- un logement pour lequel moins de 30 % du revenu total du ménage avant impôt est consacré aux frais de logement (norme d’abordabilité).

À ces critères, certaines sources, notamment l’INSPQ, ajoutent la localisation comme dimension essentielle. Un logement adéquat devrait ainsi être situé hors des zones présentant des risques naturels ou anthropiques et offrir un accès satisfaisant aux services essentiels, aux espaces naturels et aux infrastructures de transport.

Une étude en trois volets

→ Le premier volet, quantitatif, couvre plusieurs dimensions: la prospérité économique, la santé générale et mentale, l’itinérance, le développement des très jeunes enfants et la performance scolaire, la violence domestique ainsi que la consommation énergétique.

→ Comme les méthodes quantitatives ne saisissent pas toute la complexité des expériences vécues en matière d’insécurité résidentielle, un volet qualitatif vient compléter l’analyse. Celui-ci permet de documenter en profondeur les contextes dans lesquels les ménages locataires sont amenés à vivre l’insécurité résidentielle et les effets que cette situation peut avoir sur leur quotidien.

→ Enfin, le dernier volet de l’étude porte sur l’identification de pistes de solution et d’intervention publique à réaliser afin d’améliorer les conditions de logement et la santé au Québec.

10. Philippe Gougeon, Guillaume Faucher, Ornella Waji, Cristina Ruscio et Richard Fahey (2023). *État de situation et analyse d’impact des programmes de prévention et de lutte contre l’itinérance au Québec sur les municipalités*, AppEco pour l’Union des municipalités du Québec.



Introduction

Le Québec traverse actuellement une crise du logement d'une ampleur inédite, dont l'un des marqueurs centraux est la pénurie de logements locatifs abordables. La proportion d'appartements vacants dans les agglomérations de recensement et les villes de 10 000 habitants et habitantes et plus illustre bien cette tension : les taux d'inoccupation, déjà faibles depuis 2018, ont atteint 1,7 % en 2022, 1,3 % en 2023 et 1,8 % en 2024¹¹. Cette rareté s'est étendue à la majorité des régions du Québec, exerçant une pression croissante sur les loyers et accentuant la précarité résidentielle de nombreux ménages¹².

11. Société canadienne d'hypothèques et de logement (2024). Tableaux de données tirés de l'Enquête sur les logements locatifs.

12. Guillaume Hébert et Julia Posca (2023). *Crise du logement : un marché locatif en manque d'encadrement*, Institut de recherche et d'informations socioéconomiques.

Au-delà de cette rareté, un autre facteur contribue à aggraver la crise : le vieillissement du parc locatif. En 2021, près des trois quarts des logements locatifs avaient au moins 45 ans, une proportion particulièrement préoccupante à Montréal, où se concentre la plus grande part de locataires¹³. Ce vieillissement s'accompagne d'un manque d'entretien, notamment dans les logements sociaux et les organismes sans but lucratif d'habitation. Bien qu'une reprise des mises en chantier se soit amorcée récemment, le poids d'un parc vieillissant continue d'accentuer les problèmes de qualité, de salubrité et d'adaptation des logements¹⁴.

Les répercussions de cette crise ne se limitent pas uniquement au marché immobilier : elles sont également sociales et sanitaires, et majeures. Le logement constitue en effet l'un des déterminants fondamentaux de la santé. L'Organisation mondiale de la Santé rappelle que la qualité et la stabilité du logement influencent directement

l'exposition à divers risques physiques (température, humidité, polluants, dangers domestiques) et, indirectement, la santé par l'entremise du stress, de la précarité économique et de l'exclusion sociale¹⁵. Dans le contexte québécois, la crise de l'abordabilité, conjuguée à la dégradation du parc locatif, expose une part importante de la population à des conditions de logement inadéquates, dont les effets se font sentir de manière croissante sur la santé publique¹⁶.

La littérature scientifique canadienne et internationale montre que les conditions de logement dégradées sont associées à une détérioration de la santé générale (maladies respiratoires, cardiovasculaires, musculosquelettiques) et de la santé mentale (détresse psychologique, symptômes dépressifs, anxiété). À cela s'ajoutent des effets indirects, notamment par l'entremise de l'insécurité alimentaire. Définie, selon le Centre de recherche en santé publique (CRESP), comme « l'incapacité financière à se procurer de manière régulière, fiable

et abordable de la nourriture de qualité, culturellement appropriée et en quantité suffisante¹⁷ », l'insécurité alimentaire résulte fréquemment d'un arbitrage entre le paiement du loyer et les dépenses alimentaires¹⁸. Elle constitue un canal par lequel la crise du logement contribue à accroître les inégalités de santé. Bien que la littérature scientifique traite des liens entre logement inadéquat, insécurité alimentaire et santé, les travaux visant à en quantifier les coûts demeurent extrêmement limités, particulièrement au Québec. Les rares études existantes portent sur des dimensions précises. Par exemple, Tarasuk et coll.¹⁹ ont montré qu'en Ontario, l'insécurité alimentaire était associée à une hausse substantielle des coûts de soins de santé, mais sans lier ces résultats directement aux conditions de logement. De leur côté, certaines recherches sur l'itinérance mettent en évidence des coûts de santé considérablement plus élevés pour les personnes sans logement stable²⁰, ce qui illustre un cas

13. Aviseo (2023). *Le logement locatif au Québec : proposition pour une offre de logements de qualité, diversifiée, et présente sur tout le territoire du Québec*, pour la Corporation des propriétaires immobiliers du Québec et la SHQ.

14. Ministère des Affaires municipales et de l'Habitation (2024). *Stratégie québécoise en habitation : bâtir ensemble pour mieux se loger*, gouvernement du Québec.

15. World Health Organization (2018). *WHO housing and health guidelines*.

16. Sébastien O'Neill, Maud Emmanuelle Labesse et Patrick Morency (2024). *Logement et santé : développement d'un cadre conceptuel*, Québec, INSPQ.

17. Chaire CACIS (2024). *Demander de l'aide alimentaire et après ? Le parcours de personnes qui demandent de l'aide alimentaire pour une première fois. Lumière sur la recherche au CReSP*, 2.

18. Sandy Torres (2025). *Crise du logement au Québec : quels effets sur l'insécurité alimentaire ? Observatoire québécois des inégalités*.

19. Valerie Tarasuk, Joyce Cheng, Claire de Oliveira, Naomi Dachner, Craig Gunderson et Paul Kurdyak (2015). Association between household food insecurity and annual health care costs. *Canadian Medical Association Journal*, 187 (14), E429-E436.

20. Lucie Richard, Brooke Carter, Rosane Nisenbaum Michael Brown 4, Mikaela Gabriel 3 4, Suzanne Stewart et Stephen W. Hwang (2024). Disparities in healthcare costs of people experiencing homelessness in Toronto, Canada in the post COVID-19 pandemic era: a matched cohort study. *BMC Health Serv Res*.

extrême, mais ne couvre pas l'ensemble des situations de logement inadéquat. Enfin, Statistique Canada²¹, au moyen de l'Enquête canadienne sur le logement, documente les risques accrus pour la santé générale²² et mentale associés à l'inadéquation des logements, mais sans évaluer les coûts correspondants.

Si les études portant sur l'impact économique du logement inadéquat sur le système de santé demeurent limitées au Canada, certaines recherches menées ailleurs permettent d'en saisir l'ampleur. Au Royaume-Uni, le coût pour le système de santé des logements présentant des dangers majeurs, tels que le froid excessif et les chutes domestiques, a été estimé à 1,4 milliard de livres par an. L'étude conclut qu'un investissement de 10 milliards de livres pour rénover les 3,5 millions de logements les plus vétustes serait amorti en 7 ans grâce aux économies réalisées sur les soins de santé. Une étude complémentaire au pays de Galles²³ évaluait à 1 milliard de livres par an le coût sociétal du logement inadéquat, dont 10 % relevaient du système de santé.

21. Tara Hahmann et Huda Masoud (2023). *Expériences en matière de logement et mesures de la santé et du bien-être chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuit: résultats de l'Enquête canadienne sur le logement de 2018*. Statistique Canada.

22. Selon Statistique Canada, la santé générale renvoie à la perception de l'état de santé global d'une personne. « La santé générale fait non seulement référence à l'absence de maladie ou de blessure, mais aussi à un bien-être physique, mental et social. Elle reflète certains aspects de la santé qui ne sont pas saisis dans d'autres mesures tels que: le premier stade d'une maladie, la gravité d'une maladie, certains aspects positifs de l'état de santé, les ressources physiologiques et psychologiques, ainsi que le fonctionnement social et mental » Indicateur de la qualité de vie: Santé perçue.

23. Simon Nicol, Helen Garrett, Louise Woodfine, Gowan Watkins et Abigail Woodham (2019). *The full cost of poor housing in Wales*. Building Research Establishment (BRE Trust), Public Health Wales, Welsh Government.

Objectifs de l'étude

La présente note de recherche s'inscrit dans ce cadre et vise à estimer les coûts sanitaires et sociaux associés au logement inadéquat au Québec, en s'appuyant sur une approche combinant les dimensions de santé générale, de santé mentale, d'insécurité alimentaire et de qualité de vie.

Elle poursuit trois objectifs :

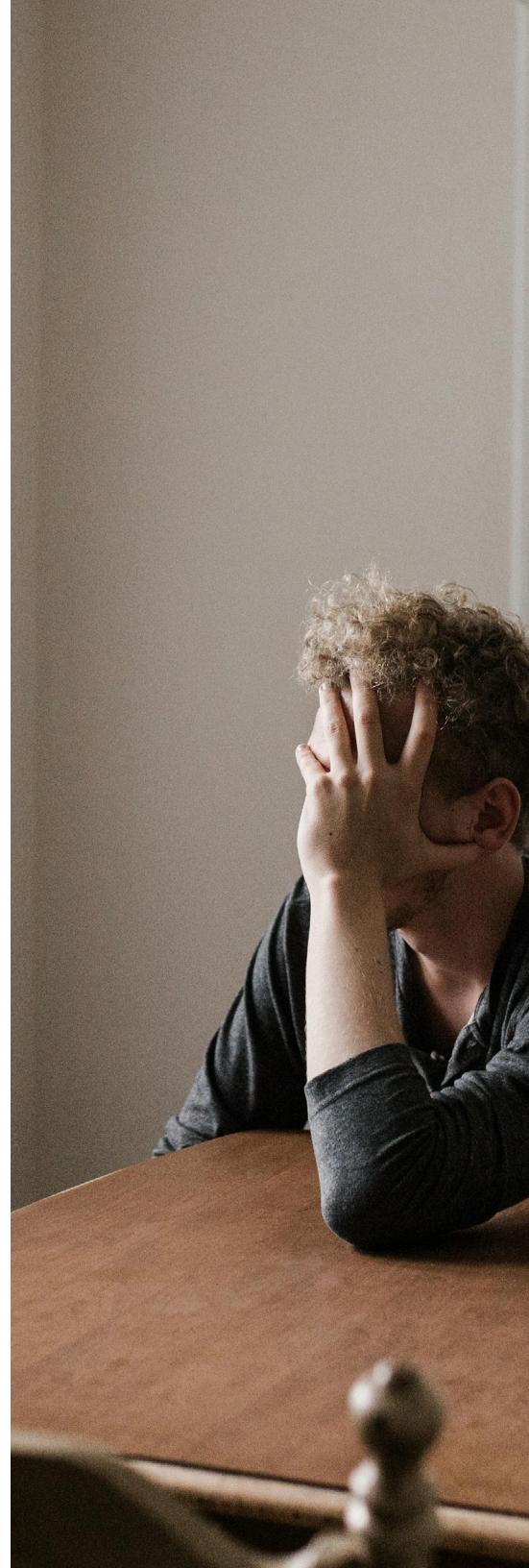
→ **Préciser les relations** entre les différentes caractéristiques du logement inadéquat et, d'une part, l'état de santé générale et mentale autoévalué et, d'autre part, les niveaux d'insécurité alimentaire ;

→ **Documenter les liens** entre l'état de santé autoévalué, le recours aux soins et l'exposition à l'insécurité alimentaire ;

→ **Évaluer la perte de qualité de vie** associée au logement inadéquat, exprimée en années de vie ajustées par la qualité (ou QALYs, pour *quality-adjusted life year*).

En complément à cette analyse, une attention particulière est accordée à la description des caractéristiques des ménages touchés par au moins une difficulté en matière de logement et à l'examen, dans une perspective intersectionnelle (ADS+), de leur état de santé générale et mentale ainsi que de leur exposition à l'insécurité alimentaire.

La démarche d'analyse repose d'abord sur une revue de la littérature qui met en évidence les liens entre différentes caractéristiques du logement et leurs répercussions sur la santé générale et mentale, en accordant une attention à la question de l'insécurité alimentaire. Toutefois, cette dernière dimension est traitée ici de manière synthétique, car elle a déjà fait l'objet d'une analyse approfondie dans un travail récent mené par l'Observatoire québécois des inégalités²⁴. La présente note se concentre donc davantage sur l'articulation entre conditions de logement, santé et coûts associés, tout en reconnaissant que l'insécurité alimentaire constitue un coût indirect important. Ensuite, après cette mise en contexte, la note présente la méthodologie et les sources de données mobilisées, puis discute les résultats issus des analyses de régression et des estimations de coûts.



^{24.} Sandy Torres, *op. cit.*



Effets du logement inadéquat sur la santé

Qualité générale du logement

La qualité matérielle des logements, incluant l'état des structures, la ventilation, l'absence d'humidité et la salubrité générale, joue un rôle crucial dans la santé des occupants et occupantes. L'Organisation mondiale de la santé²⁵ insiste d'ailleurs sur l'importance de logements sains, conçus et entretenus pour être salubres, confortables, sécuritaires, résilients aux aléas climatiques et adaptés aux limitations générales ou cognitives des occupants et occupantes. Les données empiriques confirment la relation entre le logement et la santé. À Toronto, une étude auprès de gens qui résident dans des maisons de chambres a montré que les déficiences générales du bâtiment (murs en mauvais état, humidité, manque d'entretien) étaient associées à une santé perçue significativement plus faible²⁶. De même, des travaux ont révélé que les logements nécessitant des réparations majeures augmentent le risque de maladies respiratoires

^{25.} World Health Organization, *op. cit.*

^{26.} Stephen Hwang, Rochelle Martin, George Tolomiczenko et John Hulchanski (2003). The relationship between housing conditions and health status of rooming house residents in Toronto. *Revue canadienne de santé publique*, 94 (6), 436-440. Toronto.

chroniques et d'infections²⁷. Les problèmes d'humidité et de moisissures apparaissent comme des vecteurs particulièrement puissants de vulnérabilité sanitaire, favorisant l'asthme et les symptômes respiratoires chez les enfants comme chez les adultes²⁸.

Par ailleurs, plusieurs études réalisées en zones climatiques tempérées et continentales humides, caractérisées par de grandes variations annuelles de températures (comme au Canada), indiquent que des interventions visant à améliorer l'efficacité énergétique des logements améliorent également la santé physique et engendrent une réduction significative des hospitalisations liées aux maladies respiratoires, notamment grâce à une moindre exposition aux moisissures et un meilleur confort thermique²⁹.

À ces effets respiratoires s'ajoute le risque de traumatismes. Les logements non adaptés aux capacités des résidents et résidentes, notamment les personnes âgées ou à mobilité réduite, accroissent les risques de chutes et d'accidents à domicile, qui constituent une des principales causes d'hospitalisation et de mortalité chez les aînés et aînées³⁰. Une analyse coûts-bénéfices a d'ailleurs montré que des modifications mineures du domicile visant la prévention des chutes (p. ex., l'installation de mains courantes, de barres d'appui dans les salles de bain, d'un éclairage extérieur adéquat, de surfaces antidérapantes dans les aires extérieures) permettraient de réaliser des économies en années de vie ajustées sur l'incapacité (QALYs) six fois supérieures aux coûts engagés sur un horizon temporel de

20 ans³¹. Au Québec, un rapport du ministère de la Santé et des Services sociaux³² du Québec indique qu'entre 2011 et 2016, les chutes ont entraîné annuellement plus de 19 000 hospitalisations et, entre 2008 et 2012, 900 décès. Sans quantifier la part des chutes attribuables aux conditions de logement, ce même rapport évoque que les modifications visant la prévention des chutes réduisent leur nombre de 19 %.

Par ailleurs, la dégradation générale du logement est fortement associée à des problèmes de santé mentale. Des logements présentant de l'humidité, de la moisissure, une isolation insuffisante ou des infestations parasitaires sont liés à une détérioration du bien-être psychologique³³. Les travaux montrent que ces environnements résidentiels favorisent

27. Directions régionales de santé publique de Lanaudière, des Laurentides, de Laval, de la Montérégie et de Montréal (2022). *Mémoire sur le projet de la politique métropolitaine d'habitation*. Mémoire présenté à la Communauté métropolitaine de Montréal; Dara Vlajkovic (2012). *Exploring the interconnections between housing and health: a review of the canadian literature*. Rapport de recherche. Université Ryerson.

28. Maud Emmanuelle Labesse, Ariane St-Louis, Josefina Ades, Éric Robitaille et Pascale Bergeron (2021). Logement et inégalités sociales de santé en temps de COVID-19: des stratégies pour des logements abordables et de qualité. Centre de référence sur l'environnement bâti et la santé.

29. Rebecca Bentley, Kate Mason, David Jacobs, Tony Blakely, Philippa Howden-Chapman, Ang Li, Gary Adamkiewicz et Aaron Reeves (2025). *Housing as a social determinant of health: a contemporary framework*. *The Lancet Public Health*, 10 (10), e855-e864.; Ade Kearns, Mohita Bhagat, David Rae, Andrew McGonigle, Eleanor Caldow, Lynsey Marquis et Caitlin Dove (2023). *Health gains from home energy efficiency measures: The missing evidence in the UK net-zero policy debate*. *Public Health in Practice*, 5, 100396.

30. Christine M. Wyndham-West, Allison Odger, James R. Dunn (2022). A narrative-based exploration of aging, precariousness and housing instability among low-income older adults in Canada. *Cities & Health*, 6(3), 587-601; Ted Rosenberg, Patrick Montgomery, Vi Hay, et Rory Lattimer (2019). *Using frailty and quality of life measures in clinical care of the elderly in Canada to predict death, nursing home transfer and hospitalization: The frailty and ageing cohort study*, *BMJ Open*. DOI:

31. Michael D. Keall, Nevili Pierse, Philippa Howden-Chapman, Jagadish Guria, Chris W. Cunningham et Michael G. Baker (2017). *Cost-benefit analysis of fall injuries prevented by a programme of home modifications: a cluster randomised controlled trial*. *Injury Prevention*, 23 (1), 22.

32. Burigusa, Guillaume (2018). *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile*, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

33. Eleanor Shiels, Mathew Toll, Kaya Grocott, Kate Mason, Rebecca Bentley et Ang Li (2025). *Impacts of housing condition interventions on mental health: a systematic review*, Centre of Research Excellence in Healthy Housing, Melbourne School of Population and Global Health, Université de Melbourne; Tayla Smith, Lisa Hawke, Gloria Chaim et Joanna Henderson (2017). *Housing instability and concurrent substance use and mental health concerns: an examination of Canadian youth*. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26 (3), 241-223.

des troubles anxieux et dépressifs, en partie en raison de l’insécurité ressentie face aux risques sanitaires et à la perte de contrôle sur son environnement immédiat³⁴.

Abordabilité et insécurité résidentielle

L’abordabilité du logement occupe une place centrale parmi les déterminants sociaux de la santé. Lorsque les ménages consacrent une part disproportionnée de leur revenu au logement, leurs marges budgétaires pour d’autres besoins essentiels — alimentation, soins de santé, transport — se trouvent fortement réduites. Cette contrainte économique a des effets directs et indirects sur la santé.

D’une part, l’inabordabilité du logement est l’un des déterminants les plus robustes de la détresse psychologique. Les ménages qui consacrent une part élevée de leur revenu au logement présentent des taux accrus d’anxiété et de dépression³⁵. Cette contrainte financière oblige de nombreux ménages à faire des arbitrages qui compromettent leur santé mentale³⁶ et renforcent le stress chronique³⁷.

D’autre part, l’inabordabilité du logement peut se traduire par une instabilité résidentielle³⁸. Celle-ci se définit par des déménagements fréquents, des expulsions ou la menace d’éviction. L’instabilité résidentielle

est associée à une augmentation du risque de maladies cardiovasculaires, d’hypertension, de mortalité prématuée et d’un faible état de santé autoévalué³⁹. Chez les enfants, cette instabilité entraîne des effets durables sur le développement général, émotionnel et intellectuel, ce qui se traduit à long terme par une vulnérabilité accrue à divers troubles de santé. En outre, la menace d’éviction ou la fréquence des déménagements amplifient ces effets en générant un sentiment d’insécurité et en fragilisant les réseaux sociaux, renforçant ainsi l’exposition aux inégalités sociales de santé⁴⁰.

34. Faye Sanders, Vilte Baltramaityte, Alexandre A. Lussier, Andrew D.A.C. Smith, Erin C. Dunn et Esther Walton (2024). Home and epigenome: DNA methylation as a link between poor housing quality and depressive symptoms, *medRxiv preprint*; Shakira F. Suglia, Cristiane S. Duarte et Megan T. Sandel (2011). Housing quality, housing instability, and maternal mental health. *Journal of Urban Health*, 88 (6), 1105-1116.

35. Kate Dotsikas, David Osborn, Kate Walters et Jennifer Dykxhoorn (2023). Trajectories of housing affordability and mental health problems: a population-based cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 58, 769-778. DOI: 10.1007/s00127-022-02314-x; Snehal N. Shah, Alan Fossa, Abigail S. Steiner, John Kane, Jonathan I. Levy, Gary Adamkiewicz, Willie Mae Bennett-Fripp et Margaret Reid (2018). Housing quality and mental health: the association between pest infestation and depressive symptoms among public housing residents, *Journal of Urban Health*, 95 (5), 691-702.

36. Daniela D’Alessandro et Letizia Appolloni (2020). Housing and health: an overview. *Annali di Igiene: Medicina Preventiva e di Comunità*, 32 (5, suppl. 1), 17-26; Directions régionales de santé publique de Lanaudière, des Laurentides, de Laval, de la Montérégie et de Montréal, *op. cit.*; Nabihah Maqbool, Janet Viveiros et Mindy Ault (2015). The impacts of affordable housing on health: A research summary. *Insights from Housing Policy Research*, Center for Housing Policy; Enterprise Community Partners (2014). *Impact of affordable housing on families and communities: a review of the evidence base*; Jia Hu et Rebecca Hasdell (2024). Housing: an important determinant of health. *BC Medical Journal*, 66 (9), 356-358.

37. Amelia Simpson, Luís Filipe, Valerio Benedetto et James Hill (2024). The impacts of housing conditions on physical and mental health: A critical mini-review informed by a rapid conversion of evidence from Alidoust et Huang (2021). *Frontiers in Environmental Health*, 3; Mental Health Commission of Canada (2023). *Mental health and the high cost of living: Policy brief*.

38. Enterprise Community Partners (2014). Impact of affordable housing on families and communities: A review of the evidence base.; Nargis Maqbool, Janet Viveiros et Mindy Ault, *op. cit.*

39. Margot B. Kushel, Reena Gupta, Lauren Gee et Jennifer S. Haas (2006). Housing instability and food insecurity as barriers to health care among low-income Americans. *Journal of General Internal Medicine*, 21 (1), 71-77; Jia Hu et Rebecca Hasdell, *op. cit.*; Megan E. Marziali, Silke Hansen, Katherine W. Kooij, Michael Budu, Monica Ye, Cassidy Tam, Taylor McLinden, Scott D. Emerson, Julio S.G. Montaner, Surita Parashar et Robert S. Hogg (2025). *Housing matters: The long-term impact of stable housing on mortality among people with HIV in British Columbia, Canada*. *Social Science & Medicine*, 367, 117713.

40. Timothy Ludlow, Jonas Fooken, Christiern Rose et Kam Tang (2022). Incorporating financial hardship in measuring the mental health impact of housing stress. *arXiv preprint*, arXiv:2205.01255.

Surpeuplement et espace résidentiel

La taille et la densité du logement représentent un autre déterminant de la santé générale. Les ménages vivant dans des logements de taille insuffisante présentent davantage de symptômes respiratoires et un risque accru d'infections transmissibles⁴¹. Le surpeuplement favorise la propagation des maladies infectieuses et accentue l'exposition aux agents pathogènes, particulièrement chez les jeunes enfants⁴².

Au-delà des maladies transmissibles, le manque d'espace entraîne des effets psychosociaux notables: stress physiologique chronique, tensions interpersonnelles et comportements agressifs. Chez les enfants, l'absence d'espace suffisant et d'intimité

est associée à des difficultés de développement émotionnel et cognitif, dont les effets peuvent persister jusqu'à l'âge adulte⁴³. Pour les adultes, vivre dans un espace trop restreint accroît la probabilité de détresse psychologique et de conflits familiaux⁴⁴. Ces effets ont été particulièrement visibles lors des périodes de confinement liées à la pandémie de COVID-19, où les ménages résidant dans des logements exiguës ont subi une aggravation notable de leur niveau de stress et une détérioration générale de leur santé⁴⁵.

Environnement résidentiel et conditions de voisinage

L'effet du logement sur la santé ne se limite pas à ses caractéristiques internes; l'environnement résidentiel élargi joue un rôle tout aussi déterminant. La proximité de sources de pollution, telles que les grands axes routiers ou les zones industrielles, est associée à une incidence accrue de maladies respiratoires et cardiovasculaires⁴⁶. De plus, la qualité du quartier et l'accès à des services et infrastructures sanitaires, alimentaires et de transport influencent directement la santé générale⁴⁷.

L'effet du logement sur la santé mentale s'étend à l'environnement résidentiel plus large. La proximité de sources de nuisances,

41. Geneviève Hamel et David Talbot, *op. cit.*; Comité sur les mesures populationnelles (2020). *COVID-19: mesures sanitaires recommandées pour la population générale*, Institut national de santé publique du Québec.

42. Diane Bélanger, Pierre Gosselin, Pierre Valois et Belkacem Abdous (2015). *Caractéristiques et perceptions du quartier et du logement associées aux impacts sanitaires néfastes auto-rapportés lorsqu'il fait très chaud et humide en été dans les secteurs urbains les plus défavorisés: étude transversale dans 9 villes du Québec*. rapport R1568. INRS, INSPQ et CHU de Québec.

43. National Housing Federation (2020). *Housing issues during lockdown: Health, space and overcrowding*, National Housing Federation.

44. Frédérique Brouillard (2017). *Exploration de l'effet de la salubrité du logement et de l'environnement bâti sur la santé mentale et le bien-être*. Mémoire de maîtrise. École de santé publique de l'Université de Montréal; Julia Woodhall-Melnik, James R. Dunn, Israa Dweik, Caroline Monette, Emmanuel Nombro, Joanna Pappas, Alyssa Lamont, Deborah Dutton, Sharon Doucet, Amanda Luke, Flora I. Matheson, Ruth Nisenbaum, Vicky Stergiopoulos et Carol Stewart (2022). *NB housing study protocol: investigating the relationship between subsidized housing, mental health, physical health and healthcare use in New Brunswick, Canada*. *BMC Public Health*, 22, 2448.

45. Anne C. Gadermann, Kimberly C. Thomson, Chris G. Richardson, Monique Gagné, Corey McAuliffe, Saima Hirani et Emily Jenkins (2021). Examining the impacts of the COVID-19 pandemic on family mental health in Canada: findings from a national cross-sectional study. *BMJ Open*, 11 1, e042871. doi: 10.1136/bmjopen-2020-042871; Emily Jenkins, Corey McAuliffe, Saima Hirani, Chris Richardson, Kimberly C. Thomson, Liza McGuinness, ... Anne Gadermann (2020). A portrait of the early and differential mental health impacts of the COVID-19 pandemic in Canada: Findings from the first wave of a nationally representative cross-sectional survey. *Preventive Medicine*, 145, 106333.

46. Centre de recherche en santé publique, Institut national de santé publique du Québec (2020). *Logement de qualité*, OPUS, 3, CREBS/INSPQ; Carol E. Adair, Brianna Kopp, Jennifer Lavoie, Jino Distasio, Stephen W. Hwang, Aimee Watson, ... Paula Goering (2014). *Development and initial validation of the Observer-Rated Housing Quality Scale (OHQS) in a multisite trial of housing first*. *Journal of Urban Health*, 91(2), 242–255.

47. Daniela D'Alessandro et Letizia Appolloni, *op. cit.*; Gina Peek, Kimberly Greder et Ann Berry (2023). *Relationship between home environment and healthy living*, *Housing and Society*, 50 (1), 35-48.

comme le bruit routier ou la pollution atmosphérique, est associée à une augmentation de la détresse psychologique et des troubles anxieux⁴⁸. De plus, vivre dans un quartier défavorisé, mal desservi en services et en infrastructures, contribue à renforcer le sentiment d'exclusion sociale et à accroître la prévalence des troubles dépressifs⁴⁹.

Vulnérabilités sociales et cumul des risques

Les effets délétères des conditions de logement sont loin d'être uniformes : ils s'intensifient lorsqu'ils se conjuguent à d'autres formes de vulnérabilité sociale.

Chez les **enfants**, l'exposition précoce à un logement inadéquat est associée à des troubles du comportement, à un rendement scolaire inférieur et à des effets durables sur le développement émotionnel et cognitif. Le

surpeuplement et l'insalubrité constituent des facteurs de risque particulièrement marqués pour cette population vulnérable⁵⁰. De plus, l'instabilité résidentielle est associée négativement aux fonctions exécutives chez des enfants d'âge scolaire — c'est-à-dire à la capacité de contrôler leurs comportements et leurs émotions —, à la fois directement et indirectement par le biais d'une disponibilité affective et cognitive diminuée chez la mère⁵¹. Les atteintes aux fonctions exécutives ont à leur tour des conséquences sur la gestion des comportements affectifs et les dynamiques relationnelles intimes à l'âge adulte⁵².

Chez les **personnes âgées** présentent également une vulnérabilité accrue face aux conditions thermiques extrêmes et aux risques de chute. Chez elles, la présence d'escaliers non adaptés, des logements mal isolés ou

des dispositifs de sécurité déficients accroissent la probabilité d'accidents domestiques et représentent l'une des principales causes d'hospitalisation et de mortalité⁵³. Cette fragilité est encore plus marquée chez les personnes âgées en milieu rural, particulièrement les femmes, qui cumulent pauvreté et accès limité aux services de soutien⁵⁴. Chez ces dernières, l'instabilité résidentielle et la précarité du logement sont fortement associées à une détresse psychologique accrue, en raison notamment du cumul avec les responsabilités familiales.

Chez les **populations autochtones** au Canada et au Québec sont parmi les plus touchées par l'inadéquation du logement. En 2021⁵⁵, 16,4% des ménages autochtones en milieux urbains avaient des besoins impérieux en matière de logement contre 5,7% chez les allochtones. Le surpeuplement demeure

48. Shirmin Bintay Kader, Md Sabbir Ahmed, Kristen Desjarlais-deKlerk, Xavier Leloup, Laurence Simard, Catherine Leviten-Reid et Nazeem Muhajarine (2024). Rental housing type and self-reported general health and mental health status: Evidence from the Canadian Housing Survey 2018-2019. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21 (9), 1181. doi: 10.3390/ijerph2109118; Mental Health Commission of Canada (2023). *Mental health and the high cost of living: Policy brief*, Mental Health Commission of Canada.

49. Julia Woodhall-Melnik, James R. Dunn, Israa Dweik, Caroline Monette, Emmanuel Nombro, Joanna Pappas, Alyssa Lamont, Deborah Dutton, Sharon Doucet, Amanda Luke, Flora I. Matheson, Ruth Nisenbaum, Vicky Stergiopoulos et Carol Stewart, *op. cit.*

50. Gary W. Evans, Nancy M. Wells, Hoi-Yan. E. Chan et Heidi Saltzman (2000). Housing quality and mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (3), 526-530.

51. Krysta Andrews, James R. Dunn, Heather Prime, Eric Duku, Leslie Atkinson, Ashwini Tiwari et Andrea Gonzalez (2021). *Effects of household chaos and parental responsiveness on child executive functions: a novel, multi-method approach*. *BMC Psychology*, 9, 147.

52. Klaus E. Grossmann, Karin Grossmann et Everett Waters (2006). *Attachment from infancy to adulthood: the major longitudinal studies*, Guilford Publications.

53. Paula Goering, Carol Hwang et Vicky Aubry (2010). Housing as a social determinant of health: findings from Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 101 (S3), S11-S14; Jacques Légaré et Marie Beaulieu (2018). *Vieillissement et logement au Québec: défis et enjeux pour la santé publique*, Institut national de santé publique du Québec.

54. Susan E. Phillips et Amy C. Maynard (2020). Gender, housing and health inequalities in Canada: Evidence and policy implications. *Social Science & Medicine*, 258, 113119; Mylène Riva et Anne Gadermann (2019). Housing inequalities and gender in Canada: A public health perspective. *Canadian Journal of Public Health*, 110 (1), 58-66.

55. Statistique Canada (2022). *Les conditions de logement des Premières Nations, des Métis et des Inuits au Canada selon les données du recensement de 2021*.

particulièrement prononcé : 17,1 % des Autochtones vivent dans un logement qui ne correspond pas à la taille recommandée selon la Norme nationale d'occupation, contre 9,4 % pour les allochtones. Au Québec, 15 % des ménages autochtones en milieux urbains habitent des logements nécessitant des réparations majeures et 14 %, dans des logements surpeuplés.

La situation est particulièrement critique chez les Inuits et Inuites. Au Nunavik, près de 47 % de la population vivait dans un logement surpeuplé. L'Enquête sur les besoins en logement au Nunavik a révélé que les 3 517 ménages recensés comprenaient 893 familles en état excédentaire et que, dans certains cas, jusqu'à 7 familles partageaient un même logement⁵⁶.

Dans ce contexte, le surpeuplement affecte profondément le bien-être des familles inuites, générant des expériences chroniques de tensions sociales, d'instabilité résidentielle (évictions, itinérance cachée) et de sentiment d'impuissance par rapport à l'avenir⁵⁷.

En cohérence avec ces constats, des études menées au Nunavut et au Nunavik montrent que la réduction du surpeuplement, notamment du nombre d'adultes par ménage, est associée à une diminution significative de la détresse psychologique chez les adultes ayant été relogés dans un nouveau logement social⁵⁸.



Les données de Statistique Canada concernant les populations autochtones doivent être interprétées avec prudence. Elles comportent plusieurs limites méthodologiques, notamment la sous-représentation des populations autochtones vivant en milieux urbains, la non-participation de certaines communautés au processus de recensement et les disparités importantes entre les nations quant aux conditions et approches en matière de logement (par exemple, Wendake et Cacouna présentent des réalités très différentes). De plus, le recours à l'autodéclaration de l'identité autochtone introduit un biais supplémentaire, particulièrement sensible au Québec, où certaines personnes s'identifient comme autochtones sans avoir obtenu la reconnaissance par les communautés concernées.

56. Kativik Municipal Housing Bureau (2021). *Social Housing Needs Assessment Report for the 14 Inuit Communities of Nunavik*. rapport préparé par MNP Consulting Services.

57. Karine Perreault, Josée Lapalme, Louise Potvin et Mylène Riva (2022). *“We’re Home Now”: How a Rehousing Intervention Shapes the Mental Well-Being of Inuit Adults in Nunavut, Canada*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (11), 6432.; Thomas Anderson (2015). *The social determinants of higher mental distress among Inuit* (ISBN 978-0-660-03137-8). Statistique Canada.; Mohammad Hajizadeh, Amy Bombay et Yukiko Asada (2019). *Socioeconomic inequalities in psychological distress and suicidal behaviours among Indigenous peoples living off-reserve in Canada*. *Canadian Medical Association Journal*, 191 (12), E325–E336.

58. Karine Perreault, Philippe Dufresne, Louise Potvin et Mylène Riva (2023). *Housing as a determinant of Inuit mental health: Associations between improved housing measures and decline in psychological distress after rehousing in Nunavut and Nunavik*. *Canadian Journal of Public Health*, 114, 241-253.

D'autres groupes sociaux font face à des vulnérabilités spécifiques. Les personnes **2ELGBTQIA+**, par exemple, rencontrent fréquemment des obstacles liés à la discrimination dans l'accès au logement, ce qui se traduit par une surreprésentation dans l'itinérance et une prévalence plus élevée de troubles de santé mentale⁵⁹. De même, les **personnes vivant avec le VIH** sont particulièrement affectées par l'instabilité résidentielle et la mauvaise qualité du logement, qui influencent négativement leur qualité de vie générale et psychologique. Ces inégalités s'expliquent en partie par des taux de pauvreté plus élevés, la stigmatisation persistante et le coût élevé des traitements⁶⁰.

Enfin, les **personnes en situation de handicap** vivent des contraintes résidentielles particulièrement sévères. Le manque de logements accessibles, adaptés et financièrement abordables fait que leur domicile devient souvent une « prison domestique », limitant leur autonomie, leur participation sociale et leur bien-être. L'absence d'adaptations physiques adéquates — telles que

des rampes d'accès, des ascenseurs fonctionnels ou des aménagements ergonomiques — entraîne non seulement une détérioration de la santé physique, mais aussi un isolement psychologique et social marqué⁶¹.

Enfin, au-delà des appartenances identitaires, les **vulnérabilités économiques et structurelles** jouent un rôle central. L'instabilité professionnelle, la précarité économique et les discriminations systémiques accroissent le risque de demeurer dans des environnements inadéquats. Le cumul de ces facteurs contribue à accentuer les inégalités sociales de santé⁶².

59. Jack Jenkinson et Michael Abramovich (2021). *Housing and health among LGBTQ+ populations in Canada: A scoping review*. Canadian Observatory on Homelessness.

60. Jean Bacon et Sean Rourke (2020). *Housing and health for people living with HIV in Ontario*. HIV Treatment Network.

61. Commission canadienne des droits de la personne et Bureau du défenseur fédéral du logement (2024). *Le droit au logement des personnes en situation de handicap : Cadre de surveillance*. Gouvernement du Canada. ISBN: 978-0-660-75020-0; Office des personnes handicapées du Québec. (2022). *Les personnes avec incapacité au Québec: un portrait à partir des données de l'Enquête canadienne sur l'incapacité de 2017: Habitation et besoins en aménagements spéciaux du logement* (vol. 5). Gouvernement du Québec.

62. Timothy Ludlow, Jonas Fooken, Christiern Rose et Kam Tang, *op. cit.*; Anne Gadermann, Anita Minh et Arjumand Siddiqi (2020). *Housing and health inequalities: a review of evidence from Canada*. *Canadian Journal of Public Health*, 111 (3), 395-408.

Effets du logement inadéquat sur l'insécurité alimentaire

L'insécurité alimentaire renvoie à un accès inadéquat ou incertain à des aliments nutritifs, principalement pour des raisons financières. Elle constitue, au même titre que le logement inadéquat, un déterminant social de la santé. Lorsque ces deux formes de précarité se conjuguent, leurs effets cumulatifs amplifient les inégalités sociales. Ces deux dimensions ne s'additionnent pas seulement : elles interagissent de façon cumulative, fragilisant les ménages sur le plan général, mental et social. Les études canadiennes et internationales mettent en évidence un cercle vicieux : le coût élevé du logement affecte la capacité de se nourrir adéquatement, tandis que l'insécurité alimentaire rend plus difficile le maintien d'un logement stable et sécuritaire⁶³.

Inabordabilité

La littérature converge sur un mécanisme central : le poids des coûts de logement sur le revenu disponible contraint les dépenses alimentaires. Lorsque plus de 30 à 50 % du revenu est consacré au logement, les ménages réduisent leurs achats alimentaires ou se tournent vers des aliments moins nutritifs⁶⁴. Ce phénomène est particulièrement marqué au sein des familles à faible revenu, qui doivent arbitrer entre le paiement du loyer, les factures d'énergie et la nourriture. Au Canada, plusieurs enquêtes nationales confirment cette dynamique : les ménages en situation de « besoin impérieux de logement » — c'est-à-dire, selon la SCHL, dont l'habitation n'est pas conforme à au moins une des normes d'acceptabilité (qualité, taille ou abordabilité) et pour lesquels le coût des logements acceptables du marché local représente au moins 30 % du revenu avant impôt — présentent un risque

d'insécurité alimentaire 3,5 fois plus élevé que celui des autres ménages⁶⁵.

Le statut d'occupation du logement apparaît comme un déterminant central de l'insécurité alimentaire. Les ménages propriétaires sont significativement moins exposés que les locataires du marché privé. En 2022, les locataires affichaient des taux d'insécurité alimentaire, toutes formes confondues, près de trois fois supérieurs à ceux observés parmi les ménages propriétaires de leur logement⁶⁶. Au sein de ces derniers, le risque d'insécurité alimentaire augmente significativement lorsque les dépenses de logement excèdent 30 % du revenu, et il s'aggrave davantage en présence d'arriérés de loyer. Dans ces situations, les familles sont souvent contraintes de compromettre la qualité de leur logement, illustrant ainsi l'effet direct des contraintes budgétaires sur la capacité à répondre aux besoins essentiels⁶⁷. Plus largement, les contraintes de

63. Yunhee Chang, Swarn Chatterjee et Jinhee Kim (2014). Household finance and food insecurity. *Journal of Family and Economic Issues*, 35 (4), 499-515; Andrée-Anne Fafard St-Germain et Valerie Tarasuk (2017). High vulnerability to household food insecurity in a sample of Canadian renter households in government-subsidized housing. *Canadian Journal of Public Health*, 108 (2), e129-e134.; Baorong Guo (2011). Household assets and food security: Evidence from the Survey of Program Dynamics. *Journal of Family and Economic Issues*, 32 (1), 98-110.

64. Ruojun Liu, Marcelo L. Urquia et Valerie Tarasuk (2023). The prevalence and predictors of household food insecurity among adolescents in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 114 (3), 453-463. doi: 10.17269/s41997-022-00737-2; Institut national de santé publique du Québec (2024). *op. cit.*

65. Sandy Torres, *op. cit.*; Catherine L. Mah, Bruce Knox, Meghan Lynch et Lynn McIntyre. (2022). Who is food insecure? Political storytelling on hunger, household food choices, and the construction of archetypal populations. *Journal of Hunger & Environmental Nutrition*, 17 (1), 108-125.; Sharon I. Kirkpatrick et Valerie Tarasuk (2011). Housing circumstances are associated with household food access among low-income urban families. *Journal of Urban Health*, 88 (2), 284-296.

66. Sandy Torres, *op. cit.*

67. Sharon I. Kirkpatrick et Valerie Tarasuk, *op. cit.*

liquidité et l'absence d'épargne renforcent la probabilité de vivre l'insécurité alimentaire, alors que la possession d'actifs financiers ou immobiliers exerce un effet protecteur en amortissant les chocs de revenu⁶⁸.

Surpeuplement et qualité du logement

Les conditions matérielles du logement influencent également l'insécurité alimentaire. Le surpeuplement et l'insalubrité limitent les capacités de stockage, de préparation et de consommation des repas. Ces contraintes accentuent la dépendance aux aliments transformés ou aux services alimentaires externes⁶⁹. Pour les enfants, ces conditions se traduisent par une alimentation de moindre qualité et un risque accru de problèmes de développement et de santé⁷⁰.

Instabilité résidentielle

L'instabilité résidentielle constitue un autre mécanisme clé. Les expulsions, les déménagements fréquents ou la menace d'éviction entraînent une désorganisation des routines alimentaires et réduisent l'accès à certains réseaux d'entraide ou à des services communautaires (banques alimentaires, programmes de repas scolaires). Des études longitudinales ont montré que les ménages ayant connu une instabilité résidentielle sont deux à trois fois plus susceptibles de vivre de l'insécurité alimentaire modérée ou sévère⁷¹. Cette relation s'explique à la fois par la perte de ressources financières et par le stress psychosocial lié à l'instabilité résidentielle.

68. Yunhee Chang, Swarn Chatterjee et Jinhee Kim, *op cit.*; Baorong Guo, *op. cit.*

69. Andrée-Anne Fafard St-Germain et Valerie Tarasuk. (2020). [Homeownership status and risk of food insecurity: examining the role of housing debt, housing expenditure and housing asset using a cross-sectional population-based survey of Canadian households](#). *International Journal for Equity in Health*, 19, 5.; Valerie Tarasuk et al. (2015), *op. cit.*

70. Federico Roncarolo, Geneviève Mercille, Mylène Riva, Elsury Pérez, Rosanne Blanchet, Mabel Carabali, ... Louise Potvin (2023). [The Pathways study: A cohort study of new food-aid users in rural, semi-urban, and urban areas of Quebec, Canada](#). *BMC Public Health*, 23, 163931607.

71. Urshila Sriram et Valerie Tarasuk (2016). [Economic predictors of household food insecurity in Canadian metropolitan areas](#). *Journal of Hunger & Environmental Nutrition*, 11 (1), 1-13.

Effets de l'insécurité alimentaire sur la santé

Santé générale

L'insécurité alimentaire s'accompagne de lourdes conséquences sur la santé générale, qui s'expriment de manière graduelle selon son intensité. En Ontario, une étude⁷² a montré une progression nette des coûts annuels de soins de santé pour le système public : comparativement aux ménages en situation de sécurité alimentaire, les dépenses publiques étaient supérieures de 16 % pour les ménages en insécurité alimentaire marginale, de 32 % pour ceux en insécurité modérée et de 76 % pour ceux en insécurité sévère. Ces coûts incluaient un large éventail de services couverts par l'assurance publique, notamment les hospitalisations, les visites à l'urgence, les consultations médicales, les chirurgies d'un jour, les soins à domicile et les médicaments. L'étude démontre ainsi que l'insécurité alimentaire constitue non seulement un facteur de vulnérabilité individuelle, mais également une charge économique accrue pour le système

de santé collectif. À l'échelle canadienne, l'insécurité alimentaire est fortement associée à une mortalité prématûrée. Les adultes en insécurité alimentaire sévère vivent en moyenne neuf années de moins que les adultes en sécurité alimentaire. Chez les personnes à faible revenu âgées de 52 à 64 ans, cette vulnérabilité se traduit par une probabilité significativement réduite de survivre jusqu'à 65 ans, ce qui implique une perte d'années de vie avant même l'accès aux pensions de retraite⁷³.

Parallèlement, une étude transversale⁷⁴ met en évidence une association forte entre l'insécurité alimentaire et les maladies cardio-vasculaires (MCV). Les adultes vivant une telle insécurité présentent une probabilité de 2 à 4 fois plus élevée de souffrir de MCV, et le risque de coronaropathie est estimé à environ 75 % plus élevé en cas d'insécurité alimentaire modérée et sévère. Au-delà des maladies chroniques, l'insécurité alimentaire est aussi liée à un risque accru de

blessures nécessitant une prise en charge d'urgence, notamment des blessures intentionnelles (automutilation, violence) et non intentionnelles (chutes, empoisonnements). Ce risque s'élève à 16 % chez les gens vivant une insécurité alimentaire modérée et atteint 35 % parmi ceux en insécurité alimentaire sévère, comparativement aux personnes en situation de sécurité alimentaire.

Santé mentale

Les répercussions de l'insécurité alimentaire sont encore plus prononcées sur la santé mentale. Les analyses de cohortes canadiennes et nord-américaines révèlent une relation progressive et systématique : à mesure que la gravité de l'insécurité alimentaire augmente, la prévalence des troubles mentaux et le recours aux soins s'intensifient⁷⁵.

Chez les femmes enceintes, les carences nutritionnelles ont des répercussions importantes sur la santé maternelle et fœtale. Un

72. Fei Men, Marcelo L. Urquia et Valerie Tarasuk (2021). *Examining the relationship between food insecurity and causes of injury in Canadian adults and adolescents*. *BMC Public Health*, 21, 1557.

73. Fei Men et Valerie Tarasuk (2020). *Severe food insecurity associated with mortality among lower-income Canadian adults approaching eligibility for public pensions: a population cohort study*. *BMC Public Health*, 20 (1), 1484.

74. Fei Men, Marcelo L. Urquia et Valerie Tarasuk (2021). *op. cit.*

75. Baorong Guo, *op. cit.*; Geneviève Jessiman-Perreault et Lynn McIntyre (2017). The household food insecurity gradient and potential reductions in adverse population mental health outcomes in Canadian adults. *SSM — Population Health*, 3, 464-472. doi: 10.1016/j.ssmph.2017.05.013; Fei Men, Frank J. Elgar et Valerie Tarasuk (2021). Food insecurity is associated with mental health problems among Canadian youth. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 75 (8), 741-748. doi: 10.1136/jech-2020-216149.

apport insuffisant en nutriments essentiels, notamment en calcium, est associé à une augmentation du risque de prééclampsie — une complication de la grossesse caractérisée par une hypertension et une atteinte possible des reins — ainsi qu'à une fragilisation de la santé osseuse après l'accouchement⁷⁶. De plus, l'insécurité alimentaire pendant la grossesse est corrélée à une probabilité presque doublée de développer des troubles mentaux post-partum (risque relatif [RR] = 1,86). Le risque relatif est un indicateur épidémiologique permettant de comparer la probabilité qu'un événement de santé survienne dans un groupe exposé par rapport à un groupe non exposé. Ainsi, un RR de 1,86 signifie que les femmes enceintes en situation d'insécurité alimentaire ont 86 % plus de risques de présenter un trouble mental post-partum que celles en sécurité alimentaire. Les effets se prolongent également dans la sphère des enfants : l'insécurité alimentaire parentale est associée à une augmentation des consultations en urgence pour motifs psychosociaux et à une fragilisation du bien-être émotionnel dès la première année de vie⁷⁷.

Plus largement, l'insécurité alimentaire contribue à une perte d'années de vie en bonne santé mentale, notamment par une hausse des décès par suicide documentée dans les études canadiennes⁷⁸. Enfin, les données jumelées aux dossiers administratifs en Ontario confirment que les adultes en insécurité alimentaire consultent davantage pour des motifs psychologiques et génèrent des coûts de santé mentale significativement plus élevés, ce qui se traduit par une charge accrue pour le système de santé⁷⁹.

En somme, les résultats de la littérature démontrent que le logement, la santé et l'insécurité alimentaire s'entrecroisent dans une série de mécanismes. La qualité physique et environnementale des logements, leur taille, leur abordabilité et la stabilité résidentielle, conjuguées aux vulnérabilités sociales, influencent directement et indirectement la santé générale et mentale des individus. L'inadéquation du logement alimente l'insécurité alimentaire, qui à son tour fragilise la santé. Cette triple articulation entre logement, insécurité alimentaire et santé illustre l'importance de considérer

le logement non seulement comme un droit fondamental, mais aussi comme un déterminant central de la santé.

76. Christopher S. Kovacs (2016). *Maternal mineral and bone metabolism during pregnancy, lactation, and post-weaning recovery*. *Physiological Reviews*, 96 (2), 449-547.

77. Valerie Tarasuk, Craig Gundersen, Xuesong Wang, Daniel E. Roth et Marcelo L. Urquia (2020). Maternal food insecurity is positively associated with postpartum mental disorders in Ontario, Canada. *The Journal of Nutrition*, 150 (11), 3033-3040. doi: 10.1093/jn/nxaa240.

78. Fei Men, Craig Gundersen, Marcelo L. Urquia et Valerie Tarasuk (2020). Association between household food insecurity and mortality in Canada: a population-based retrospective cohort study. *Canadian Medical Association Journal*, 192 (3), E53-E60. doi: 10.1503/cmaj.190385.

79. Valerie Tarasuk *et al.*, *op. cit.*

02 Méthodologie



Pour quantifier les coûts de santé générale et mentale attribuables à des conditions de logement inadéquates au Québec, cette étude combine plusieurs bases de données de Statistique Canada:

- L'Enquête canadienne sur le logement (ECL) de 2022;
- L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2023;
- L'Enquête canadienne sur le revenu (ECR) de 2023.

L'approche repose sur une modélisation des liens entre les conditions de logement et la santé, suivie d'une estimation des coûts de soins, puis de l'application de la méthode des fractions attribuables (FA) pour isoler la part de ces coûts directement liée aux logements inadéquats. L'analyse intègre également une estimation des coûts indirects associés à l'insécurité alimentaire. Une analyse différenciée selon les sexes et intersectionnelle (ADS+) est intégrée à chaque étape afin de mieux rendre compte des inégalités vécues par certains groupes sociodémographiques.

Définition des conditions de logement inadéquat

Trois dimensions sont mobilisées pour définir un logement inadéquat: la taille, la qualité et l'abordabilité.

TAILLE INSUFFISANTE: dans l'ECL comme dans l'ECR, un logement est considéré comme étant de taille insuffisante lorsqu'il ne satisfait pas à la Norme nationale d'occupation, qui prescrit un nombre minimal de chambres selon la taille et la composition du ménage.

MAUVAISE QUALITÉ DU LOGEMENT: dans l'ECL comme dans l'ECR, la qualité du logement est appréhendée par une même définition générale, soit la présence de besoins de réparations majeures, un indicateur largement mobilisé dans les recherches sur le logement inadéquat. L'ECL permet cependant d'élargir cette mesure en intégrant d'autres dimensions, reposant sur la déclaration d'au moins un des problèmes suivants: moisissures ou humidité excessive, infestation d'insectes ou de rongeurs, mauvaise qualité de l'air intérieur ou eau non potable. Enfin, dans l'analyse descriptive croisant la qualité du logement et l'état de santé autoévalué, une variable supplémentaire a été introduite pour tenir compte de l'environnement résidentiel, soit la présence de pollution atmosphérique dans le quartier.

INABORDABILITÉ: elle désigne la part du revenu total du ménage avant impôt consacrée aux dépenses mensuelles de logement. Trois seuils ont été retenus — inférieur à 30 %, entre 30 % et 50 %, et supérieur à 50 % — afin de mieux évaluer l'effet graduel de l'effort financier sur la santé et l'insécurité alimentaire.

Ces variables sont croisées avec l'état de santé générale et mentale autoévalué, généralement mesuré sur une échelle à cinq modalités allant d'« excellent » à « mauvais ». Pour les besoins de l'analyse, cette variable a été recodée en deux catégories: « mauvaise santé » (passable ou mauvais) et « bonne santé », regroupant les modalités « excellent » et « très bon ». La modalité « bon » a été écartée afin d'éviter une interprétation ambiguë et est considérée comme neutre dans la présente analyse. L'utilisation de cet indicateur est justifiée par la place centrale que la santé autoévaluée occupe dans la littérature scientifique. Comme le souligne Nicolas Duvoux, « l'indicateur de santé autoévaluée figure parmi les prédicteurs extrêmement robustes du développement de pathologies, parfois même meilleurs que les variables objectives », notamment parce qu'il permet « de saisir des aspects subtils

des différenciations sociales⁸⁰ ». Cette capacité à combiner dimensions objectives et subjectives en fait un outil privilégié pour l'analyse des inégalités de santé.

Statistique Canada considère d'ailleurs la santé générale et la santé mentale autoévaluées comme des indicateurs principaux de la qualité de vie au Canada, aux côtés d'indicateurs de référence tels que l'espérance de vie ou l'état fonctionnel, ce qui leur confère un statut unique dans l'évaluation globale du bien-être⁸¹. Les études longitudinales confirment aussi la pertinence de cet indicateur: il permet de prédire le risque de mortalité à court terme (moins de 10 ans) presque aussi bien que les évaluations cliniques objectives de l'état de santé⁸². De même, les analyses de cohortes révèlent qu'une meilleure santé autodéclarée est fortement associée à un risque de mortalité plus faible, ce qui souligne sa capacité à refléter l'état physiologique global de l'organisme⁸³.

Quant à l'insécurité alimentaire, elle est mesurée à l'aide du module d'enquête sur la sécurité alimentaire des ménages (MESAM) de l'ESCC et de l'ECR, qui distingue

trois niveaux de gravité (marginale, modérée, sévère). Cette variable est également recodée de façon binaire, opposant les ménages en situation de sécurité alimentaire à ceux vivant une forme quelconque d'insécurité alimentaire.

Des modèles de régression logistique ajustés ont été utilisés pour estimer les associations entre les dimensions du logement inadéquat (qualité, taille et abordabilité) et les indicateurs de santé. Les modèles incluent à la fois des effets principaux et des effets d'interaction afin de tenir compte des effets cumulatifs et conjoints de ces dimensions. Plus précisément, les interactions deux à deux (qualité \times taille, qualité \times abordabilité, taille \times abordabilité) et l'interaction à trois voies (qualité \times taille \times abordabilité) ont été intégrées.

Cette spécification permet de mesurer non seulement l'effet propre de chaque dimension du logement, mais aussi les effets combinés observés lorsque plusieurs dimensions sont présentes simultanément. En effet, lorsque plusieurs formes du logement inadéquat se cumulent (par exemple, un

logement à la fois de taille insuffisante et de mauvaise qualité), il existe un effet cumulatif qu'il est possible de capter par ces variables multiplicatives.

Les modèles sont ajustés pour l'âge, le sexe, le niveau de revenu, la scolarité, le statut migratoire, l'appartenance à une minorité visible, le mode d'occupation (locataire ou propriétaire) et le type de ménage.

ÉTAPE 1

Estimation du fardeau attribuable au logement inadéquat

Afin de quantifier l'incidence spécifique aux conditions de logement inadéquates sur la santé, nous avons mobilisé la méthode des fractions attribuables (FA). Couramment utilisée en santé publique, cette méthode permet d'estimer la proportion de cas de mauvaise santé qui pourrait théoriquement être évitée si les expositions à un facteur de risque — ici, le logement inadéquat — étaient éliminées de la population. Son application est bien documentée dans le contexte d'autres déterminants environnementaux et comportementaux, tels que le

80. Duvoux Nicolas (2023). *L'avenir confisqué: inégalités de temps vécu, classes sociales et patrimoine*. PUF.

81. Statistique Canada (2021). *Carrefour de la qualité de vie du Canada*.

82. Maarit Wuorela, Sirkku Lavonius, Marika Salminen, Tero Vahlberg, Matti Viitanen et Laura Viikari (2020). *Self-rated health and objective health status as predictors of all-cause mortality among older people: a prospective study with a 5-, 10-, and 27-year follow-up*. *BMC Geriatrics*, 20, 120.

83. Geir Lorem, Sarah Cook, David A. Leon, Nina Emaus & Henrik Schirmer (2020). *Self-reported health as a predictor of mortality: a cohort study of its relation to other health measurements and observation time*. *Scientific Reports*, 10, 4886. doi: 10.1038/s41598-020-61603-0.

tabagisme⁸⁴ ou la pollution atmosphérique⁸⁵, et elle a également été utilisée dans plusieurs études portant précisément sur les effets du logement sur la santé⁸⁶.

Pour appliquer cette méthode, les rapports de cotes (odds ratios [OR]) issus des régressions logistiques ont été convertis en risques relatifs (RR), car la formule classique des fractions attribuables (dite de Levin)⁸⁷ repose sur l'utilisation du RR. Cette conversion s'avère particulièrement importante dans les enquêtes transversales, comme celles utilisées ici, où la prévalence des problèmes de santé est élevée. Dans ces contextes, les OR peuvent surestimer les effets réels, surtout lorsque la prévalence dépasse 10 %. Nous avons donc adopté la méthode proposée par Zhang et Yu, qui permet d'estimer le RR avec l'OR ajusté et la prévalence observée dans le groupe non exposé. Cette approche est largement reconnue pour corriger les

biais d'interprétation dans les études de prévalence⁸⁸. En d'autres mots, nous avons traduit les résultats statistiques en risques relatifs afin de donner une image plus juste des effets observés.

Cependant, les différentes dimensions du logement inadéquat — telles que la qualité, la taille et l'abordabilité — étant souvent corrélées entre elles, une simple addition des fractions attribuables univariées risquerait de surestimer l'effet global sur la santé. Une autre méthode, dite des fractions attribuables séquentielles, consiste à attribuer les cas de mauvaise santé à chaque facteur, selon un ordre préétabli (par exemple, en tenant d'abord compte de la qualité du logement, puis de l'abordabilité, etc.). Toutefois, cette approche présente une faiblesse majeure : les résultats varient en fonction de l'ordre choisi, ce qui compromet la stabilité et la rigueur de l'interprétation. En

raison de ces limitations, nous avons privilégié la méthode de la fraction attribuable multivariée (FAM), qui permet de modéliser simultanément plusieurs expositions tout en évitant les biais liés aux chevauchements entre facteurs. Cette approche offre ainsi une estimation plus robuste, cohérente et fidèle de l'effet combiné des conditions de logement inadéquates sur la santé.

La formule utilisée est la suivante :

$$FAM = \frac{\sum iP_i(RR_i - 1)}{1 + \sum iP_i(RR_{i-1})}$$

Où P_i représente la proportion de la population exposée à une condition de logement inadéquat et RR_i , le risque relatif ajusté estimé à l'aide des régressions.

84. Santé publique Ontario (2023). *Burden of health impacts of smoking and alcohol use in Ontario*. Public Health Ontario; Jürgen Rehm, Dolly Baliunas, Serge Brochu et Benedikt Fischer (2006). *The costs of substance abuse in Canada 2002: highlights*. Canadian Centre on Substance Abuse.

85. Santé publique Ontario (2023). *Fardeau des affections attribuables au tabac et à l'alcool par circonscription sanitaire en Ontario*. Rapport; Karn Vohra, Michelangelo Crippa, Noah Scovronick, Christopher S. Malley et Jos Lelieveld (2024). Global economic costs of ambient PM_{2.5} air pollution from fossil fuel combustion: a cross-sectional analysis. *The Lancet Planetary Health*, 8 (4), e275-e284.

86. Negar Rezaei, Maryam Sharafkhah, Yalda Farahmand, Sadaf G. Sepanlou, Sahar Dalvand, Hossein Poustchi, ... Alireza Delavari (2024). *Population attributable fractions of cancer mortality related to indoor air pollution, animal contact, and water source as environmental risk factors: Findings from the Golestan Cohort Study*. PLoS One. Lynn Riggs, Michael Keall, Philippa Howden-Chapman et Michael G. Baker (2021). Environmental burden of disease from unsafe and substandard housing, New Zealand, 2010-2017. *Bull World Health Organ*, 99 (4), 259-270. doi: 10.2471/BLT.20.263285; Talor Gruenwald, Brady A. Seals, Luke D. Knibbs et H. Dean Hosgood. (2023). Population Attributable Fraction of Gas Stoves and Childhood Asthma in the United States. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20 (1), 75. doi: 10.3390/ijerph20010075.

87. Morris L. Levin (1953). The occurrence of lung cancer in man, *Acta — Unio Internationalis Contra Cancrum*, 9 (3), 531-541.

88. Jianzhi Zhang et Kai-Fang Yu (1998). What's the relative risk? A method of correcting the odds ratio in cohort studies of common outcomes, *JAMA*, 280 (19), 1690-1691. doi: 10.1001/jama.280.19.1690; Sander Greenland (2004). Model-based estimation of relative risks and other epidemiologic measures in studies of common outcomes and in case-control studies. *American Journal of Epidemiology*, 160 (4), 301-305. doi: 10.1093/aje/kwh221.

Ce choix méthodologique s'appuie sur des recommandations dans la littérature. Greenland et Drescher⁸⁹ préconisent l'usage de cette formule pour éviter les surestimations dans les analyses multifactorielles. Benichou⁹⁰ insiste sur la nécessité faire l'ajustement pour les corrélations entre facteurs de risque. Enfin, Rockhill et coll.⁹¹ ont proposé une formulation adaptée aux modèles ajustés utilisés en épidémiologie.

ÉTAPE 2

Estimation des volumes et des coûts de soins à l'aide de l'ESCC

Une fois les liens entre logement et santé établis, la deuxième étape consiste à évaluer les conséquences en matière de consommation de soins de santé. Pour ce faire, les microdonnées de l'ESCC sont mobilisées. Elles permettent d'examiner l'association entre l'état de santé perçu et le recours à des services de première ligne, tels que les consultations auprès d'un ou une médecin de famille, d'un ou une spécialiste, d'un ou

une psychologue, d'une infirmière praticienne spécialisée ou un infirmier praticien spécialisé ou d'un travailleur social ou une travailleuse sociale.

Dans l'ESCC, les consultations en santé mentale sont disponibles dans l'édition 2023, tandis que les consultations en santé générale proviennent de l'édition 2020. Afin d'obtenir des estimations comparables pour 2023, les volumes de consultations en santé générale ont été extrapolés à l'aide des données de 2020, en appliquant les taux de croissance observés entre 2020 et 2023 selon les spécialités médicales, tels que fournis par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Cette approche permet d'aligner temporellement les estimations tout en maintenant la cohérence méthodologique entre les deux volets de soins.

Les volumes moyens de consultations, ventilés selon l'état de santé autoévalué, sont ensuite traduits en coûts en utilisant les tarifs unitaires issus de différentes sources.

Les coûts des consultations médicales reposent principalement sur les données de l'ICIS. Plusieurs travaux en santé publique ont adopté une démarche similaire en mobilisant ces données pour estimer les coûts associés aux consultations médicales. C'est le cas des analyses portant sur l'incidence de l'insécurité alimentaire sur les dépenses de santé au Canada⁹², des recommandations méthodologiques pour l'estimation des coûts individuels au moyen de bases administratives en Ontario⁹³ ainsi que des études récentes sur l'utilisation et les coûts des services de santé mentale chez les enfants et adolescents et adolescentes⁹⁴.

Pour certaines professions, les coûts unitaires proviennent d'autres barèmes réglementaires : le Règlement sur l'assistance médicale du Québec pour les psychologues⁹⁵, l'Enquête sur la population active (2022-2023) pour les infirmières praticiennes spécialisées et infirmiers praticiens spécialisés et le site du gouvernement

89. Sander Greenland et Karsten Drescher (1993). Maximum likelihood estimation of the attributable fraction from logistic models. *Biometrics*, 49 (3), 865-872.

90. Jacques Bénichou (2001). A review of adjusted estimators of attributable risk, *Statistical Methods in Medical Research*, 10 (3), 195-216. doi: 10.1177/096228020101000303.

91. Beverly Rockhill, Beth Newman et Clarice R. Weinberg (1998). Use and misuse of population attributable fractions. *American Journal of Public Health*, 88 (1), 15-19. doi: 10.2105/ajph.88.1.15.

92. Fei Men, Marcelo L. Urquia et Valerie Tarasuk. *op. cit.*

93. Walter P. Wodchis, Ksenia Bushmenova et Milica Nikitovic et Ian McKillop (2013). *Guidelines on person-level costing using administrative databases in Ontario*, Health System Performance Research Network.

94. Claire de Oliveira, Tomisin Iwajomo et Paul Kurdyak (2023). Mental Health Care Use Among Children and Adolescents with High Health Care Costs in Ontario, Canada. *JAMA Network Open*, 6 (5). doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.13172.

95. Gouvernement du Québec (2019). *Règlement sur l'assistance médicale*. Légi Québec. Annexe I.

du Québec pour les travailleuses et travailleurs sociaux⁹⁶.

L'estimation des coûts de soins repose ici exclusivement sur les consultations médicales et psychosociales, ce qui reflète une mesure partielle des coûts directs, limitée par la disponibilité des données. En effet, l'ESCC ne documente pas l'ensemble des dépenses de santé (hospitalisations, médicaments, chirurgies d'un jour, etc.). Les coûts estimés doivent donc être interprétés comme une approximation prudente de la charge supportée par le système de santé public.

Par ailleurs, l'ESCC mobilise la même variable d'autoévaluation de la santé que l'ECL, mesurée sur une échelle à cinq modalités (« excellent » à « mauvais »). Cette harmonisation permet d'établir un pont analytique entre les deux enquêtes : les conditions de logement issues de l'ECL peuvent être mises en relation, par le biais de la santé autoévaluée, avec les volumes de consultations et les soins à domicile déclarés dans l'ESCC. Ce dispositif assure ainsi la

cohérence méthodologique de l'approche et justifie la focalisation sur les consultations comme indicateurs des coûts de santé attribuables au logement inadéquat.

Étape 3

Estimation des coûts liés à la perte de la qualité de vie

L'approche fondée sur les années de vie ajustées par la qualité (ou QALYs, pour *quality-adjusted life year*), largement utilisée en économie de la santé, permet de mesurer les effets du logement sur le bien-être global en combinant la durée et la qualité de vie. Cette méthode traduit les conséquences du logement inadéquat en pertes d'années de vie en bonne santé, offrant ainsi une mesure intégrée du fardeau sanitaire et social associé aux conditions résidentielles défavorables.

Plusieurs études internationales confirment la pertinence de cette approche. Fenwick et coll.⁹⁷ ont montré que l'amélioration des logements sociaux entraîne des gains en QALYs comparables à ceux observés pour certaines politiques de santé préventive. De

même, Bray et coll.⁹⁸ ont mis en évidence que les interventions visant à améliorer l'efficacité énergétique des logements sociaux constituent une stratégie coût-efficace pour renforcer la santé des occupantes et occupants et réduire les dépenses de soins, notamment chez les personnes âgées. De façon complémentaire, Umishio et coll.⁹⁹ ont démontré que la précarité énergétique entraîne d'importantes pertes de QALYs, tandis que les améliorations en efficacité énergétique se traduisent par des gains mesurables en années de vie en bonne santé. Ces travaux confirment que le logement constitue non seulement un déterminant fondamental de la santé publique, mais également un levier essentiel du bien-être.

Mesurer la qualité de vie à l'aide de l'indice de santé HUI3

Pour estimer l'effet du logement sur la qualité de vie, la présente étude utilise un indice appelé HUI3 (Health Utilities Index Mark 3), disponible dans l'ESCC. Cet indice tient compte de huit aspects essentiels du

96. Gouvernement du Québec. [Travailleurs sociaux / travailleuses sociales](#).

97. Elisabeth Fenwick, Catriona Macdonald et Hilary Thomson (2013). [Economic analysis of the health impacts of housing improvement studies: a systematic review](#). *Journal of Epidemiology & Community Health*, 67 (10), 835-845.

98. Nathan Bray, Paul Burns, Alice Jones, Eira Winrow et Rhiannon Tudor Edwards (2017). [Costs and outcomes of improving population health through better social housing: a cohort study and economic analysis](#). *International Journal of Public Health*, 62, 1039-1050.

99. Wataru Umishio, Toshiharu Ikaga, Kazuomi Kario, Yoshihisa Fujino, Naoki Kagi, Masrua Suzuki, ... Shuzo Murakami (2024). [Effect of living in well-insulated warm houses on hypertension and cardiovascular diseases based on a nationwide epidemiological survey in Japan: A modelling and cost-effectiveness analysis](#). *BMJ Public Health*, 2(2), e001143.

bien-être physique et mental : la vision, l'audition, la parole, la mobilité, la dextérité, les émotions, la mémoire et la douleur¹⁰⁰. Il varie entre -0,36 et 1,00 ; 0,00 représentant la mort et 1,00 représentant un état de parfaite santé. Une valeur négative du HUI3 indique qu'une personne perçoit sa qualité de vie comme extrêmement dégradée en raison de limitations sévères dans plusieurs dimensions (mobilité, douleur, cognition, émotions, etc.).

Évaluer la perte de qualité de vie

Deux approches permettent de mesurer la perte de qualité de vie associée à un mauvais état de santé. La première méthode consiste à comparer les moyennes d'indices d'état de santé entre les individus déclarant une bonne santé et ceux déclarant une mauvaise santé. Cette méthode, simple et descriptive, offre une estimation intuitive de la perte de qualité de vie perçue entre les deux groupes. Cependant, elle ne tient pas compte des différences de profils sociodémographiques ou de conditions de vie — telles que l'âge, le revenu, la scolarité, le type de ménage ou le statut migratoire — qui influencent à la fois la santé autoévaluée et les différentes composantes de l'indice d'état de santé. Elle

peut donc être biaisée par divers facteurs de confusion, entraînant une surestimation ou une sous-estimation de la perte réelle de bien-être.

La seconde approche, plus robuste, repose sur la différence ajustée des indices d'état de santé. Elle utilise des modèles statistiques dans lesquels la valeur HUI3 est expliquée par l'état de santé perçu, tout en tenant compte de variables sociodémographiques (âge, sexe, revenu, scolarité, statut migratoire, mode d'occupation du logement, type de ménage, identité autochtone). Ce choix méthodologique, largement utilisé dans les études économiques de la santé¹⁰¹, fournit une estimation plus fiable et plus représentative de la perte moyenne de qualité de vie au sein de la population. En corrigeant les biais liés à l'interdépendance entre conditions de vie, santé et bien-être, ce choix renforce la validité de l'estimation des pertes de QALYs. C'est cette approche qui a été retenue dans le cadre de cette évaluation.

Estimation des pertes totales de QALYs

L'estimation des pertes de qualité de vie repose sur la différence ajustée des indices d'état de santé (ΔS), la proportion de personnes ayant un mauvais état de santé

(p_{mauvais}), la taille de la population adulte (N) ainsi que la durée moyenne (D) correspondant à la période couverte par l'ESCC, soit l'année de référence 2023.

Cette formule traduit le nombre d'années de

$$\text{QALY}_{\text{perdues}} = \Delta S \times p_{\text{mauvais}} \times N \times D$$

vie en pleine santé perdues dans la population adulte québécoise en raison d'un mauvais état de santé général ou mental. Par exemple, une perte moyenne d'utilité de 0,10 équivaut à la perte de 0,10 année de vie en bonne santé par personne, soit environ 36,5 jours de vie en bonne santé.

Pertes de QALYs attribuables au logement inadéquat

Pour estimer la part de ces pertes spécifiquement attribuable au logement inadéquat, la fraction attribuable multivariée (FAM) obtenue à l'aide des régressions logistiques est appliquée à la perte totale de QALYs :

$$\text{QALY}_{\text{attribuables}} = \text{QALY}_{\text{perdues}} \times \text{FAM}_{\text{au logement}}$$

100. David Feeny, William Furlong, George W. Torrance, Charles H. Goldsmith, Zenglong Zhu, Sonja Depauw, Margaret Denton et Michael Boyle (2002). *Multiattribute and single-attribute utility functions for the health utilities Index Mark 3 system*. *Medical Care*, 40 (2), 113-128.

101. John Brazier, Julie Ratcliffe, Joshua Saloman et Aki Tsuchiya (2017). *Measuring and valuing health benefits for economic evaluation* (2^e éd), Oxford University Press; Christopher J. Cadham et Lisa A. Prosser (2023). *Eliciting trade-offs between equity and efficiency: a methodological scoping review*. *Value in Health*, 26 (6), 943-952. doi:10.1016/j.jval.2023.02.006; Arthur E. Attema, Werner B. F. Brouwer et Jose Luis Pinto-Prades (2022). *Reference-dependent age weighting of quality-adjusted life years*. *Health Economics*, 31 (12), 4593, 2515-2536.

Valorisation économique des pertes de bien-être

Pour exprimer ces pertes en valeur économique, chaque QALY est valorisée selon la volonté à payer (VAP) pour une année de vie en bonne santé. Conformément aux lignes directrices de Santé Canada et de l'Agence des médicaments du Canada (AMC)¹⁰², une valeur de référence de 50 000 \$ CAN par QALY est retenue.

Le coût total associé à la perte de qualité de vie due au logement inadéquat s'exprime ainsi :

$$\text{Coût bien-être} = \text{QALY attribuables au logement} \times \text{Valeur QALY}$$

Étape 4

Estimation des coûts indirects liés à l'insécurité alimentaire

En complément des coûts directs liés aux consultations et à la perte de qualité de vie, cette étude intègre une estimation des coûts indirects associés à l'insécurité alimentaire, considérée ici comme une conséquence budgétaire du logement inadéquat. Les données de l'ECR ont d'abord été mobilisées afin d'évaluer, à l'aide de modèles de

régression logistique, dans quelle mesure les conditions de logement inadéquates augmentent le risque de vivre une situation d'insécurité alimentaire. Une seconde analyse, fondée sur l'ESCC, a permis d'examiner l'association entre l'insécurité alimentaire et l'état de santé perçu, tant sur le plan général que mental.

L'intégration de ces deux étapes permet de saisir la chaîne d'effets indirects reliant les conditions de logement aux enjeux de santé, en passant par l'insécurité alimentaire. En tenant compte de cette dimension, notre cadre d'analyse dépasse les seuls effets directs sur la santé pour offrir une estimation plus complète du fardeau lié au logement inadéquat.

Afin de chiffrer le coût de l'insécurité alimentaire au Québec, l'étude retient deux sources complémentaires. D'une part, selon le mémoire déposé par les Banques alimentaires du Québec dans le cadre des consultations prébudgétaires 2024-2025¹⁰³, la valeur marchande des denrées distribuées en 2023-2024 s'élevait à 512 M\$. D'autre part, le gouvernement du Québec¹⁰⁴ a intensifié ses interventions pour répondre à la hausse des besoins des organismes d'aide alimentaire.

En 2023, il a annoncé une aide d'urgence de près de 21 millions de dollars destinée à 5 grandes organisations partenaires — la Fondation Olo, la Cantine pour tous, le Club des petits déjeuners, la Tablée des Chefs et les Banques alimentaires du Québec — afin de contrer les effets immédiats de l'insécurité alimentaire et de soutenir les enfants, les familles et les personnes seules. Cet investissement s'inscrivait dans la mise à jour économique 2023 et s'ajoutait à une série de mesures qui ont porté à plus de 169 millions de dollars les sommes investies par le gouvernement au cours de cette seule année pour lutter contre l'insécurité alimentaire. Ces deux volets — la valeur marchande des denrées distribuées et les investissements publics d'urgence — constituent les références retenues pour estimer le coût global de l'insécurité alimentaire au Québec.

Enfin, les coûts de santé (générale et mentale) et celui lié à l'insécurité alimentaire attribuables aux logements inadéquats seront estimés en multipliant les fractions attribuables multivariées (FAM) par les coûts totaux, soit les coûts directs des consultations en santé et le coût global de l'insécurité alimentaire au Québec.

102. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (2017). *Guidelines for the Economic Evaluation of Health Technologies: Canada* (4^e éd.), CADTH Methods and Guidelines, version 1.0.

103. Banques alimentaires du Québec (2024). *Mémoire prébudgétaire des Banques alimentaires du Québec 2024*, présenté dans le cadre des consultations prébudgétaires 2024-2025.

104. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale(2023). *Près de 21 M\$ pour contrer les effets de l'insécurité alimentaire des Québécois et des Québécoises*, Quebec.ca.

03 Résultats



Cette section comporte quatre sous-sections:

- **La première partie** est consacrée à l'analyse du lien entre la santé générale autoévaluée et les conditions de logement ainsi que le coût qui en découle;
- **La deuxième partie** présente les résultats pour la santé mentale;
- **La troisième partie** élargit la perspective au coût de perte de la qualité de vie;
- **La dernière partie** traite des coûts indirects liés à l'insécurité alimentaire.

Santé générale autoévaluée et conditions de logement

Cette partie présente d'abord un portrait descriptif croisé permettant d'identifier les profils de ménages les plus touchés et de mettre en évidence les associations brutes entre variables. Ces constats sont essentiels pour situer les inégalités sociales de santé et fournir les proportions de population exposées (P_i), paramètres nécessaires au calcul des fractions attribuables. Les résultats des modèles de régression logistique viennent ensuite préciser les liens statistiques entre les différentes dimensions du logement inadéquat et la santé générale, avant de conclure par l'estimation des coûts qui peuvent être imputés au logement inadéquat.

Portraits descriptifs

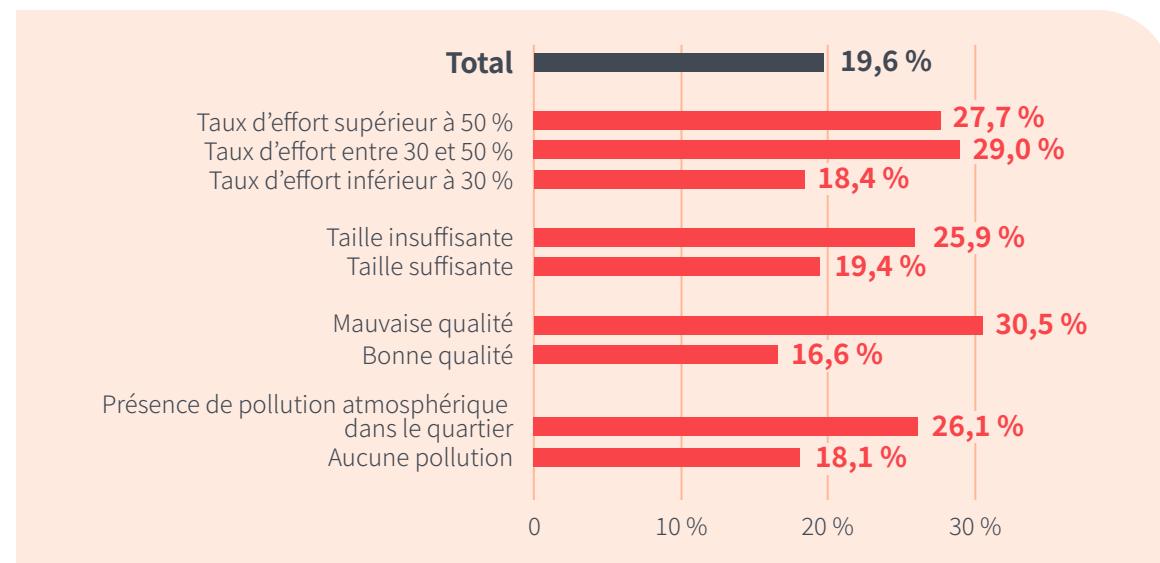
L'analyse des données de l'ECL met en évidence des écarts importants dans l'état de santé générale autoévalué selon les caractéristiques résidentielles (figure 1). En moyenne, 19,6% des personnes de référence dans chaque ménage québécois déclarent un mauvais état de santé générale. Ce taux grimpe à 30,5% parmi celles vivant dans un logement de mauvaise qualité, contre 16,6% dans un logement de bonne qualité. La présence de pollution atmosphérique dans le quartier de résidence est également associée à un écart notable : 26,1% des personnes de référence dans des ménages

exposés s'estiment en mauvaise santé, comparativement à 18,1% chez les non exposés.

L'abordabilité du logement révèle un gradient marqué. Les ménages consacrant moins de 30 % de leur revenu au logement affichent une prévalence de 18,4 % de mauvaise santé générale, une proportion qui atteint 29,0 % chez ceux dont le taux d'effort se situe entre 30 % et 50 %, puis

27,7% lorsqu'il dépasse 50 %. La taille du logement, mesurée selon la Norme nationale d'occupation, présente également des écarts : 25,9 % des ménages vivant dans un logement de taille insuffisante rapportent un mauvais état de santé, contre 19,4 % de ceux dont la taille du logement est considérée comme suffisante.

FIGURE 1. Proportion de ménages en mauvais état de santé générale selon les caractéristiques du logement et la pollution atmosphérique dans le quartier, Québec, 2022



Source : analyse de l'Observatoire québécois des inégalités basée sur le fichier de microdonnées à grande diffusion de l'Enquête canadienne sur le logement de 2022.



Analyse différenciée selon les sexes et intersectionnelle

L'ECL de 2022 révèle que 19,6 % des personnes de référence dans chaque ménage québécois déclarent un mauvais état de santé générale, une moyenne qui masque d'importantes disparités selon certaines caractéristiques sociodémographiques (**figure 2**).

Niveau de revenu: près d'un ménage sur deux du premier quintile de revenu (49,4 %) déclare un mauvais état de santé, comparativement à seulement 7,8 % parmi ceux du cinquième quintile. Les proportions diminuent progressivement à mesure que le revenu augmente, avec 28,1 % dans le deuxième quintile et 25,5 % dans le troisième.

Niveau de scolarité: les ménages sans diplôme affichent une prévalence très élevée de mauvaise santé (40,7 %), contre 29,8 % pour ceux dont le répondant ou la répondante détient un diplôme d'études secondaires et 19,2 % pour un diplôme d'études postsecondaires. Les ménages dont le répondant ou la répondante a un diplôme universitaire présentent la proportion la plus faible (13,7 %).

Sexe du répondant principal ou de la répondante

principale: on n'observe pas de différence marquée entre les ménages selon le sexe de la personne qui répond principalement. Les ménages dont le répondant est une femme présentent un taux légèrement plus élevé de mauvaise santé (20,1 %) que ceux dirigés par un homme (19,2 %).

Âge: l'âge du répondant principal ou de la répondante principale influence fortement la santé générale autoévaluée du ménage. Les ménages dont le répondant ou la répondante a 65 ans et plus affichent une prévalence élevée de mauvaise santé (28,2 %), suivis de ceux dont le répondant ou la répondante a entre 30 et 64 ans (18,6 %). Les taux sont plus faibles chez les ménages dirigés par de jeunes adultes de 18 à 29 ans (14,7 %) et par des personnes de moins de 18 ans (12,5 %).

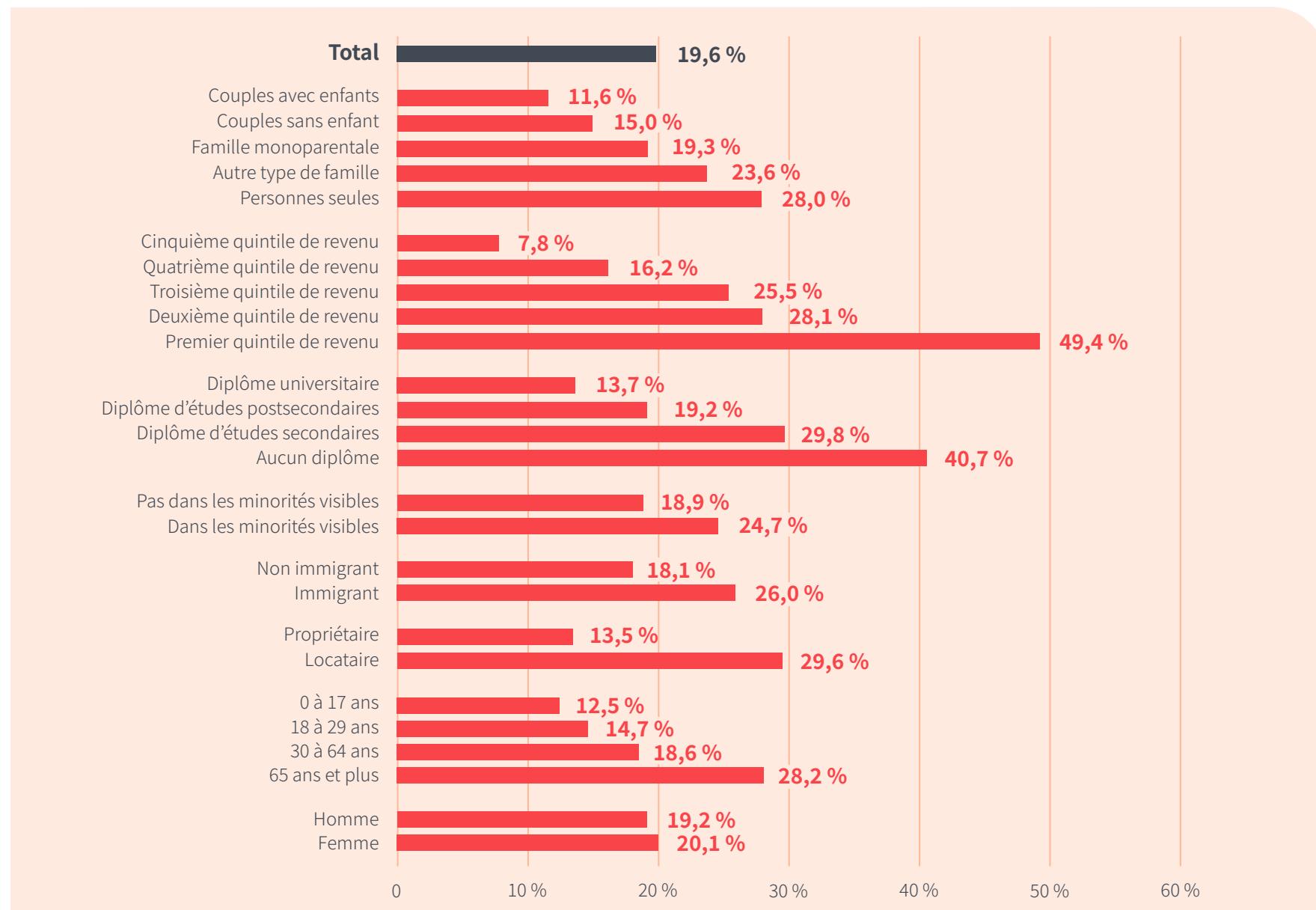
Mode d'occupation: les ménages locataires sont nettement plus susceptibles de déclarer un mauvais état de santé (29,6 %) que les ménages propriétaires (13,5 %).

Statut d'immigration: les ménages immigrants présentent une proportion plus élevée de mauvais état de santé (26,0 %) que les ménages non immigrants (18,1 %).

Appartenance à une minorité visible: les ménages dont le répondant ou la répondante s'identifie comme appartenant à une minorité visible ont une prévalence de 24,7 %, supérieure à celle observée chez les personnes ne provenant pas de minorités visibles (18,9 %).

Type de ménage: les personnes vivant seules (28,0 %) ou dans la catégorie « autre type de famille » (23,6 %) présentent les taux les plus élevés de mauvaise santé. En revanche, les couples avec enfants (11,6 %) et sans enfant (15,0 %) déclarent moins fréquemment un mauvais état de santé.

FIGURE 2. Proportion de ménages en mauvais état de santé générale selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Québec, 2022



Source : analyse de l'Observatoire québécois des inégalités basée sur le fichier de microdonnées à grande diffusion de l'Enquête canadienne sur le logement de 2022.

Résultats des régressions

Cette section présente les résultats ajustés d'une régression logistique estimant le lien entre les conditions de logement (qualité, taille, abordabilité, pollution) et la probabilité pour une personne de se déclarer en mauvaise santé générale, en contrôlant les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, revenu, scolarité, statut d'immigration, appartenance à une minorité visible, mode d'occupation et type de ménage). Les résultats indiquent des écarts marqués de risque selon certaines dimensions du logement.

- Qualité du logement:** les résultats indiquent que les personnes vivant dans un logement de mauvaise qualité, c'est-à-dire présentant de l'humidité, des moisissures, de l'eau non potable, une infestation d'insectes ou une mauvaise qualité de l'air, ont 107% plus de risques de se déclarer en mauvaise santé générale que celles occupant un logement en bon état ($RR = 2,07$; $p < 0,001$ ¹⁰⁵). Cette différence est hautement significative sur le plan statistique. La fraction attribuable calculée révèle qu'environ 24,5% de l'ensemble des cas de mauvaise santé générale au Québec pourraient être imputés à la mauvaise qualité du

logement, ce qui en fait la dimension la plus déterminante parmi les indicateurs du logement inadéquat.

- Taille du logement:** les personnes vivant dans un logement de taille insuffisante, selon la Norme nationale d'occupation, présentent un risque de mauvaise santé supérieur de 12% à celui des personnes occupant un logement de taille suffisante ($RR = 1,12$; $p < 0,001$). Cet effet, bien que statistiquement significative, demeure modeste, avec une fraction attribuable de 3%, indiquant qu'une part limitée des cas de mauvaise santé générale peut être associée à la taille insuffisante des logements.
- Abordabilité du logement:** le dépassement du seuil d'abordabilité constitue également un facteur de risque. Les ménages qui consacrent plus de 30% de leur revenu au logement présentent un risque accru de 37% de rapporter un mauvais état de santé générale ($RR = 1,27$; $p < 0,001$). La fraction attribuable correspondante est estimée à 7,1%.

En somme, la mauvaise qualité du logement apparaît comme le facteur le plus associé à la mauvaise santé générale, suivie de l'inabordabilité. En intégrant la prévalence

des expositions et leurs recoulements, la fraction attribuable multivariée totale est estimée à 30%¹⁰⁶.

TABLEAU 1. Contribution des facteurs de logement à la mauvaise santé générale, Québec, 2022

Facteur de logement	Risque relatif (RR)	Fraction attribuable (%)
Mauvaise qualité	2,07	24,5%
Taille insuffisante	1,12	3,0%
Inabordabilité	1,27	7,1%
Fraction attribuable multivariée		30%

Source : calculs de l'Observatoire québécois des inégalités à l'aide des régressions logistiques estimées au moyen des microdonnées de l'ECL 2022.

105. En statistique, la valeur p (p -value) indique la probabilité que les résultats observés soient dus au hasard. Ainsi, $p < 0,001$ signifie que cette probabilité est inférieure à 0,1%, soit moins d'une chance sur mille que la relation observée soit attribuable au hasard.

106. Le calcul de la fraction attribuable multivariée a été expliqué dans la section Méthodologie, page 29.

Estimation du coût en santé générale attribuable au logement inadéquat

L'évaluation des coûts liés à la santé générale repose sur les données de l'ESCC 2023. Ces données permettent d'estimer les coûts associés aux consultations de soins selon le type de fournisseur, mais ne couvrent pas l'ensemble des dépenses médicales, comme les hospitalisations, les urgences, les chirurgies d'un jour ou les médicaments.

En 2023, le coût total des consultations associées à un mauvais état de santé générale est estimé à 91,4 M\$ au Québec. Ce montant comprend notamment : 45,2 M\$ pour les consultations chez les médecins de famille, 15,6 M\$ pour les psychologues, 9,1 M\$ pour les travailleurs sociaux et travailleuses sociales et conseillers et conseillères, 5,4 M\$ pour les physiothérapeutes, et 4,9 M\$ pour les infirmières praticiennes spécialisées et infirmiers praticiens spécialisés (IPS). Les autres fournisseurs représentent ensemble environ 11 M\$.

En appliquant la fraction attribuable multivariée (FAM) estimée à 30 % pour la santé générale, le coût attribuable au logement inadéquat est évalué à environ 27,4 M\$. Ce montant représente la part du fardeau économique des consultations médicales pouvant être imputée aux conditions de logement inadéquates au Québec.

TABLEAU 2. Coût total des consultations en santé générale, selon l'état de santé et le type de fournisseur de soins, 2023

Fournisseur de soins en santé générale	Nombre de consultations pour un mauvais état de santé	Coût par service	Coût total
Médecin de famille	568 970	79 \$	45,2 M\$
Infirmière praticienne spécialisée ou infirmier praticien spécialisé	90 570	54 \$	4,9 M\$
Médecin spécialiste comme un ou une cardiologue ou un ou une pédiatre	36 530	100 \$	3,7 M\$
Chiropraticien ou chiropraticienne	48 870	50 \$	2,4 M\$
Physiothérapeute	93 560	54 \$	5 M\$
Psychologue	148 200	105 \$	15,6 M\$
Travailleur social-conseiller	254 640	36 \$	9,2 M\$
Audiographe-orthophoniste-ergo	75 390	42 \$	3,2 M\$
Diététiste-nutritionniste	55 420	41 \$	2,3 M\$
Coût total			91,4 \$

Source : analyses de l'Observatoire québécois des inégalités basées sur les fichiers maîtres de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes 2023 et sur la base de données nationale des médecins de l'Institut canadien d'information sur la santé de 2023.

Santé mentale autoévaluée et conditions de logement

Cette partie suit une démarche analogue à la précédente.

Portraits descriptifs

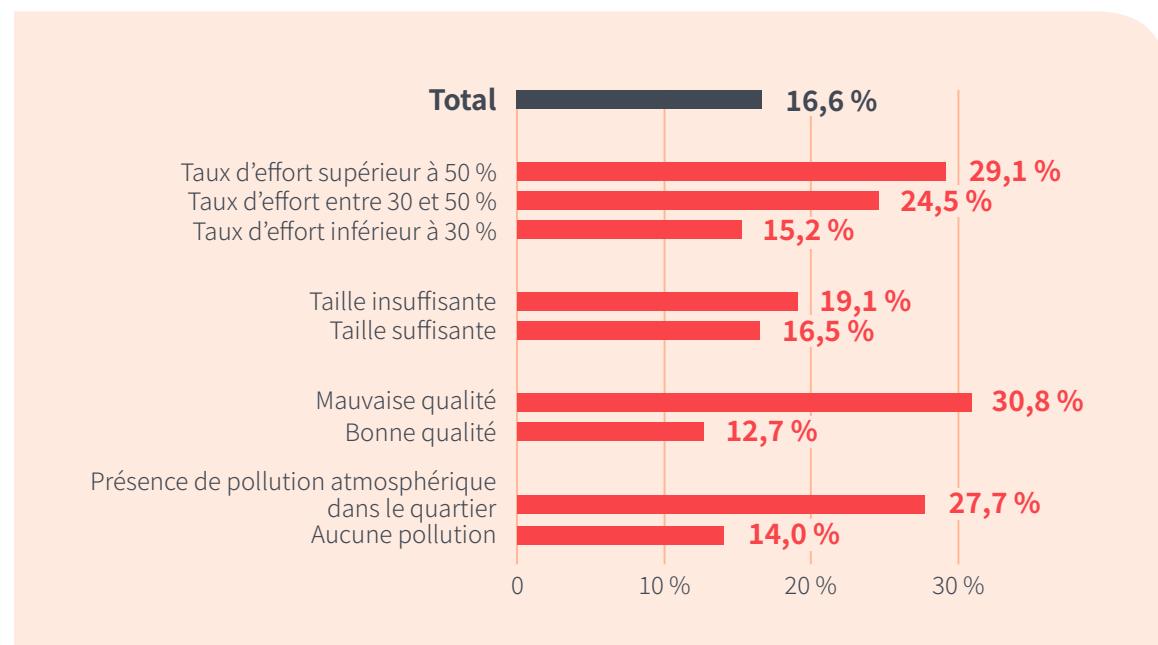
Les résultats relatifs à l'état de santé mentale révèlent des écarts notables selon les caractéristiques du logement (figure 3). En 2022, 16,6 % des personnes de référence dans chaque ménage québécois déclaraient un mauvais état de santé mentale. Ce taux varie fortement selon la qualité du logement: seulement 12,7 % parmi celles vivant dans un logement en bon état, contre 30,8 % chez celles occupant un logement de mauvaise qualité.

La présence de pollution atmosphérique dans le quartier apparaît également comme un facteur aggravant: 27,7 % des ménages exposés déclarent un mauvais état de santé mentale, comparativement à 14,0 % chez ceux qui ne le sont pas.

La taille du logement joue aussi un rôle: 19,1 % des ménages occupant un logement dont la taille est jugée insuffisante selon la norme d'occupation rapportent un mauvais état de santé mentale, contre 16,5 % qui en occupent un dont elle est considérée comme suffisante.

Enfin, en ce qui concerne l'abordabilité, un gradient clair se dessine. La proportion de ménages en mauvais état de santé mentale est de 15,2 % parmi ceux dont le taux d'effort est inférieur à 30 %, elle grimpe à 24,5 % lorsque la part du revenu consacré au logement se situe entre 30 % et 50 %, et atteint 29,1 % lorsque ce taux dépasse 50 %.

FIGURE 3. Proportion de ménages en mauvais état de santé mentale selon les caractéristiques du logement, Québec, 2022



Source: analyse de l'Observatoire québécois des inégalités basée sur le fichier de microdonnées à grande diffusion de l'Enquête canadienne sur le logement de 2022.



Analyse différenciée selon les sexes et intersectionnelle

Les données de l'ECL de 2022 révèlent des écarts marqués dans la santé mentale autoévaluée des ménages québécois. En moyenne, 16,6 % des personnes de référence dans chaque ménage québécois rapportent un mauvais état de santé mentale, mais cette moyenne cache d'importantes disparités (figure 4).

Sexe du répondant principal ou de la répondante principale

principale : les ménages dont la personne qui répond est une femme présentent un taux plus élevé de mauvaise santé mentale (18,7 %) que ceux dont la personne qui répond est un homme (14,7 %).

Âge : le taux de mauvaise santé mentale est particulièrement élevé chez les jeunes de moins de 18 ans (34,5 %) et demeure important chez les 18 à 29 ans (23,7 %). Il diminue ensuite à 16,5 % chez les 30 à 64 ans, et chute à seulement 7,0 % parmi les 65 ans et plus.

Mode d'occupation : les ménages locataires sont nettement plus touchés (25,9 %) que les propriétaires (10,8 %).

Statut d'immigration : les ménages dont le répondant ou la répondante est immigrant ou immigrante affichent un taux élevé de mauvaise santé mentale (21,1 %), supérieur à celui observé chez les ménages non immigrants (15,6 %).

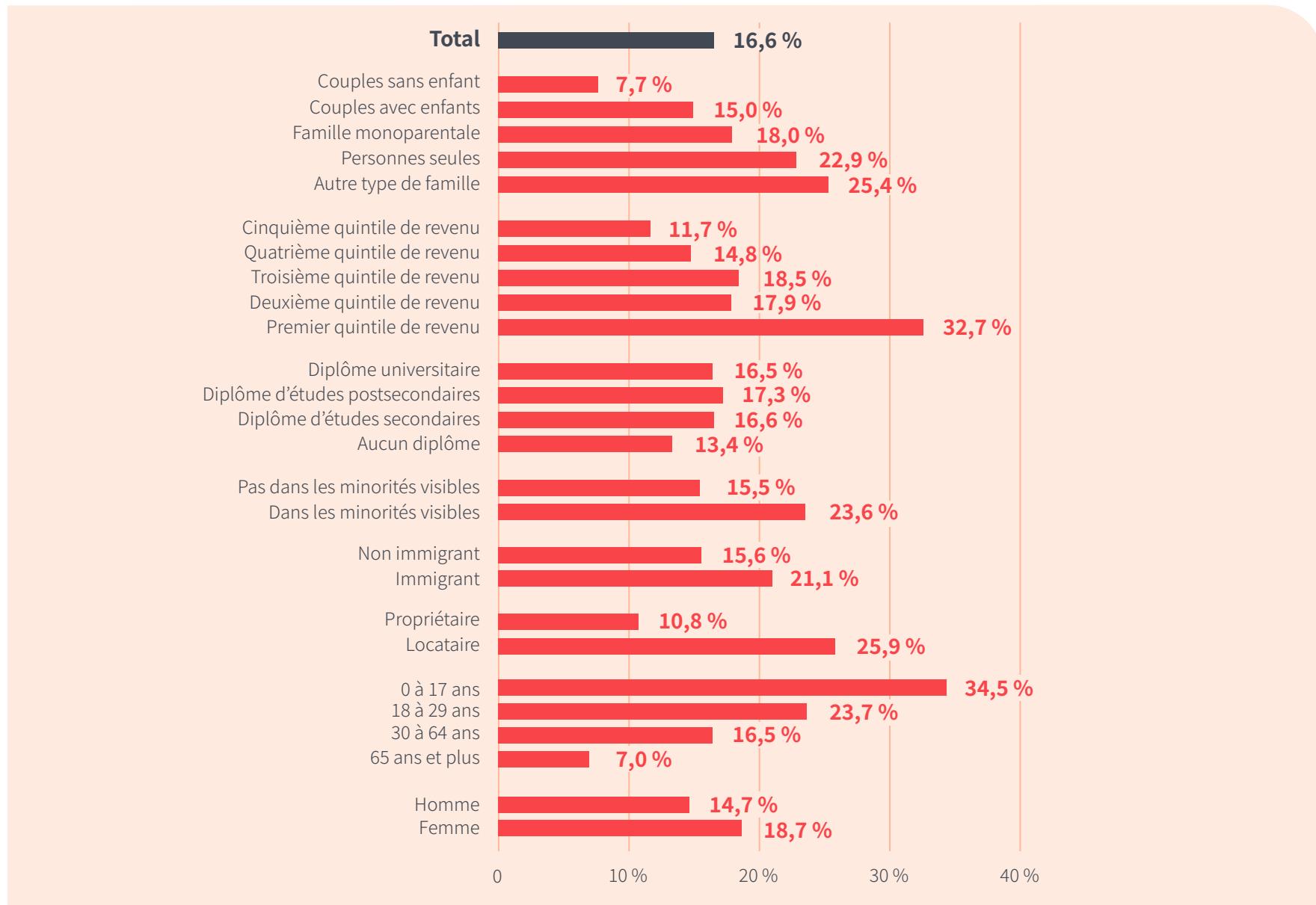
Appartenance à une minorité visible : les ménages appartenant à une minorité visible déclarent plus souvent un mauvais état de santé mentale (23,6 %) que ceux qui ne s'identifient pas comme tels (15,5 %).

Niveau de scolarité : les écarts sont moins marqués selon le diplôme, les ménages sans diplôme rapportant un taux légèrement inférieur (13,4 %) à ceux avec un diplôme d'études postsecondaires (17,3 %). Les gens ayant un diplôme d'études universitaires et d'études secondaires se situent autour de la moyenne (16,5 % et 16,6 %).

Niveau de revenu : les ménages du premier quintile de revenu présentent un taux de mauvaise santé mentale très élevé (32,7 %), comparativement à seulement 11,7 % pour ceux du cinquième quintile.

Type de ménage : les personnes seules (22,9 %) et les ménages classés « autre type de famille » (25,4 %) sont les plus touchés. Les familles monoparentales affichent également un taux élevé (18,0 %). En revanche, les couples avec enfants (15,0 %) et surtout les couples sans enfant (7,7 %) présentent des proportions plus faibles.

FIGURE 4. Proportion de ménages en mauvais état de santé mentale selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Québec, 2022



Source : analyse de l'Observatoire québécois des inégalités basée sur le fichier de microdonnées à grande diffusion de l'Enquête canadienne sur le logement de 2022.

Résultats des régressions

La qualité du logement se révèle être le facteur le plus déterminant: les personnes vivant dans un logement de mauvaise qualité présentent un risque 52 % plus élevé de se déclarer en mauvaise santé mentale que celles occupant un logement en bon état ($RR = 1,52$; $p < 0,001$). En revanche, les autres dimensions du logement, soit la taille et l'abordabilité, exercent des effets inattendus sur la santé mentale une fois les variables de contrôle prises en compte. Les personnes vivant dans un logement de taille insuffisante présentent une probabilité 34 % plus faible de se déclarer en mauvaise santé mentale ($RR = 0,66$; $p < 0,001$), tandis que celles occupant un logement inabordable affichent un risque 19 % plus faible ($RR = 0,83$; $p < 0,001$).

Ces résultats s'expliquent en grande partie par des effets d'interaction entre les dimensions du logement. L'analyse révèle qu'une combinaison de conditions défavorables — par exemple, vivre dans un logement à la fois inabordable, de mauvaise qualité et de taille insuffisante — entraîne une augmentation significative de 24 % du risque de se déclarer en mauvaise santé mentale ($RR = 1,24$; $p < 0,001$). Autrement dit, c'est l'effet combiné et cumulatif des conditions de logement inadéquat qui explique la plus grande part du fardeau de santé mentale, plutôt que l'effet isolé de chacune de ces dimensions considérées séparément.

Au total, la fraction attribuable multivariée des conditions de logement sur la mauvaise santé mentale est estimée à 13,8 %, et provient entièrement de l'effet lié à la mauvaise qualité du logement.

Estimation du coût en santé mentale attribuable au logement inadéquat

L'évaluation des coûts liés à la santé mentale repose sur les volumes de consultations déclarées en lien avec un mauvais état de santé mentale dans l'ESCC, ventilés par types de fournisseurs de soins. En 2023, le coût total des consultations associées à un mauvais état de santé mentale est évalué à 71,2 M\$. Ce montant comprend les consultations auprès des médecins de

famille (16,7 M\$), des psychiatres (19,7 M\$), des psychologues (20,5 M\$), des infirmières praticiennes spécialisées et infirmiers praticiens spécialisés (7,9 M\$) et des travailleurs sociaux et travailleuses sociales (6,2 M\$) (tableau 4).

À l'aide des régressions logistiques, la fraction attribuable multivariée (FAM) pour la santé mentale a été calculée à 13,8 %. En appliquant cette fraction au coût total des consultations, le coût attribuable s'élève à près de 10 M\$. Ce montant représente la part du coût des consultations en santé qui peut être attribuable aux logements inadéquats au Québec.

TABLEAU 4. Coût total des consultations en santé mentale, selon l'état de santé et le type de fournisseurs de soins, 2023

Fournisseur de soins en santé mentale	Nombre de consultations pour un mauvais état de santé	Coût par service	Coût total
Médecin de famille	210 140	79 \$	16,7 M\$
Psychiatre	176 320	112 \$	19,7 M\$
Psychologue	195 070	105 \$	20,5 M\$
Infirmière ou infirmier	147 770	54 \$	8,0 M\$
Travailleuse sociale ou travailleur social	174 990	36 \$	6,3 M\$
Coût total			71,2 M\$

Source: analyses de l'Observatoire québécois des inégalités basées sur les fichiers maîtres de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes 2023 et sur la base de données nationale des médecins de l'Institut canadien d'information sur la santé de 2023.

Ces estimations représentent une évaluation minimale du fardeau économique attribuable au logement inadéquat, puisqu'elles se limitent aux services de première ligne (consultations médicales et psychosociales) et excluent les hospitalisations, les urgences, les chirurgies d'un jour ou les médicaments. Or, les consultations ne représentent qu'environ 1,46%¹⁰⁷ des dépenses totales de santé au Québec, selon les données de l'Institut canadien d'information sur la santé.

En appliquant cet ordre de grandeur, le coût total des effets du logement inadéquat sur le système de santé, incluant l'ensemble des composantes du système de soins, serait environ 68 fois supérieur à celui observé dans les consultations. Ainsi, un coût attribuable de 30 M\$ issu des données de l'ESCC correspond à un fardeau global estimé à environ 2,05 G\$ pour le système de santé québécois.

Ces résultats soulignent que les estimations fondées sur les microdonnées de l'ESCC doivent être interprétées comme une borne inférieure du coût réel, et qu'une intégration des données administratives hospitalières et pharmaceutiques permettrait d'obtenir une évaluation plus complète et réaliste du fardeau économique du logement inadéquat.

Coûts liés à la perte de la qualité de vie

Les estimations issues du modèle de régression linéaire fondé sur l'indice de santé HUI3 de l'ESCC 2023 indiquent qu'un mauvais état de santé est associé à une baisse moyenne de 0,25 point de l'indice d'état de santé. Cette relation demeure significative après contrôle des principales variables sociodémographiques (âge, sexe, revenu, niveau de scolarité, statut migratoire, type de ménage, mode d'occupation du logement et identité autochtone). En tenant compte de la prévalence de la mauvaise santé (16,4 %) et de la taille de la population adulte représentée (742 897 personnes), la perte totale de qualité de vie est estimée à 185 724 années de vie en bonne santé (QALYs) pour l'ensemble de la population québécoise adulte.

À l'échelle individuelle, cela correspond à une perte moyenne d'environ 0,25 QALY par personne, soit environ 91 jours de vie en bonne santé perdus sur une année. En d'autres mots, chaque adulte se déclarant en mauvaise santé vit en moyenne trois mois de moins en bonne santé qu'un ou une adulte se déclarant en bon état de santé.

Lorsqu'on isole la part attribuable au logement inadéquat, la fraction attribuable multivariée (FAM) indique qu'environ 30 % de cette perte découle des conditions de

logement. Ainsi, les pertes attribuables au logement s'élèvent à 56 089 QALYs, ce qui correspond à une perte moyenne de 0,075 QALY par personne, soit environ 27 jours de vie en bonne santé perdus chaque année en raison du manque de logements adéquats.

Sur le plan économique, et conformément aux lignes directrices de Santé Canada et de l'Agence des médicaments du Canada, chaque QALY est valorisée à 50 000 \$. En appliquant cette valeur de référence, le coût social annuel associé à la perte de qualité de vie due au logement inadéquat est estimé à 2,8 G\$ en 2023.

Ces résultats mettent en lumière l'importance du logement comme déterminant majeur de la santé publique : le logement inadéquat n'affecte pas seulement la santé générale et mentale, il se traduit aussi pour la société québécoise par une perte de bien-être équivalant à plusieurs milliards de dollars par année.

107. Calcul de l'Observatoire québécois des inégalités à l'aide de la base de données sur les dépenses nationales de santé de l'ICIS, 2024.

Coûts indirects liés à l'insécurité alimentaire

Cette section présente d'abord la répartition de l'insécurité alimentaire selon les conditions de logement et son lien avec l'état de santé. Elle expose ensuite les résultats des régressions, qui estiment à la fois l'effet du logement inadéquat sur la probabilité de vivre une insécurité alimentaire et l'effet de celle-ci sur la santé. Elle se conclut par l'évaluation des coûts d'insécurité alimentaire attribuables au logement inadéquat.

Portraits descriptifs

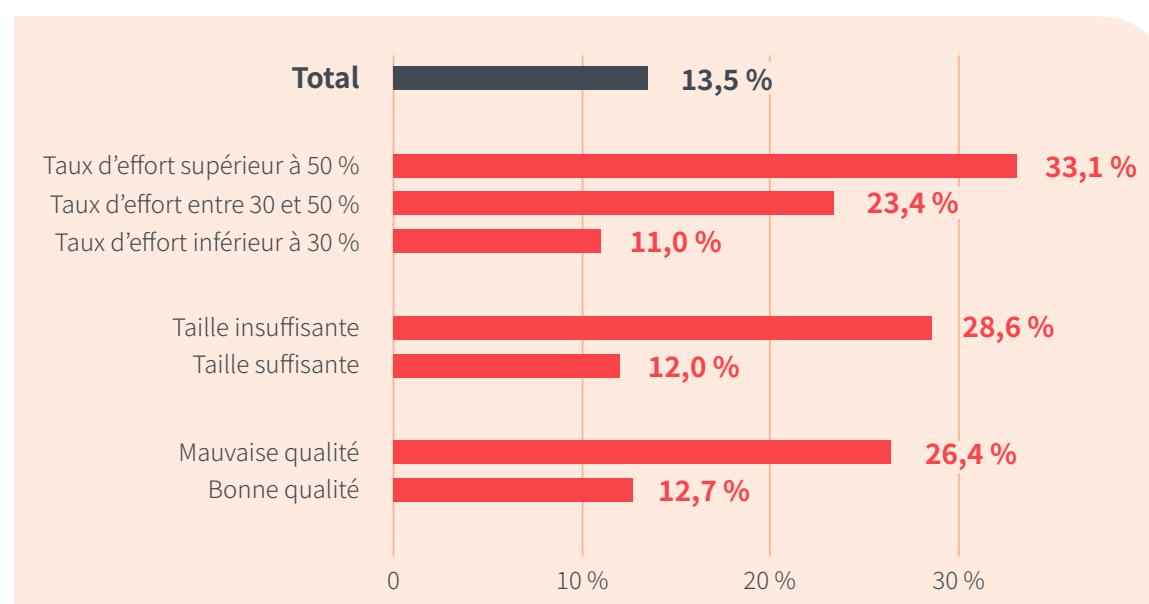
Insécurité alimentaire et conditions de logement

L'ECR permet de documenter la prévalence de l'insécurité alimentaire, un indicateur indirect mais pertinent de santé générale et mentale. En 2023, 13,5 % des personnes âgées de 15 ans et plus vivaient une forme d'insécurité alimentaire (figure 5). Ces résultats rejoignent ceux déjà présentés dans le rapport *Crise du logement au Québec : quels effets sur l'insécurité alimentaire ?*¹⁰⁸, qui met en évidence l'ampleur des écarts selon les conditions de logement. Nos analyses prolongent ces constats en les croisant directement avec l'état de santé autoévalué. Elles révèlent que les personnes vivant dans des logements de mauvaise qualité affichent

un taux d'insécurité alimentaire deux fois plus élevé (26,4 %) que celles habitant un logement en bon état (12,7 %). De même, la taille du logement est associée à des écarts notables : 28,6 % des personnes occupant un logement jugé insuffisant en taille selon la norme canadienne d'occupation sont touchées, contre 12 % parmi celles dont la taille du logement est jugée suffisante.

Du côté de l'abordabilité, 11 % des Québécoises et Québécois logés à un coût abordable (≤ 30 % du revenu) rapportent une situation d'insécurité alimentaire. Cette proportion atteint 23,4 % chez les personnes dont les dépenses en logement se situent entre 30 % et 50 % du revenu et monte à 33,1 % parmi celles qui y consacrent plus de 50 %.

FIGURE 5. Proportion de personnes en situation d'insécurité alimentaire selon les caractéristiques du logement, Québec, 2023



Source : analyse de l'Observatoire québécois des inégalités basée sur les fichiers maîtres de l'ECR de 2023.

^{108.} Sandy Torres, *op. cit.*



Analyse différenciée selon les sexes et intersectionnelle

Selon les données de l'ECR de 2023, 13,5 % des Québécoises et Québécois vivaient une situation d'insécurité alimentaire, une moyenne masquant toutefois d'importantes disparités selon les caractéristiques sociodémographiques (figure 6).

Sexe : les taux d'insécurité alimentaire sont très similaires selon le sexe de la personne qui répond : 13,1 % des personnes vivant dans un logement où la personne qui répond est un homme sont touchées, comparativement à 13,9 % lorsque la personne qui répond est une femme.

Âge : l'insécurité alimentaire est plus élevée chez les personnes jeunes, soit 18,5 % pour les 18 à 29 ans, 14,2 % pour les 30 à 64 ans, puis diminue considérablement parmi les personnes âgées de 65 ans ou plus (6 %).

Mode d'occupation : les personnes locataires sont nettement plus touchées (22,2 %) que les propriétaires (9,4 %).

Statut d'immigration du répondant ou de la répondante : l'insécurité alimentaire est plus fréquente chez les personnes immigrantes (19,3 %) que chez celles nées au Canada (10,9 %).

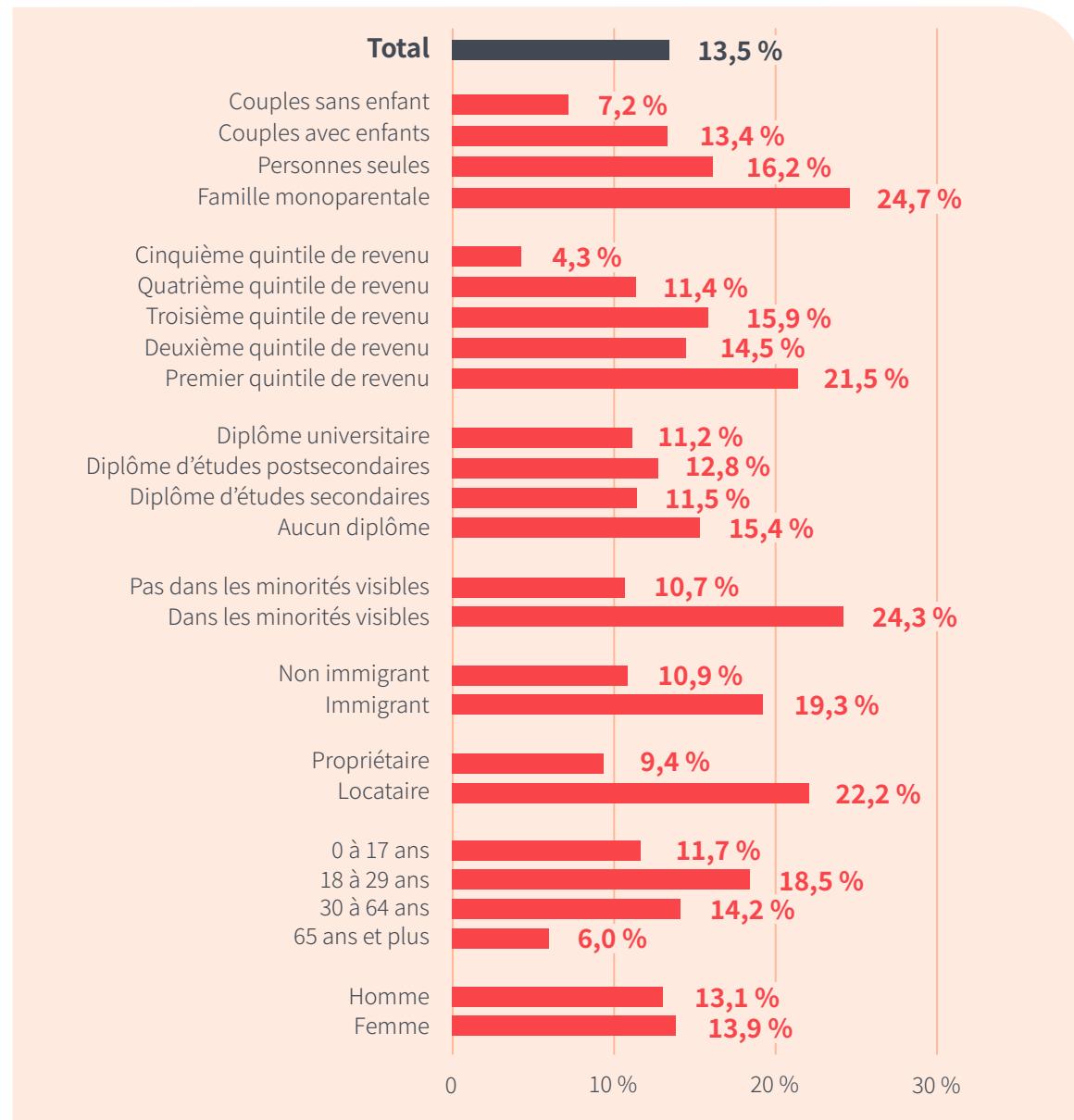
Appartenance à une minorité visible : les personnes s'identifiant à une minorité visible sont plus souvent touchées par l'insécurité alimentaire (24,3 %) que celles n'appartenant pas à une minorité visible (10,7 %).

Niveau de scolarité : l'insécurité alimentaire est plus fréquente chez les personnes sans diplôme (15,4 %). Elle diminue légèrement avec un diplôme d'études postsecondaires (12,8 %) et reste la plus faible chez celles ayant un diplôme d'études universitaires (11,2 %).

Niveau de revenu : l'insécurité alimentaire baisse à mesure que le niveau de revenu augmente. Le taux de personnes touchées dans le premier quintile s'élève à 21,5 %, puis à 14,5 % dans le deuxième, à 15,9 % dans le troisième, à 11,4 % dans le quatrième et à seulement 4,3 % dans le cinquième quintile.

Type de ménage : les personnes vivant seules (16,2 %) ou dans des familles monoparentales (24,7 %) présentent les taux d'insécurité alimentaire les plus élevés. Ces taux sont nettement plus faibles pour les personnes vivant en couple avec enfants (13,4 %) ou en couple sans enfant (7,2 %).

FIGURE 6. Proportion de ménages en insécurité alimentaire selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Québec, 2023



Source : analyse de l'Observatoire québécois des inégalités basée sur le fichier de microdonnées à grande diffusion de l'Enquête canadienne sur le revenu de 2023.

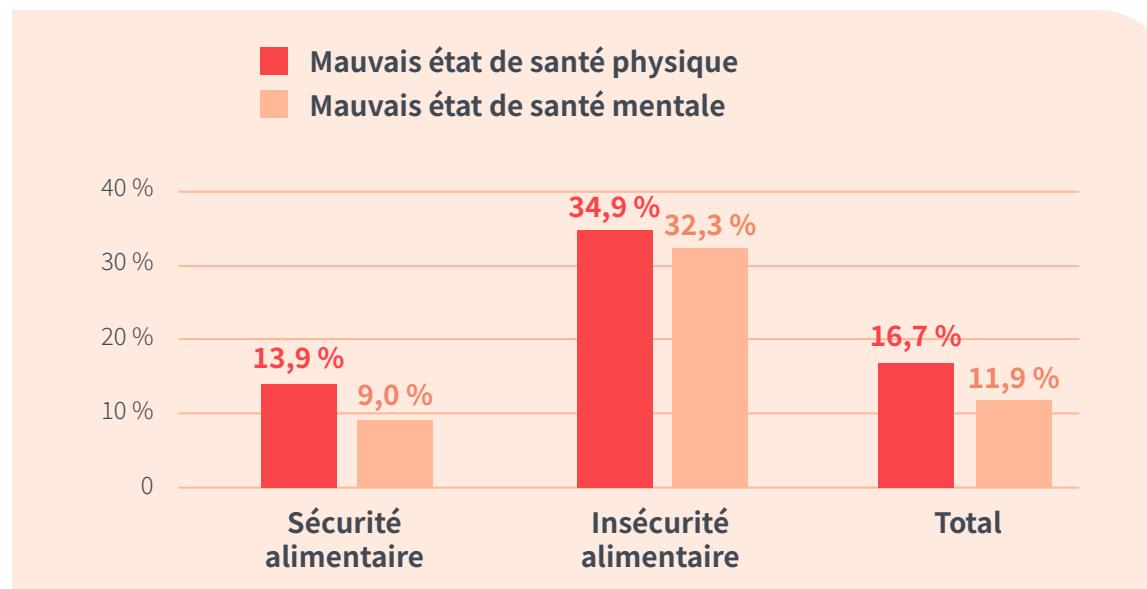


Insécurité alimentaire et état de santé

Les données de l'ESCC permettent de dresser un portrait de l'état de santé autoévalué en fonction de la situation de sécurité alimentaire. En 2023, 34,9 % des personnes vivant en insécurité alimentaire déclaraient un mauvais état de santé générale, contre 13,9 % de celles en sécurité alimentaire. Pour la santé mentale, la proportion atteignait 32,3 % chez les personnes en insécurité alimentaire, comparativement à 9 % dans les ménages en sécurité alimentaire (figure 7). À l'échelle de l'ensemble de la population, 16,7 % rapportaient un mauvais état de santé physique et 11,9 %, un mauvais état de santé mentale.

Ces écarts de prévalence suggèrent que les personnes en situation d'insécurité alimentaire sont plus nombreuses à déclarer un mauvais état de santé, tant sur le plan général que mental. Ce constat vient compléter les résultats précédents sur la répartition de l'insécurité alimentaire selon les conditions de logement, en offrant un aperçu de son association avec des indicateurs subjectifs de santé dans la population québécoise.

FIGURE 7. Prévalence d'un mauvais état de santé autoévalué selon la situation de sécurité alimentaire, Québec, 2023



Source : analyse de l'Observatoire québécois des inégalités basée sur les fichiers maîtres de l'ESCC de 2023.

Résultats des régressions

Insécurité alimentaire et conditions de logement

Les résultats de la régression logistique indiquent que plusieurs dimensions du logement sont statistiquement associées à la probabilité de vivre dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire, après ajustement avec pour les caractéristiques sociodémographiques.

- **Qualité et taille du logement:** les personnes vivant dans un logement de mauvaise qualité présentent un risque 76 % plus élevé de faire face à de l'insécurité alimentaire que celles vivant dans un logement de bonne qualité. De même, habiter un logement dont la taille est insuffisante est associé à un risque 38 % plus élevé d'insécurité alimentaire. Ces deux dimensions contribuent respectivement à 16,7 % et 9,7 % des cas d'insécurité alimentaire dans la population adulte.
- **Abordabilité du logement:** les ménages qui consacrent plus de 30 % de leur revenu au logement présentent un risque 52 % plus élevé d'être en situation d'insécurité alimentaire que

ceux dont le logement est considéré comme abordable ($RR = 1,52$; $p < 0,001$). La fraction attribuable à l'inabordabilité est estimée à 12,9 %, ce qui signifie qu'environ un cas sur huit d'insécurité alimentaire pourrait être évité si tous les ménages vivaient dans un logement économiquement abordable.

Ces résultats confirment que les conditions de logement influencent la probabilité de vivre une situation d'insécurité alimentaire. Toutefois, toutes les dimensions du logement inadéquat ne présentent pas le même degré de robustesse sur le plan méthodologique. Par exemple, les associations entre insécurité alimentaire et qualité ou taille du logement — bien que statistiquement significatives — pourraient être partiellement expliquées par des facteurs structurels non observés, tels que la précarité de l'emploi, l'endettement des ménages, la composition familiale ou encore l'accès différencié aux programmes sociaux et aux réseaux de soutien. Ces variables, qui ne sont pas directement mesurées dans les enquêtes mobilisées, peuvent interférer avec la relation observée, rendant plus difficile l'attribution stricte de l'insécurité alimentaire à l'état du logement. En l'absence

de mécanismes causaux clairement établis, intégrer ces dimensions dans le calcul des fractions attribuables risquerait de conduire à une surestimation de l'effet direct du logement inadéquat sur l'insécurité alimentaire.

En revanche, la dimension économique du logement (l'inabordabilité) repose sur un socle empirique et conceptuel plus solide. De nombreuses études ont démontré que les dépenses élevées en logement réduisent notamment les ressources financières disponibles pour l'alimentation, forçant les ménages à faire des compromis sur la quantité, la qualité ou la diversité des aliments consommés^{109, 110, 111}. Contrairement aux autres dimensions du logement, cette relation entre inabordabilité et insécurité alimentaire est à la fois directe et bien documentée, ce qui justifie sa prise en compte isolée dans l'estimation des fractions attribuables.

En se concentrant sur la dimension de l'abordabilité, la fraction attribuable multivariée de l'insécurité alimentaire aux coûts élevés du logement est estimée à 12,9 %. Ce résultat suggère qu'une part importante de l'insécurité alimentaire pourrait être évitée si les ménages n'avaient pas à consacrer une

109. Sharon I. Kirkpatrick et Valerie Tarasuk, *op. cit.*

110. Valerie Tarasuk, Andy Mitchell et Naomi Dachner (2016). *Household food insecurity in Canada, 2014, Research to identify policy options to reduce food insecurity (PROOF)*.

111. Rachel Loopstra et Valerie Tarasuk (2013). Severity of household food insecurity is sensitive to change in household income and employment status among low-income families. *The Journal of Nutrition*, 143 (8), 1316-1323. doi: 10.3945/jn.113.175414.

proportion disproportionnée de leur revenu au logement.

Insécurité alimentaire et état de santé

Les résultats des modèles de régression logistique montrent qu'il existe une forte association entre l'insécurité alimentaire et la probabilité de rapporter un mauvais état de santé, tant générale que mentale, et ce, après ajustement avec les caractéristiques sociodémographiques des individus (âge, sexe, niveau de revenu, scolarité, type de ménage, appartenance à une minorité visible, identité autochtone et statut migratoire).

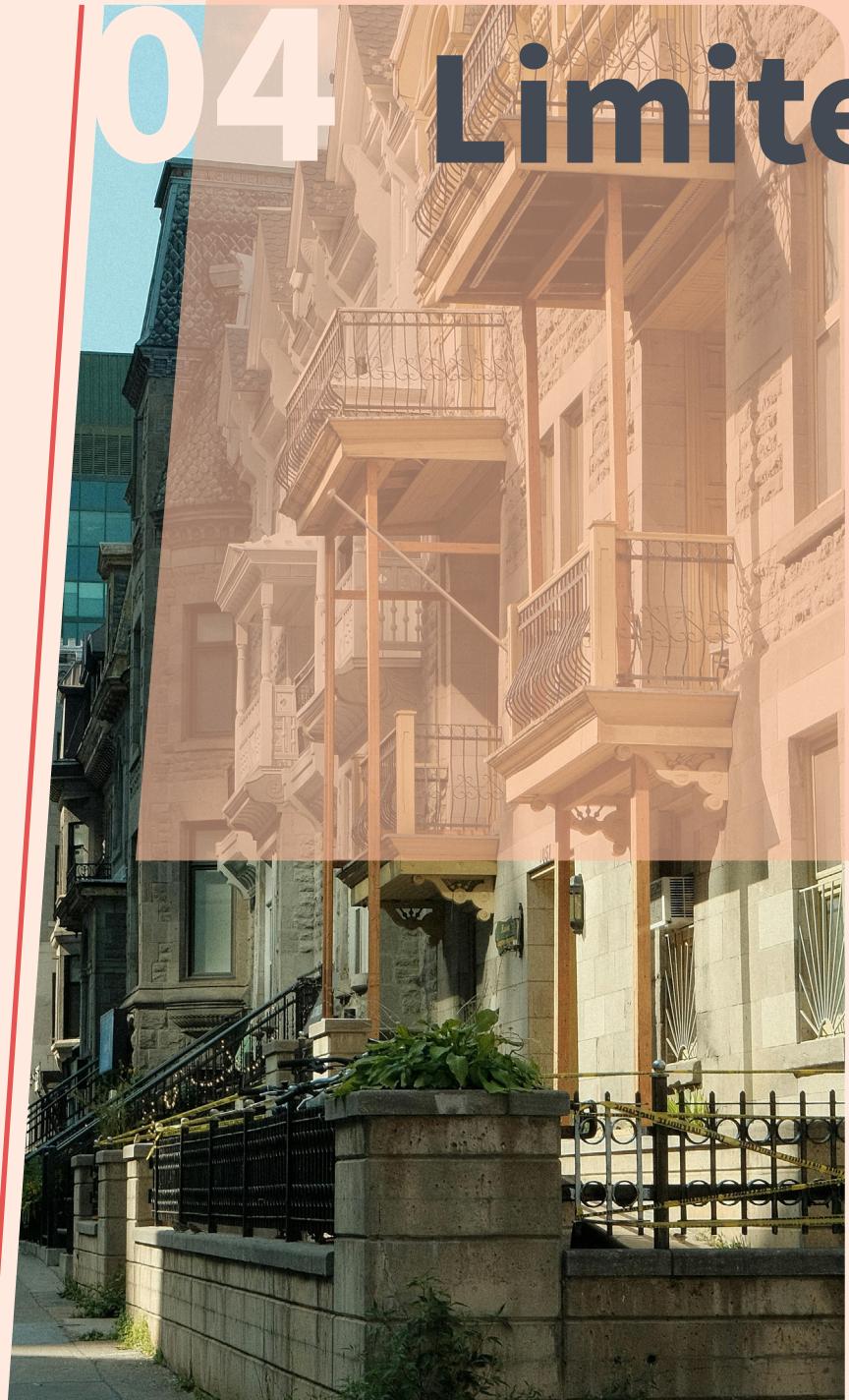
- **Santé générale**: les personnes vivant en situation d'insécurité alimentaire ont une probabilité 218% plus élevée de déclarer un mauvais état de santé générale comparativement à celles en situation de sécurité alimentaire.
- **Santé mentale**: l'insécurité alimentaire est également associée à une probabilité accrue de rapporter un mauvais état de santé mentale. Les personnes concernées présentent un risque 295% plus élevé de détérioration de leur santé mentale par rapport à celles en sécurité alimentaire.

Estimation du coût en insécurité alimentaire attribuable au logement inadéquat

Selon les Banques alimentaires du Québec, la valeur marchande des denrées distribuées en 2023-2024 s'élève à 512 M\$, à laquelle s'ajoutent environ 169 M\$ en aides publiques destinées à soutenir les organismes d'aide alimentaire. L'ensemble représente un coût total de 681 M\$ lié à l'insécurité alimentaire au Québec. À l'aide des analyses de régression, la fraction attribuable de l'inabordabilité du logement est estimée à 12,9 %, ce qui correspond à un coût de 87,7 M\$. Ce montant met en lumière le poids économique indirect du logement inadéquat, qui fragilise la sécurité alimentaire des ménages et accroît la pression sur le filet social et communautaire.



04 Limites



Cette étude comporte plusieurs limites méthodologiques qui doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats.

La première tient à la portée des coûts de santé estimés, qui demeure restreinte, et aux précautions entourant l'exercice d'extrapolation. Les calculs reposent exclusivement sur les consultations de première ligne, seules données de dépenses disponibles de façon harmonisée dans l'ESCC. Les hospitalisations, les visites à l'urgence, les chirurgies d'un jour, les soins à domicile et les médicaments n'y sont pas inclus, alors qu'ils représentent la majeure partie des dépenses du système de santé. L'extrapolation visant à estimer le fardeau global à l'aide de ces seules données doit donc être interprétée avec prudence. Elle repose sur une hypothèse de proportionnalité linéaire entre les dépenses de consultation et les autres postes budgétaires, une hypothèse simplificatrice, car les hospitalisations et les urgences concernent souvent des profils de patients et patientes et des trajectoires de soins très différents. Ainsi, le facteur multiplicatif de 68 évoqué dans le rapport ne constitue pas une estimation empirique, mais plutôt un ordre de grandeur indicatif destiné à illustrer la sous-estimation du fardeau réel. Dans cette optique, les résultats présentés doivent être interprétés comme un ordre de grandeur partiel, centré sur les services de première ligne.

Le choix des barèmes de coûts unitaires constitue une autre limite. Les tarifs de l'ICIS ont été privilégiés pour leur robustesse et leur comparabilité pancanadienne. Toutefois, d'autres sources, comme le Manuel de tarification de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), offrent une granularité plus fine adaptée au contexte québécois. Leur utilisation aurait cependant soulevé des défis méthodologiques, notamment la correspondance entre les catégories de l'ESCC et les actes médicaux détaillés, de même qu'un risque de perte de comparabilité interprovinciale.

La question de l'accès aux données administratives constitue également une contrainte importante. Une estimation plus complète des coûts aurait nécessité l'appariement des microdonnées d'enquête avec les bases administratives individuelles (RAMQ, MED-ÉCHO, etc.). De telles démarches exigent des protocoles d'accès complexes et des approbations éthiques qui dépassaient le cadre du présent projet.

Cette limitation méthodologique est particulièrement manifeste dans le cas des chutes à domicile, qui représentent l'une des principales causes d'hospitalisation chez les personnes âgées. L'intégration d'une évaluation économique des coûts d'hospitalisation et de soins de réadaptation aurait permis d'élargir le champ de l'analyse et de mieux refléter le fardeau sanitaire réel associé au manque de logements adéquats. Toutefois,

cette estimation n'a pas pu être réalisée dans le cadre du présent projet, en raison de l'absence, dans l'ESCC, de variables d'exposition précises relatives à la sécurité du logement et de la non-accessibilité des bases de données administratives hospitalières.

Par ailleurs, les analyses reposent sur des relations directes et ne modélisent pas explicitement les mécanismes de médiation entre logement, pauvreté, insécurité alimentaire et santé. Ces dimensions interagissent pourtant de manière étroite : la pauvreté influence la qualité et l'abordabilité du logement, qui à leur tour affectent la santé, tandis qu'un mauvais état de santé peut réduire les capacités économiques des ménages. L'utilisation de modèles structurels — comme un système d'équations simultanées — permettrait d'approfondir ces dynamiques en estimant conjointement les relations entre ces variables et en limitant les biais d'endogénéité, c'est-à-dire les erreurs qui peuvent survenir lorsque certaines variables peuvent s'influencer mutuellement.

Certaines dimensions du cadre de vie demeurent également absentes de l'analyse. La qualité de l'environnement résidentiel et l'accès aux transports collectifs ou actifs, aux espaces verts et aux services de proximité ne sont pas intégrés, alors qu'ils constituent des déterminants reconnus de la santé et du bien-être. Leur absence tend à sous-estimer le fardeau réel attribuable au

logement inadéquat. Dans la même logique, une approche longitudinale permettrait de mieux saisir les effets cumulatifs du temps passé dans un logement inadéquat, puisque la durée d'exposition influence fortement les conséquences sur la santé physique et mentale.

Enfin, les biais de mesure liés à la déclaration subjective de la santé doivent être soulignés. L'état de santé général et mental autoévalué repose sur la perception individuelle, influencée par des facteurs culturels, sociaux et genrés. Bien que ces indicateurs soient largement utilisés en épidémiologie, ils peuvent comporter un biais selon les groupes sociodémographiques. Ces limites sont particulièrement importantes pour la santé mentale, où la stigmatisation et les différences de perception selon le sexe, l'origine ou la culture peuvent influencer la déclaration d'un mauvais état de santé mentale.

En somme, ces limites méthodologiques invitent à interpréter les résultats comme une estimation prudente et partielle du fardeau économique et sanitaire attribuable au manque de logements adéquats. Elles ouvrent également la voie à des travaux futurs intégrant des données longitudinales, des modèles structurels et des indicateurs environnementaux plus complets afin de mieux rendre compte de la complexité et de l'interdépendance entre conditions de logement, pauvreté et santé.



Conclusion

Les résultats de cette étude confirment que le logement inadéquat constitue un déterminant majeur de la santé publique au Québec. En analysant les données de l'Enquête canadienne sur le logement, de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et de l'Enquête canadienne sur le revenu, il apparaît clairement que le manque de logements adéquats augmente grandement la probabilité de déclarer un mauvais état de santé générale et mentale. De plus, l'insécurité alimentaire, renforcée par l'inabordabilité du logement, amplifie ce fardeau sanitaire.

Les analyses montrent que la mauvaise qualité du logement exerce l'effet le plus marqué: elle double le risque de se déclarer en mauvaise santé générale et accroît de 64 % le risque de mauvaise santé mentale. Sur le plan économique, ces résultats se traduisent par un coût attribuable d'environ 30 M\$ pour la santé générale et près de 10 M\$ pour la santé mentale, uniquement pour les consultations de première ligne. En extrapolant ces estimations aux autres composantes du système de soins, le coût réel des répercussions du logement inadéquat sur la santé pourrait atteindre près de 2,05 G\$ par an au Québec.

Les effets du logement inadéquat ne se limitent toutefois pas à la santé générale et mentale: ils s'étendent également au bien-être global et à la qualité de vie. Les estimations fondées sur l'indice HUI3 de l'ESCC 2023 montrent que le logement inadéquat entraîne une perte moyenne de 0,075 année de vie en bonne santé (QALY) par personne, soit environ 27 jours de vie saine perdus chaque année. Sur l'ensemble de la population adulte, cela représente un coût social estimé à 2,8 G\$ par an.

En outre, le logement inabordable amplifie l'insécurité alimentaire, qui agit comme un canal indirect entre le logement et la santé. Les ménages qui consacrent plus de 30 % de leur revenu au logement présentent un risque 52 % plus élevé de vivre une situation d'insécurité alimentaire. Le coût indirect

lié à l'inabordabilité du logement s'élève à environ 87,7 M\$ par an. Ces chiffres illustrent la pression économique qu'exerce la crise du logement sur la sécurité alimentaire des ménages.

Ces résultats doivent néanmoins être interprétés avec prudence. Les coûts reposent sur des données partielles, limitées aux services de première ligne, et les enquêtes utilisées étant transversales, elles permettent d'identifier des associations robustes, mais non une causalité stricte. Par ailleurs, certains facteurs structurels, tels que la précarité de l'emploi, l'endettement ou la qualité de l'environnement résidentiel, n'ont pas pu être intégrés, conduisant vraisemblablement à une sous-estimation du fardeau réel.

En définitive, cette note met en évidence que la crise du logement ne se limite pas à une question d'habitation, mais représente aussi un enjeu sanitaire et économique. Reconnaître le logement comme un déterminant central de la santé souligne que l'amélioration de l'accès à des logements de qualité et abordables peut constituer un puissant levier de réduction des inégalités et d'allègement des coûts collectifs. Ce travail ouvre également la voie à d'autres pistes de recherche, portant notamment sur les liens entre le logement inadéquat et d'autres enjeux tels que l'itinérance, le développement des jeunes enfants, la violence domestique ou encore la consommation énergétique. L'exploration de ces dimensions

permettra de mieux saisir l'ampleur et la diversité des coûts générés par le manque de logements adéquats pour la collectivité.

