

Yaneira Wilson, architecte

Yankel Fijalkow, sociologue et urbaniste

Synthèse

Dépossession

La littératie en santé dans l'habitat
et la gestion du lieu de vie



© Équipe de recherche



Yaneira Wilson, architecte,
maîtresse de conférences et chercheuse à l'ENSAPVS. LAVUE-CRH. CNRS

Yankel Fijalkow, sociologue et urbaniste,
professeur des universités. ENSAPVS. LAVUE-CRH. CNRS

Synthèse

Dépossession

La littératie en santé dans l'habitat
et la gestion du lieu de vie



les chantiers

LEROY MERLIN Source

▶ Problématique générale	3
▶ Méthodologie	5
▶ Principaux résultats	11
▶ Logement social et domotique	14
▶ Le bruit comme perturbateur de la santé	15
▶ Conclusion	16

Problématique générale

Ce chantier de recherche montre comment la complexification de l'habitat, que l'on constate quotidiennement, entraîne chez les habitants un sentiment de non-maîtrise de leur chez-soi, de leur corps et de leur santé. Autant de points d'achoppement qui entraînent un sentiment de perte de maîtrise de l'occupation de l'espace habité.

➤ La multiplication des équipements et fournitures, l'expansion technologique, le poids des impératifs environnementaux et le prix de l'énergie sont les principaux facteurs de ce phénomène. Nous avançons l'hypothèse que celui-ci agit sur la santé physique et mentale. **La notion de santé que nous adoptons s'envisage à deux échelles : celle de l'environnement urbain et celle de l'espace intérieur du logement.** À l'échelle urbaine, les atteintes de l'environnement à la santé humaine sont désormais reconnues comme un problème public : pollution atmosphérique, éloignement des services, manque d'espaces verts, nuisances sonores. À l'échelle domestique, les intérieurs ne constituent pas pour autant des abris étanches : la mauvaise qualité de l'air intérieur, la présence de matériaux nocifs (plomb, amiante), l'humidité, les défaillances d'isolation phonique et thermique, ou encore l'exiguïté des espaces contribuent à l'apparition de troubles respiratoires, cardiovasculaires, du sommeil ou encore de situations de stress. **En définitive, la santé est moins un état biologique qu'une capacité personnelle à faire face à l'existence notamment lorsque celle-ci est menacée.**

➤ Nous développons la notion de littératie en santé dans l'habitat (Fijalkow et Wilson 2024) qui correspond à la maîtrise de son logement et de son pouvoir d'agir. En effet, habiter consiste à s'inscrire dans des normes de construction et d'usage de l'espace. Transposée à l'habitat, la littératie ne peut être fondée sur seuls la mesure et les scores du bien habiter, mais doit saisir la complexité des rapports d'appropriation de l'espace habité en tant qu'espace matériel, technique et technologique. **La littératie en santé dans l'habitat s'intéresse aux compétences ordinaires permettant d'articuler les difficultés d'usage du logement aux effets sur la santé, ou d'imaginer des marges d'amélioration** (Brisepierre 2015). Dans cette perspective, elle consiste à recueillir et reconnaître un récit-habitant intégrant les dimensions sensibles, symboliques et sociales des rapports à l'espace.

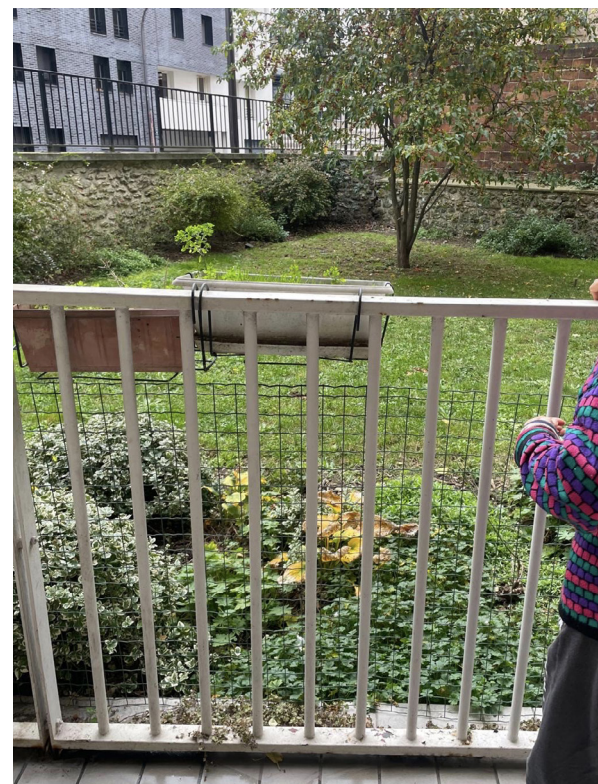
➤ Le concept de prises pour habiter proposé par Nowik (2018) éclaire ce processus : les prises – matérielles (un jardin partagé), symboliques (la capacité d'utiliser des équipements) ou sociales (un réseau relationnel) – constituent des appuis permettant d'agir et d'adapter son habitat. L'absence de prises correspond à une sorte d'anomie spatiale et donc au sentiment d'être perdu, anomie doublée d'une tension émotionnelle liée aux difficultés d'appropriation du logement. Ce stress, produit par des conditions défavorables (insalubrité, précarité énergétique, instabilité résidentielle, équipements non souhaités), détériore la santé physique et mentale en altérant la sécurité, le sentiment d'appartenance et la capacité d'action.

➤ Face à ces situations, les habitants déploient différentes stratégies, que le modèle *Exit, Voice, Loyalty* d'Albert Hirschman (1970) permet de lire : partir, s'exprimer ou contester et se conformer ou s'adapter. **Lorsque le monde devient incompréhensible, un faible niveau de littératie constitue dès lors un facteur de stress résidentiel, et peut exercer une influence sur la santé et la capacité à agir des usagers, car il compromet la compréhension des dispositifs techniques et des exigences administratives et produit du repli sur soi et de l'isolement.** À cet égard, la sociologie de la traduction (Akrich, Callon, et Latour 2006) permet d'analyser les interactions entre acteurs humains et actants non humains. Ainsi les instruments, tels que le diagnostic de performance énergétique (DPE) ou la domotique, agissent comme des actants : ils participent à la normalisation des pratiques domestiques et produisent des effets d'incertitude et de contrainte.

➤ La santé dans le logement se situe au croisement des dysfonctionnements matériels (ventilation, humidité, bruit, température) et corporels (affections respiratoires, stress, fatigue). L'évolution récente de l'habitat accroît la complexité de ses modes de gestion, de maintenance et d'entretien.

Les services désormais associés au logement – énergie, eau, connectivité, sécurité – requièrent des compétences techniques et administratives étendues. Cette complexification alimente une forme de désappropriation lorsque les habitants ne maîtrisent plus le fonctionnement ni la régulation de leur logement. Face à l'accumulation de dispositifs et d'obligations contractuelles, face aux contrôles d'accès, aux interphones transférés sur les téléphones portables et aux innombrables sollicitations commerciales non souhaitées, un sentiment de méfiance et d'insécurité se développe. Or, la maîtrise de l'environnement est justement ce que promettent les nouvelles technologies de l'habitat en affirmant une meilleure maîtrise du chauffage, de la qualité de l'air ainsi que de la sécurité des biens et des personnes.

➤ **L'étude du lien entre santé et habitat requiert donc de dépasser la seule approche biomédicale pour y intégrer la dimension expérientielle et subjective.** En transposant la notion de littératie en santé à l'habitat, nous proposons de la définir comme la capacité d'un individu à identifier les liens entre les caractéristiques de son logement et sa santé, à interpréter les signes matériels de dysfonctionnement (humidité, odeurs, bruit) et à mobiliser des ressources pour y remédier. La littératie en santé dans l'habitat correspond ainsi à la mise en œuvre d'une maîtrise du lieu de vie et à un pouvoir d'agir.



◀ Aveline, dans son nouvel appartement proche de l'hôpital Bichat à Paris, nous montre les pertes de chaleur au niveau de la porte et exprime son regret d'avoir quitté son ancien jardin. Elle dispose néanmoins d'un petit espace vert commun, dont elle peut profiter depuis son balcon.

Méthodologie

Votre santé dans votre logement, discutons-en !

Nous travaillons depuis 3 ans sur la relation entre habitat et santé. Pour avancer, nous avons besoin de vous! Cette recherche vous offre l'opportunité de vous **exprimer, parler de votre ressenti** et des problématiques de votre quotidien dans votre habitat. Afin de mener à bien notre mission, nous vous invitons à participer à nos entretiens sur le rapport entre votre bien-être et votre logement.

Ces échanges se feront sur la base du volontariat et seront anonymisés

Le saviez-vous?

Les questions de chauffage ont des effets sur la concentration mentale, sur la respiration et sur le stress. (Ostafurves, Skjopen, 2007)

La qualité de l'air et les moisissures ont des effets sur l'appareil respiratoire. (Pis, Le-Gomez, Mendell, 2005)

L'isolation phonique a des effets sur le sommeil et la vigilance. (Borner et al., 2011)

Les matériaux de construction et les revêtements peuvent avoir des effets allergiques. (Borner, Langren, Weidner, 2009)

Le manque d'espaces verts peut avoir des effets sur l'obésité et les maladies cardiovasculaires. (Borner et al., 2014)

Certains produits d'entretien et de ménage peuvent provoquer des allergies. (Ghazeni, Foglia, 2002)

La conduite des opérations thermiques peut avoir des effets sur la santé mentale des habitants. (Wilson, Fjellow, 2020)

Pour participer à notre recherche
contact : saphir.crh@gmail.com

Le logement, c'est bien plus qu'un toit!

Un lieu de travail: En 2023, 33% des Français pratiquent le télétravail au moins une fois par semaine. (Source: QualiW 2023)

Un enjeu économique: Les ménages consacrent environ 22% de leur budget à leur logement et 10% à l'énergie (chauffage, électricité). (Source: Insee 2010)

Un lieu de repos: En moyenne, nous passons plus d'1/3 du temps dans notre logement à dormir. (Source: Santé Publique France 2019)

HABITAT ET SANTÉ

Bien comprendre son cadre de vie pour bien comprendre sa santé

C'est aussi...

Un lieu de loisirs: la crise du Covid a notamment contribué à modifier nos pratiques. (Source: QualiW 2023)

Un lieu de repos: En moyenne, nous passons plus d'1/3 du temps dans notre logement à dormir. (Source: Santé Publique France 2019)

Un logement de qualité, cela ne va pas de soi...

Les défauts d'aménagement les plus courants pour les locataires du parc social en France

 30,7% Fenêtres mal isolées	 17,9% Difficultés à chauffer	 10,7% Vis-à-vis de moins de 10m
 27,8% Signes d'humidité	 9,1% Manque d'aération	
 20,9% Problèmes d'isolations		

Source: Ministère de la Transition Écologique et de la Cohésion des Territoires 2022

Les conséquences du logement sur la santé

«Le logement peut **altérer** de multiples façons la santé physique mentale et sociale en **générant** diverses pathologies ou en les **aggravant**», comme:

- les pathologies allergènes et respiratoires
- les pathologies infectieuses
- les pathologies cardio-vasculaires,
- les cancers
- la santé mentale, le sommeil, le stress...
- les traumatismes
- ...

Source: Ministère de la Transition Écologique et de la Cohésion des Territoires 2022

Votre santé dans votre logement, discutons-en !

Affiche de la recherche-action SAPHIR. ▲

➤ Pour répondre à ce questionnaire, nous nous inscrivons dans la continuité de la recherche-action SAPHIR, soutenue par l'ARS Île-de-France depuis 2022, qui adopte une approche qualitative pour explorer l'impact du logement sur la santé des habitants. Au cours de cette recherche, nous avons constaté que la complexité de la gestion de l'habitat affectait la santé physique et mentale des habitants, qu'il s'agisse des appareils de chauffage, de l'isolation thermique et phonique, sans parler des outils de la domotique. Nous avons donc voulu approfondir cette dimension en réalisant des entretiens supplémentaires sur des terrains que nous connaissions déjà, et sur des thèmes qui faisaient défaut ou étaient incomplets dans la recherche SAPHIR. Ces entretiens ont porté sur de nouvelles thématiques et ont mobilisé des outils comme la caméra thermique, ce qui n'avait pas été fait dans la recherche SAPHIR. À la demande de LEROY MERLIN Source (LMS) et de l'Institut pour la recherche Caisse des dépôts et consignations (Institut CDC), de nouveaux types de logements (maisons individuelles, par exemple) ont été intégrés.

➤ **Dans la première phase du présent chantier de recherche, des cafés pédagogiques ont été organisés**

dans les immeubles collectifs afin d'échanger avec les résidents sur l'incidence de la qualité du logement sur la santé physique et mentale. Pour cela, nous utilisons des supports didactiques; ils sont agrémentés d'affirmations avérées (par exemple: « la santé, c'est bien plus que l'absence de maladies ») ou encore de réponses simples à des questions

de fond (« à quoi correspond le bien-être dans le logement? ») (Wilson et Fijalkow 2024a). Les affirmations et questions utilisées renvoient à des résultats de recherches et donnent quelques définitions, par exemple des « passoires thermiques ». Ces cafés pédagogiques ont pour objectif d'attirer l'attention des habitants sur les questions de santé, de leur donner un rôle plus actif dans le processus de la recherche et de les encourager à participer aux entretiens individuels.



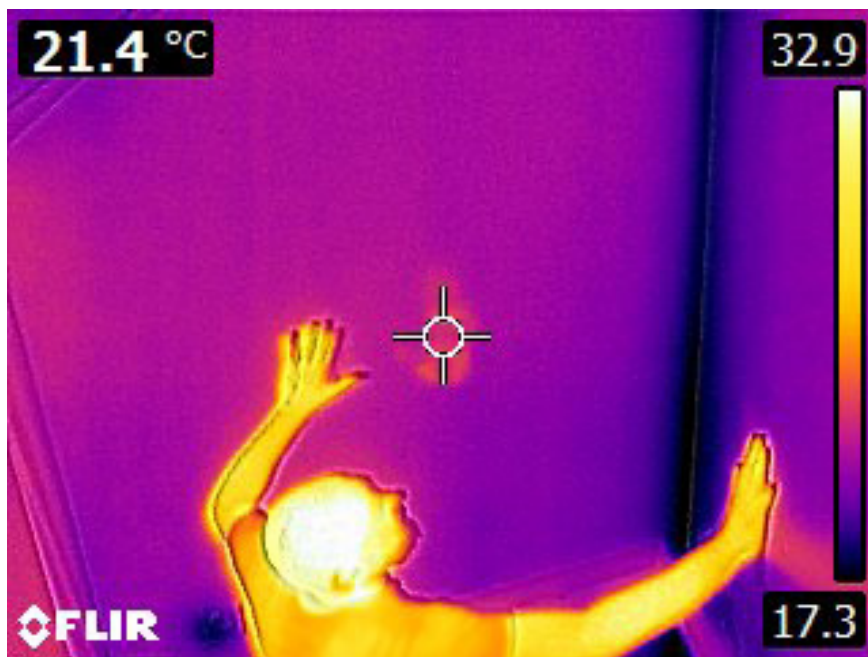
▲ Café pédagogique avec les habitantes dans la salle commune à Bourges, association La Maison des Pourquoi pas.

➤ **Dans une seconde phase, à travers des entretiens individuels (grille d'entretien en annexe du rapport de recherche), nous abordons les trajectoires résidentielles des habitants,**

afin de comprendre les dynamiques de mobilité, les logiques d'installation et les contraintes subies ou choisies. Ce temps méthodologique permet d'approfondir les pratiques de l'habitat à l'intérieur du logement, en s'intéressant aux usages, aux ajustements quotidiens, aux bricolages ou aux ressentis corporels dans l'espace de vie. Ces échanges ouvrent aussi une réflexion plus large autour du lien entre habitat et santé, en intégrant les perceptions subjectives du bien-être, de l'inconfort ou du stress résidentiel. Par ailleurs, nous réalisons des relevés habités qui cartographient les aménagements, et mettent en évidence l'utilisation des espaces, la polyvalence des pièces et la densité d'occupation.



▲ Focus group et restitution de résultats dans un bâtiment parisien. @ Équipe de recherche, 2024



▲ La production d'images par la caméra thermique suscite la parole et le geste du corps montrant le différentiel de température.

➤ Pour renforcer les relevés habités, nous avons aussi pris des photos de certaines zones de l'intérieur des logements avec la caméra thermique, ce qui a aussi entraîné un dialogue avec les habitants. Les résultats de ces entretiens et relevés sont synthétisés dans des fiches thématiques portant sur des lieux-enjeu, tels que les fenêtres, les ascenseurs, les balcons, les escaliers, le chauffage et les espaces communs. La plupart des habitants ont compris le fonctionnement de la caméra thermique révélant les écarts de température invisibles à l'œil nu, ainsi que le sens des couleurs vives (jaune/rouge pour chaud, bleu/violet pour froid) comme des zones de déperdition ou de confort thermique. Ils ont été confrontés à une « carte de chaleur » du logement coïncidant parfois avec leurs expériences corporelles. Ces images ont donc complété les mots et déclenché des émotions liées au vécu domestique. **Les thèmes principaux que nous avons relevés portent sur les défauts d'isolation (ponts thermiques, infiltrations), le confort quotidien (zones froides près des fenêtres ou planchers) et les impacts sur la santé (humidité, stress thermique pour les personnes malades ou vieillissantes ainsi que des personnes plus jeunes.** Des récits ont aussi porté sur les économies d'énergie potentielles et les souvenirs personnels liés aux inconforts estivaux et hivernaux.

« Nous ne pouvons pas dire que le concept de "pathologique" soit le contradictoire logique du concept de "normal", car la vie à l'état pathologique n'est pas absence de normes mais présence d'autres normes. »

Georges Canguilhem (1951). « Le normal et le pathologique », in *La Connaissance de la vie*, Vrin, 1992, p. 166-167.

➤ **Dans une troisième phase, un *focus group* a été organisé, uniquement au sein des immeubles collectifs retenus dans le cadre de cette étude, afin de présenter et de partager les éléments de diagnostic et de bilan sur la qualité de l'habitat.**

Toutes les personnes interrogées, ainsi que toutes les personnes intéressées par les enjeux de santé y ont été conviées. Ce *focus group* visait à identifier des leviers d'action possibles, le développement de solutions techniques alternatives ou encore l'adaptation des dispositifs réglementaires. Il a permis également de repenser collectivement la gestion et l'usage des espaces communs, et aussi de l'intérieur du logement en impliquant activement les habitants.

➤ Si dans les immeubles, la mise en dialogue a nécessité une organisation par étape, dans les maisons individuelles, la prise de contact a été à la fois plus complexe et directe. Ne disposant pas de bailleur ni de conseil syndical en fonction d'intermédiaires, nous avons toqué aux portes, interpellé des personnes dans leur jardin et sollicité une visite immédiate ou un rendez-vous. Un dépliant (le même que pour les immeubles collectifs) a été fourni aux intéressés avant l'entretien individuel qui s'est déroulé immédiatement ou après une prise de rendez-vous. Nous avons pu, dans certains cas, répéter les entretiens à des saisons et conditions thermiques différentes.



▲ Focus group de restitution de notre enquête auprès des habitantes concernées.

Typologies des bâtiments et périmètre géographique

➤ Nous avons cherché dans cette enquête à diversifier le panel d'habitants interrogés, en nous appuyant sur un échantillon d'immeubles très différenciés. 45 foyers ont été enquêtés au total dont 10 en maisons individuelles hors de Paris et 35 en appartements dans des bâtiments collectifs publics ou privés. Il s'agit de :

1. **Bâtiments collectifs** d'une vingtaine à plusieurs centaines de logements, à Paris, en banlieue proche (Champigny-sur-Marne), en grande banlieue parisienne (Voisins-le-Bretonneux), en ville moyenne (Bourges), et en périphérie de métropole régionale (Rouen). Les foyers rencontrés étaient des locataires du parc social ou des propriétaires occupants en copropriété.



▲ Copropriété à Champigny-sur-Marne.

2. **Appartements neufs**, construits dans les années 2000 et équipés de divers systèmes de gestion automatisée (domotique). Il s'agissait de résidences intergénérationnelles et participatives labellisées « Mon logement santé » se trouvant à Bourges, Rouen et Voisins-le-Bretonneux.



▲ Bâtiments labellisés « Mon logement santé ».

3. **Des maisons individuelles** en banlieue proche de Paris, en grande banlieue, en ville moyenne et en périphérie de métropole régionale (Bourges, Rouen et Voisins-le-Bretonneux).



▲ Rue de maisons individuelles à Champigny-sur-Marne.

➤ Certaines se situent dans des lotissements récents, le long de voies mitoyennes et de cours d'eau, d'autres dans un quartier en politique de la ville (QPV). Les plus anciennes sont des années 1950, et les plus récentes des années 2000 et font partie d'un programme de logements sociaux.

Trajectoires résidentielles et profil des enquêtés

➤ Le profil des populations rencontrées reflète des trajectoires résidentielles très variées.

1. **Des populations très pauvres**, qui ont vécu dans des foyers et des hôtels sociaux. L'accès à un logement social signifie la fin de l'errance et la possibilité d'accéder à un emploi et aux services sociaux et de santé grâce notamment à une adresse de domicile. Ces populations éprouvent une joie d'habiter et un certain bien-être malgré l'état du logement. Certains ont emménagé depuis longtemps et souhaitent maintenant quitter le logement en raison de son insalubrité. Mais, ils se retrouvent souvent bloqués car leur demande n'aboutit pas.
2. **Des populations prioritaires**: en raison d'un handicap physique ou psychique des parents ou d'un enfant, des populations âgées, des mères célibataires.
3. **Des populations de CSP moyenne** en accession à la propriété qui ne pourraient pas accéder à la propriété sur le marché privé. Leur mobilité est bloquée dans des appartements ou des maisons qui présentent de nombreuses malfaçons. Dans la même catégorie, on ajoutera six copropriétaires de la résidence Diderot à Champigny-sur-Marne qui estiment appartenir à une classe moyenne écartée du marché immobilier parisien.
4. **Des propriétaires de maisons individuelles** qui se divisent entre trentenaires, certains ayant hérité, et personnes plus avancées en âge.

➤ En synthèse, notre échantillon (43 ménages) compte majoritairement des employés et ouvriers (37%) des cadres et professions intermédiaires (30%), des enseignants (12%), des cadres supérieurs (7%) et autres catégories (14%). À noter une surreprésentation des retraités, notamment dans les logements sociaux.

➤ Les professions du soin et du médico-social sont particulièrement présentes (infirmier, aide-soignante, cadre de santé, éducatrice spécialisée). D'autres professions représentées relèvent de l'enseignement, de la culture, de la fonction publique ou de l'artisanat. Les situations résidentielles sont contrastées (précarité, publics prioritaires, classes moyennes en accession contrainte, propriétaires). La structure par âge est relativement équilibrée : 19% < 40 ans ; 43% de 40–65 ans ; 38% de 65–85 ans). La moitié des entretiens (31) ont été menés avec des femmes, ce qui reflète aussi la structure des foyers rencontrés, femmes vivant seules.

Grille d'entretien

➤ La grille d'entretien a été conçue pour analyser les liens entre logement, pratiques domestiques et santé à partir de l'expérience des habitants. Elle repose sur une approche qualitative visant à saisir les compétences mobilisées pour habiter, gérer et adapter le logement, au-delà de ses seules caractéristiques techniques.

➤ La grille articule plusieurs registres de compétences : financières et gestionnaires (rapport aux dépenses, à l'énergie, aux équipements et à leur pilotage), spatiales et techniques (perception du bâti, diagnostics informels, réparations et aménagements), sensorielles (sensations de froid, de chaleur, d'inconfort ou de densité) et environnementales (liens perçus entre habitat, environnement et santé). Ces entrées permettent d'analyser les marges de manœuvre des habitants, inégalement distribuées selon les formes d'habitat et les statuts d'occupation

➤ Enfin, la grille intègre une dimension réflexive visant à évaluer dans quelle mesure l'entretien lui-même participe à une prise de conscience des enjeux sanitaires et énergétiques du logement.

Principaux résultats

Au cours de ces entretiens, les personnes interrogées se présentent parfois comme des acteurs vulnérables hésitant entre résignation quotidienne et aspirations à l'indépendance, ce qui éclaire leur rapport à la santé sous trois dimensions principales : la santé physique, la santé mentale, la santé sociale.

- D'une part, les habitants décrivent **la santé physique** comme liée à l'abri qu'elles cherchent à préserver – du froid et des épisodes de canicule –, une santé que ces interviewées craignent de perdre face aux températures extrêmes, soulignant une vigilance accrue sur leur ressenti malgré les limites de leur logement.
- D'autre part, certains habitants témoignent d'**une santé mentale fragilisée**, liée à des températures inadaptées, un manque d'isolation phonique ou le stress lié à des équipements domotiques imposés et non maîtrisés, qu'ils perçoivent comme intrusifs et anxiogènes.
- Enfin, **une santé sociale** émerge chez d'autres de la non-reconnaissance et de l'interdiction d'agir sur leur espace : ils regrettent de ne pouvoir entreprendre réparations ou aménagements. Là, pourrait s'appliquer la philosophie du *care*, attentive à reconnaître restaurer la capacité d'agir des habitants (Wilson et Fijalkow 2024b).

➤ **Ces trois formes de santé renvoient à la recherche d'une sécurité ontologique** (sentiment de contrôle et d'une appropriation de l'espace matériel pour « être en sécurité » dans son lieu de vie), que le logement est supposé accorder (Dunn, 2000) : c'est dans ce cadre que se posent les questions thermiques, phoniques et relatives à la domotique qui se sont avérées être les trois thèmes majeurs des récits recueillis.

“

J'ai dû faire changer le chauffage. Maintenant, c'est une chaudière qui est très saine. Pour l'heure, ce n'est pas un problème. Mais c'est des angoisses, l'idée que si tout à coup, tout ça se met en panne, qu'est-ce que je fais ? Le thermostat qui est là, avant c'était un thermostat qui fonctionnait avec de l'électricité simplement. Et là, maintenant, ce sont des piles. Alors moi, je me dis, mais si ça se met en panne pendant que je ne suis pas là, qu'est-ce qui va se passer ? Il y a plein de petites choses comme ça qui, pour le moment, m'échappent. Ne m'échappent pas tout à fait, mais je crains que ça m'échappe. On peut vouloir contrôler toutes ces petites choses-là.”

France, 85 ans



▲ Immeuble HBM à Paris.

Dans les immeubles collectifs

➤ **Dans les immeubles HBM de logements sociaux construits avant-guerre**, l'évaluation de la littératie en santé dans l'habitat révèle un niveau inégal. Certains locataires relient explicitement froid, contractions musculaires et troubles du sommeil à l'insuffisance de chauffage, contredisant la norme des 19 °C. D'autres, surtout les plus âgés, perçoivent les risques physiologiques (fatigue, irritabilité), mais priorisent l'économie *via* le bricolage, sans mobiliser un savoir structuré sur leur état de santé. Les récits recueillis mettent en avant des maux physiologiques comme le froid corporel intense (lit glacé, contractions musculaires), troubles du sommeil et fatigue liée à l'hypothermie résidentielle. Psychiquement, anxiété, irritabilité et difficultés de concentration prédominent, amplifiées par la précarité énergétique et un sentiment d'abandon par les bailleurs. Ces symptômes illustrent un stress résidentiel où le logement trahit sa fonction protectrice.

➤ **Dans un immeuble HLM des années 1970**, construit avant la réglementation thermique, la mauvaise régulation du chauffage collectif provoque un sentiment d'inégalité thermique entre étages et des frustrations contrastées selon les habitants. Leur haut niveau de littératie se manifeste par leur capacité à diagnostiquer les causes techniques, à documenter leur vécu (en s'appuyant sur les images de la caméra thermique) et à interpeller le bailleur. Lors des canicules, le discours se concentre plus visiblement sur le registre de la santé et du bien-être, chacun mobilisant des stratégies individuelles d'adaptation sans action collective. Nos résultats illustrent comment la maîtrise technique et symbolique du logement conditionne la perception et la gestion par les habitants et le bailleur des enjeux de santé dans l'habitat.

➤ **Dans le logement social récent**, labellisé « Mon habitat santé » par un réseau de bailleurs sociaux mutualistes, les habitants oscillent entre contestations, ajustements et très peu de tolérance face au dysfonctionnement du bâti. Notre enquête conduite dans trois immeubles récents labellisés « Mon logement santé » met en évidence un décalage structurel entre l'ambition d'une santé globale (physique, mentale et sociale) affichée par les bailleurs et l'expérience quotidienne des habitants. Le label constitue avant tout une ressource symbolique de contestation face aux malfaçons, sans réduire l'insécurité économique et sanitaire liée aux coûts de l'énergie et d'autres services (eau, gaz, etc.) Au-delà des discours inquiets, chez de nombreux locataires de ces bâtiments neufs, le DPE ne cristallise pas un intérêt particulier, il n'est donc pas une prise pour habiter selon notre définition. Il s'impose comme un actant externe qui redéfinit la performance énergétique sans possibilité réelle de contestation. Quant aux ménages, ils ajustent leurs consommations non selon des normes techniques, mais en fonction de leurs capacités financières et en mobilisant des stratégies corporelles et domestiques pour maintenir un minimum de confort et de santé. En l'absence de prises matérielles effectives sur leur habitat, ils ajustent leurs pratiques par la restriction et la vigilance, faisant de la maîtrise des dépenses un principe central de leur habiter. Cette maîtrise des dépenses s'exerce parfois au détriment du confort et du bien-être, dans une logique d'arbitrage contrainte entre ressources disponibles et conditions de vie.

➤ Dans une copropriété classée passoire thermique, les postures hédonistes sont plus fréquentes que chez les propriétaires de maison. Néanmoins, le vieillissement des installations plaide pour la rénovation générale du bâtiment portée par des acteurs qui mobilisent la question de la santé.

En maison individuelle

Dans les récits des propriétaires de maison individuelle, l'endurcissement face au froid traduit un rapport incarné au corps et à la santé. Il représente une forme de résistance morale et d'autonomie, et les sensations du corps se substituent à la mesure et aux indicateurs normatifs comme le DPE. Pour certains propriétaires, le chauffage au bois, les thermomètres domestiques ou l'acceptation de basses températures expriment une volonté de réappropriation sensible du confort thermique, face à un habitat technologisé et perçu comme source de dépossession. Pour d'autres, les régulations plus techniques ne sont pas exclues. Ces dernières engagent une éthique de l'adaptation : se chauffer devient un acte où l'autonomie, les limites du corps et la définition subjective du bien-être sont mises à l'épreuve. L'endurcissement apparaît ainsi comme un rapport au monde qui redéfinit la santé à travers la capacité à composer avec le froid.



▲ Maisons individuelles à Champigny-sur-Marne.
© Équipe de recherche, 2025

Logement social et domotique

Concernant l'introduction de la domotique dans le logement social, le moment d'apprentissage de la domotique dans les logements neufs labellisés « Mon logement santé » s'est avéré pour les locataires une source d'inquiétude dans la mesure où les instruments viennent en concurrence de pratiques habituelles qui se trouvent écartées : aérer en ouvrant la fenêtre par exemple.



▲ Écran numérique.
© Équipe de recherche, MJP, 2024

➤ La domotique introduit un rapport au temps inédit qui est celui de l'anticipation et de la planification :

d'une part, le temps de l'expérimentation (comme lorsqu'une locataire fait l'expérience du bouchage de la VMC) ; d'autre part celui de la prévision selon la météo des heures d'ouverture des volets. À cet égard, la panne (ou le bruit intempestif), par essence imprévisible et qui dérègle la marche des équipements, est un moment de désorientation profonde. Ce qui a été réglé par des tiers ne tient plus et les locataires ont affaire à un dispositif étranger qui leur dicte leurs manières d'habiter. Ils se sentent alors dépossédés, au cœur de leur lieu de vie. On peut donc dire que les dispositifs domotiques ne fonctionnent pas comme des prises matérielles pour la plupart des locataires, notamment les plus âgés. Ils entraînent plutôt une déprise concrète et symbolique à l'égard du logement et des propriétaires bailleurs, dans la mesure où ils sont ressentis par les locataires comme une interface supplémentaire entre eux et le gestionnaire. Ils doivent en effet d'abord comprendre et adopter le système pour dialoguer avec le bailleur sur leurs difficultés. Ils font donc appel à des tiers, de la famille notamment. Pour certains locataires que nous avons rencontrés, les systèmes domotiques sont des actants comportementaux qui leur imposent de les programmer

et dictent leurs habitudes. L'outil domotique met en jeu l'appropriation du logement, dans le sens où sa gestion semble échapper aux habitants, être moins intelligible, avec comme effet de se sentir confisqué par un objet étranger voire un intrus.

➤ **Toutefois, certains habitants** – souvent plus jeunes, propriétaires ou initiés au numérique – **développent une technophilie vigilante** : ils s'approprient les outils, adaptent leurs pratiques et tissent un lien nouveau entre santé et habitat. Ils parviennent à mobiliser la domotique comme support d'apprentissage, d'auto-observation et parfois de soin, notamment dans la gestion de la qualité de l'air ou du confort thermique.

➤ Ainsi, l'intégration de la domotique construit aujourd'hui une fracture sociotechnique révélatrice des inégalités sociales, générationnelles et cognitives. **Pour transformer réellement le logement en un espace de santé, il ne suffit pas d'y introduire des capteurs ou des boîtiers intelligents.** Encore faut-il qu'ils participent au projet d'habitat des résidents et qu'ils s'inscrivent dans des dispositifs pédagogiques, des médiations humaines et des interfaces adaptées à la maîtrise des usages.

Le bruit comme perturbateur de la santé

Enfin, les problèmes phoniques se sont particulièrement invités dans les problèmes de santé, notamment dans le logement social collectif. En général, le bruit de voisinage renvoie très souvent, au regard de la santé, vers un état de fatigue, et socialement, vers des relations conflictuelles.

➤ Dans les récits recueillis, la santé mentale s'en trouve largement affectée. L'actant principal est bien souvent représenté par les matériaux de construction qu'il s'agisse des planchers en bois, du béton qui amplifient la diffusion du bruit, de l'isolation mal réalisée, des tuyaux de chauffage fortement conducteurs. L'actant secondaire concerne le voisinage qui s'invite de manière intrusive dans un logis (par les bruits des réseaux d'eau) ou rompt une tranquillité par des activités intempestives comme les fêtes. Les habitants distinguent très bien le bruit connu (rassurant, qui donne le sentiment d'une vie partagée) du bruit inconnu qui surgit au milieu de la nuit ou des bruits intempestifs qui agressent.

➤ **Le vécu du bruit résulte ainsi du croisement entre les propriétés acoustiques des matériaux de construction et la connaissance – ou non – des habitudes de vie du voisinage.** Mais, le récit le plus courant des habitants met en accusation le mode de construction. Cependant, si associer le bruit à la construction permet d'envisager des résolutions à l'échelle individuelle (se calfeutrer, installer une paroi ou une fenêtre isolante), il relègue la responsabilité au constructeur et au bailleur. Dans ce cadre, le sentiment d'intrusion vise à la fois le bruit des équipements qui passent à travers les appartements, le bruit suscité par les matériaux de construction et le bruit des voisins que l'on entend malgré eux.

Ensemble Pitet Curnonsky à Paris 17^e, un habitant interviewé expliquant les problèmes liés au bruit dans la résidence. ▶



Conclusion

Notre enquête se situe dans le prolongement des écrits d'Henri Lefebvre (1968), qui, inspiré par Karl Marx, fait de l'appropriation de l'espace la clé de voûte de son Droit à la ville. L'appropriation ne renvoie pas à la propriété juridique, mais à une relation active à l'espace : habiter, aménager, transformer. Cette relation à l'espace est constitutive de l'identité personnelle et de la propriété de soi.

➤ C'est à cet univers théorique que répondent notre définition et notre usage de la notion de dépossession qui donne son titre à cette recherche. L'habitant éprouve un sentiment plus ou moins intense de dépossession :

- lorsqu'il ne dispose plus de moyens d'action étendus pour se chauffer, vivre au calme, sécher son linge, ouvrir ses volets, aérer son logement ;
- lorsqu'il doit arbitrer entre plusieurs désavantages : subir la pollution ou vivre dans un univers confiné par exemple ;
- lorsque son logement n'est plus un abri, mais un lieu de négociation entre plusieurs nécessités vitales.

➤ Si nous avons rencontré des propriétaires pour lesquels la technologie visant à planifier les activités domestiques est un projet et les systèmes techniques bienvenus, nous avons aussi rencontré un sentiment croissant de non-maîtrise de l'espace habité, une perte de repères face aux équipements et aux services, un état d'anomie résidentielle qui fait parfois resurgir des états d'insalubrité, par exemple l'humidité engendrée par les excès de l'isolation. Nous avons qualifié cet état de stress résidentiel lorsque la capacité d'agir se trouve entravée ou obligée d'arbitrer entre nuisances et désagréments : choisir de sécher son linge dans le salon pour abaisser les factures d'électricité avec pour résultat de la gêne et de l'humidité.

➤ C'est à ce stade que la santé, entendue comme un état de bien-être physique, mental et social nous est apparue comme un enjeu central. D'une part, parce que nous habitons avec notre corps et que l'habitat en est le prolongement, ce qui implique que la sécurité ontologique de l'être humain soit assurée par le logement. D'autre part, en raison du régime de correspondances que la littérature en santé dans l'habitat permet de dévoiler. Dans cette dernière, on prend en compte la traduction des sensations corporelles vers le cadre bâti, perçu comme mal conçu ou équipé de matériaux inadaptés, et inversement l'identification des effets des défauts du logement sur et dans son propre corps. Ainsi, le processus de traduction s'opère en deux temps : d'abord par une transposition des sensations corporelles vers le bâtiment (ou inversement) ; ensuite, une logique individuelle de résolution des problèmes qui s'attache au corps (consulter un médecin, aller en pharmacie) ou au bâti (entreprendre une isolation thermique, aérer plus souvent).

Dans la littérature en santé dans l'habitat, telle que nous la concevons, nous prenons en compte la traduction des sensations corporelles vers le cadre bâti, perçu comme mal conçu ou équipé de matériaux inadaptés, et inversement l'identification des effets des défauts du logement sur et dans son propre corps.

➤ En définitive, **le récit des habitants sur la santé est un puissant levier d'action pour un habitat meilleur, résistant à l'emprise technologique déshumanisante et porteur d'un projet d'habiter.** Le travail d'une maîtrise des usages que nous appelons de nos vœux ne consiste pas seulement à traduire les besoins des habitants, mais à construire un processus d'écoute mutuelle faite de reconnaissance et de respect, attentif aux récits et aux problèmes les plus anodins, aux solutions les plus incongrues dont on recherchera la rationalité intrinsèque. Ainsi, **une politique de santé dans l'habitat ne consiste pas seulement à concevoir des espaces lumineux, silencieux, sûrs et conviviaux; des bancs et des seuils**

hospitaliers; des ascenseurs qui garantissent la mobilité de tous. Le concepteur et le bailleur social ne seront partenaires de la santé des habitants que s'ils sont garants d'un habitat qui autorise plutôt qu'il ne contraint — un habitat qui permet à chacun de se reposer, d'étudier, de circuler et de participer pleinement à la vie sociale. Dès lors, **la santé dans l'habitat ne se réduit pas à l'absence de maladie. Elle se tisse dans les gestes et les récits du quotidien, dans une manière d'habiter qui soutient, répare et redonne prise aux existences fragilisées.** Loin d'être la fin de l'expertise, cette posture inaugure plutôt le début d'une autre expertise et d'une autre façon d'architecturer le monde pour bâtir un habitat qui prend suffisamment soin.

Locataires
du logement social
préfèrent ouvrir
eux-mêmes leurs
volets que les
programmer.

© Équipe
de recherche,
GM, 2024



Bibliographie

- Akrich M., Callon M., Latour B.** (2006). *Sociologie de la traduction: textes fondateurs*. Presses des Mines.
- Brisepierre, G.** (2015). « Les ménages français choisissent-ils réellement leur température de chauffage ? La norme des 19°C en question ». *Sociologie de l'énergie*.
- Dunn, J. R.** (2000). « Housing and health inequalities: review and prospects for research ». *Housing studies* 15(3):341-66.
- Fijalkow, Y., Wilson Y.** (2024). « La littératie en santé dans l'habitat : une autre manière de mesurer la qualité du logement ». *Métropolitiques*. doi:10.56698/metropolitiques.2003
- Hirschman, A. O.** (2014). *Bonheur privé, action publique*. Fayard.
- Lefebvre, H.** (1968). *Le droit à la ville*. Anthropos.
- Nowik, L.** (2018). « La déprise à l'aune des habitats intermédiaires pour personnes âgées ». *Gérontologie et société*, 40(1):87-104.
- Wilson, Y., Fijalkow, Y.** (2024a). « Espaces pédagogiques dans l'habitat social : deux expériences de recherche-action dans le Nord-Pas-de-Calais et à Paris ». *Participations* n° 39(2):125-55.
- Wilson, Y., Fijalkow, Y.** (2024b). « Face au stress résidentiel de la rénovation urbaine : les enjeux du care et de la proximité dans l'habitat social ». *Le care: une notion des proximités(s) ?* [https:// geoproximities.fr/ark:/84480/2024/06/01](https://geoproximities.fr/ark:/84480/2024/06/01)

les chantiers LEROY MERLIN Source

Direction de la publication :

Claire Letertre,
cheffe de projet Recherche,
responsable de LEROY MERLIN Source

Coordination scientifique et éditoriale :

Pascal Dreyer,
coordinateur scientifique,
LEROY MERLIN Source

Coordination graphique - maquette :

Emmanuel Besson

Correction - relecture :

Béatrice Balmelle

Photographies :

© Équipe de recherche

Jun 2026



Rapport de recherche et récit graphique disponibles sur :
leroymerlinsource.fr

Créé par LEROY MERLIN en 2005, LEROY MERLIN Source réunit des chercheurs, des enseignants et des professionnels du champ de l'habitat qui ont accepté de partager leurs savoirs et leurs connaissances avec les collaborateurs de l'entreprise.

Au sein de trois pôles – Habitat et autonomie, Habitat, environnement et santé, Usages et façons d'habiter – ils créent des savoirs originaux à partir de leurs pratiques, réflexions et échanges, sur les évolutions de l'habitat et les modes de vie, principalement par le recours à la recherche en sciences humaines et sociales.

Ils travaillent de manière transversale au sein de chantiers de recherche dont les thèmes sont définis annuellement par la communauté des membres des groupes de travail, en dialogue avec les axes stratégiques de l'entreprise. Ces travaux sont construits avec des collaborateurs de l'entreprise et ouverts à des partenariats avec des acteurs de l'habitat.

Les résultats de ces chantiers sont transmis d'une part aux collaborateurs de LEROY MERLIN sous des formes adaptées à leurs préoccupations, et d'autre part à tous les acteurs de la chaîne de l'habitat intéressés dans une diversité de supports : rapports de recherche et synthèses, films, expositions, événements publics, etc.

Ces collaborations actives donnent lieu à des publications à découvrir sur le site de **LEROY MERLIN Source**.

www.leroymerlinsource.fr