

# CONSIDÉRER LE LOGEMENT COMME UN « TOUT » POUR MIEUX COMPRENDRE SES RELATIONS AVEC LA SANTÉ

---

Analyse rédigée par Laurence Nicolle-Mir - Volume 17, numéro 2, Mars-Avril 2018

S'ajoutant à un nombre croissant de travaux visant à comprendre et mesurer l'influence de l'habitat sur le bien-être et la santé, cette publication d'une équipe de chercheurs australiens et britanniques défend l'idée d'une approche globale plutôt que compartimentée du logement. L'article rapporte les résultats d'une étude menée dans une communauté modeste du sud de l'Australie avec un indice reflétant l'accumulation de facteurs négatifs liés aux conditions de logement.



Tout en reconnaissant la complexité de la relation entre le logement et la santé, la littérature épidémiologique dans ce domaine est essentiellement composée d'études rapportant l'effet d'un aspect particulier de l'habitation sur un critère sanitaire donné. Ces analyses partielles de la relation, guidées par le besoin d'identifier les « mauvais acteurs » au sein d'un ensemble, ont abouti à la mise en évidence d'associations causales comme celle reliant l'humidité du logement à la mauvaise santé respiratoire de ses occupants. Mais cette méthode d'investigation fragmentaire a des limites. Les auteurs de cet article citent l'exemple de la dégradation de la santé mentale observée dans une population d'Australiens économiquement défavorisée lorsque le logement devient inabordable (coût dépassant 30 % du revenu). L'estimation suggère qu'un loyer pesant trop lourdement dans le budget n'a qu'un faible impact sur la santé mentale, mais des facteurs tels que la qualité de l'environnement, le confort du logement et son adéquation aux besoins n'ont pas été pris en compte, alors qu'une autre étude pointe l'importance du niveau de satisfaction, qui peut tantôt atténuer, tantôt accroître, l'im-

pect de caractéristiques négatives du logement sur le bien-être psychologique.

Pour les auteurs, le logement doit être considéré comme un tout. En extraire de petits morceaux afin de mesurer l'effet propre à chacun en ignorant leurs interactions expose à des erreurs d'interprétation et conduit à sous-estimer le retentissement global sur la santé de mauvaises conditions de logement. Pris isolément, chaque facteur négatif (exiguïté du logement, insécurité du quartier, précarité du statut de l'occupant, etc.) a nécessairement un impact limité sur la vie d'un individu. S'ajoutant les uns aux autres, ils peuvent considérablement altérer son niveau de bien-être et de santé.

Sur ces bases, un indice reflétant l'accumulation de facteurs susceptibles d'affecter la santé a été construit. L'intérêt de cet « indice des atteintes à la santé » (*Index of Housing Insults – IHI*) a été testé dans un échantillon limité de foyers australiens ayant un niveau de revenu faible à modéré. L'objectif était, d'une part, d'identifier les groupes les plus exposés à une accumulation des atteintes à la santé, et d'autre part, d'examiner les corrélations entre le score IHI et diverses mesures de l'état de santé.

### OUTILS DE L'ÉTUDE

À partir des données de la littérature, cinq composantes ont été intégrées à l'IHI : le coût du logement (abordable ou trop onéreux par rapport aux possibilités financières), le sentiment de sécurité (statut de l'occupant et voisinage), la qualité du logement (en termes d'adéquation aux besoins de la famille et d'état de vétusté), celle de la zone résidentielle (problèmes rencontrés), et l'accessibilité des services et ressources nécessaires à la famille. Onze questions ont été formulées pour explorer ces domaines. Une analyse en composantes principales a montré un faible degré de corrélation entre ces 11 indicateurs à quelques exceptions près, et tous ont finalement été conservés à poids égal dans l'indice agrégé, qui a été normalisé pour un score total compris entre 0 et 100 (le score augmentant avec l'accumulation des atteintes à la santé dues aux conditions de logement).

Le questionnaire SF-12 (version abrégée de l'échelle d'auto-évaluation de la qualité de vie et de l'état de santé SF-36) a été utilisé pour établir un score de santé mentale et un score de santé physique. En complément, une échelle d'appréciation de l'état de santé général a été administrée (cinq niveaux d'excellent à médiocre) et l'existence d'une dépression médicalement diagnostiquée a été recherchée.

L'enquête (qui comportait également des questions d'ordre socio-démographique) a été proposée par voie postale et informatique à 1 008 foyers du sud de l'Australie, cet échantillon incluant une proportion plus importante de foyers mal logés et/ou résidant dans des zones défavorisées qu'au plan national. Seuls les questionnaires entièrement remplis ont été analysés.

### GROUPES DE POPULATIONS VULNÉRABLES

Le score IHI moyen dans l'échantillon analysable (638 répondants) est égal à 36. Plusieurs tendances apparaissent clairement après répartition des scores selon l'âge (six groupes), le sexe, l'ethnicité (indigène ou autre), le statut vis-à-vis de l'emploi (temps plein, temps partiel, sans emploi, hors population active), le statut conjugal (marié/vivant maritalement,

veuf, divorcé, séparé, jamais marié), le statut de l'occupant (propriétaire/acquéreur, locataire dans le privé avec ou sans aide publique, locataire du parc public) et le rang de chef de famille ou pas. Ainsi, le score diminue avec l'âge, passant de 54 en moyenne dans le groupe des 17-24 ans à 35 dans celui des personnes âgées de 65 ans et plus. Il est en moyenne

de 32 dans le groupe des employés à temps plein contre 48 dans celui des chômeurs. Par ailleurs, l'IHI est plus bas chez les propriétaires (31) que dans les autres catégories (score

maximum de 52 pour les locataires aidés), et plus bas chez les personnes mariées (35) et veuves (37) que chez celles qui sont séparées (43) et n'ont jamais vécu en couple (44).

### SCORE IHI ET ÉTAT DE SANTÉ

Une relation linéaire est observée entre le score IHI et le score SF-12 de santé mentale (qui se dégrade avec l'augmentation des atteintes à la santé dues aux conditions de logement), sur la base de 615 répondants. Le gradient est moins net pour la santé physique. En revanche, le score IHI est clairement corrélé à la santé générale perçue (score moyen égal à 29 dans le groupe des sujets l'évaluant comme excellente et à 47 à l'extrémité opposée ; base = 634 répondants), ainsi qu'à la présence d'une dépression (taux de prévalence de 26 % dans la population des 638 répondants ; score IHI moyen égal à 47 *versus* 35 chez les sujets ne rapportant pas être déprimés).

Les auteurs ont réalisé une analyse multivariée prenant en compte plusieurs caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, niveau d'études et de revenu, ainsi que les quatre statuts), également ajustée selon la présence ou l'absence de maladie chronique. Des associations très significatives ( $p < 0,0001$ ) entre le score IHI et la santé mentale, la santé générale perçue, ainsi que la dépression, sont retrouvées. Le résultat n'est pas significatif pour la santé physique, ce qui suggère que la valeur prédictive de l'IHI n'est pas meilleure

que celles de variables traditionnellement utilisées comme le niveau de revenu ou le statut propriétaire/locataire.

L'étude étant transversale, ses résultats peuvent être interprétés de deux façons : les personnes en mauvaise santé sont également souvent logées dans de mauvaises conditions, ou les mal logés ont aussi tendance à être en mauvaise santé. Les auteurs souhaitent d'autres travaux, dans des échantillons plus vastes, avec des critères de mesure de l'état de santé et de celui du logement plus objectifs que l'auto-déclaration.

**Cette brève est tirée de l'article suivant : Baker E<sup>1</sup>, Beer A, Lester L, Pevalin D, Whitehead C, Bentley R. Is housing a health insult ? *Int J Environ Res Public Health* 2017 ; 14 : 567.**

doi : 10.3390/j.ijerph14060567

<sup>1</sup> School of Architecture and Built Environment, University of Adelaide, Australie.