

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
INSTITUT NATIONAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
CENTRE – URBANISATION CULTURE SOCIÉTÉ

DES VILLES CANADIENNES EN SANTÉ ?

**Éthiques du *care* dans le logement social pour les femmes cheffes de famille
monoparentale**

Par

Marie-Eve DESROCHES

M.Sc études urbaines

Thèse présentée pour obtenir le grade de

Philosophiae doctor, Ph.D.

Doctorat en études urbaines

Programme offert conjointement par l'INRS et l'UQAM

Septembre 2022

Cette thèse intitulée

DES VILLES CANADIENNES EN SANTÉ ?

**Éthiques du *care* dans le logement social pour les femmes cheffes de famille
monoparentale**

et présentée par

Marie-Eve DESROCHES

a été évaluée par un jury composé de

Professeur Xavier LELOUP, président du jury et examinateur interne, Institut national de
la recherche scientifique

Professeure Sandra BREUX, directrice de thèse, Institut national de la recherche
scientifique

Professeur Blake POLAND, codirecteur, Université de Toronto

Professeure Carole CLAVIER, examinatrice interne, Université du Québec à Montréal

Professeure Stéphanie GAUDET, examinatrice externe, Université d'Ottawa

*À toutes celles qui affrontent la crise du logement et à ces bâtisseuses qui prennent soin par
l'hébergement et le logement*

RÉSUMÉ

Le mouvement des Villes en santé incite les gouvernements locaux à établir des mesures concrètes pour réduire les inégalités de santé. De nombreuses municipalités canadiennes adhérant à ce mouvement sont actuellement frappées par des pénuries de logements abordables. Ces crises, qui touchent particulièrement les familles monoparentales, creusent les inégalités de santé et alimentent des déficits de *care*. Le *care* correspond aux attitudes, activités et relations qui soutiennent la vie et la dignité des personnes. Alors que de nombreuses communautés voudraient remédier à ces problèmes en améliorant l'offre de logements sociaux, le contexte néolibéral pose d'importants obstacles à de telles initiatives. Cette thèse interroge le potentiel des stratégies associées au mouvement des Villes en santé et des éthiques du *care* pour surmonter ce contexte. Cette recherche compare les processus mis en œuvre pour créer de nouveaux logements sociaux destinés aux femmes cheffes de familles monoparentales à Montréal, Toronto et Vancouver. Les cas sont documentés à partir de rencontres menées avec 52 personnes clés qui réalisent une carte mentale sur les démarches empruntées et réalisent un entretien semi-dirigé. Cette collecte de données, qui est complétée par une analyse documentaire, permet de décomposer ces initiatives par stades et d'identifier les intérêts, idées, institutions et réseaux particulièrement influents. Cette thèse mobilise les éthiques du *care* féministe comme lentille critique non seulement pour mettre de l'avant l'influence du *care* au sein des processus, mais également pour porter une attention aux inégalités associées.

La comparaison révèle que le *care* apparaît de façon centrale au sein des organisations et coalitions qui mènent ces initiatives. L'engagement à créer du logement social est motivé par une volonté de résoudre des déficits de *care* qui se dessinent à l'échelle des ménages et des communautés. Le *care* est la pierre angulaire de l'intérêt qui rassemble les individus et organisations autour de ces projets collectifs et donc, suscite le dépassement requis compte tenu des ressources institutionnelles insuffisantes. De plus, le *care* est au centre des idées qui organisent ces programmes, ce qui permet aux communautés de résister, dans une certaine mesure, aux idées et normes néolibérales qui freinent et orientent les aides au logement. À l'opposé, les initiatives et les discours associés au mouvement des Villes en santé ne s'avèrent pas être des sources d'influence importantes, et ce, dans aucun des cas étudiés. En effet, ces stratégies ne motivent pas directement les communautés à s'engager à améliorer l'offre de logements sociaux et ne soulèvent pas les obstacles au développement inhérents au contexte néolibéral. Certains moyens associés au mouvement offrent des leviers pour la formation de coalitions d'organisations et d'individus qui fournissent des ressources, des connaissances et des opportunités pour ces concrétiser ces initiatives. Bien que ces programmes participent, en principe, à développer des Villes en santé, elles ne sont pas envisagées ainsi par les personnes impliquées. Les perspectives partagées par les interviewé-es contestent même le rôle accordé à leurs initiatives au sein des efforts pour créer des Villes en santé.

Cette thèse contribue à une lecture critique et nuancée de la participation des groupes communautaires à l'action publique, et ce, en révélant la centralité du *care*. Ces éthiques soulignent des voies pour contester une part du contexte néolibéral, des liens entre le mouvement des Villes en santé et les logements sociaux et d'envisager ces programmes comme des instruments pour promouvoir la santé et renforcer les capacités de *care*.

Logement social ; Villes en santé ; *Care* ; Éthiques féministes du *care* ; Montréal ; Toronto ; Vancouver ; Néolibéralisation ; Crise du logement.

ABSTRACT

The Healthy Cities movement encourages local governments to establish concrete measures to reduce health inequalities. Many Canadian municipalities involved in this movement are currently experiencing affordable housing shortages. These crises, which particularly affect female heads of single-parent families, exacerbate health inequalities and fuelling care deficits. Care refers to the attitudes, activities, and relationships that sustain people's lives and dignity. While many communities would like to address these issues by improving the provision of social housing, the current neoliberal context poses significant barriers to such initiatives. This thesis interrogates the potential of strategies associated with the Healthy Cities movement and care ethics to overcome this context.

This research compares the processes undertaken to create new social housing for female heads of single-parent families in Montreal, Toronto and Vancouver. The cases are documented through meetings with 52 key individuals who complete a mind map of the processes used, followed by a semi-structured interview. This data collection, complemented by a literature review, allows us to break down these initiatives by stage and identify particularly influential interests, ideas, institutions and networks. This thesis mobilizes feminist care ethics as a critical lens to highlight the influence of care within processes and pay attention to associated inequalities.

The comparison reveals that care is central to the organizations and coalitions that lead these initiatives. The commitment to creating social housing is motivated by a desire to address care deficits that emerge at the household and community levels. Care is the cornerstone of the interests that unite individuals and organizations around these collective projects and thus, creates the overreach required given insufficient institutional resources. Moreover, care is central to the ideas that organize these programs, allowing some resistance to the neoliberal ideas and norms that constrain and guide housing assistance interventions. In contrast, Healthy Cities discourses and initiatives are not found to be significant sources of influence in any of the cases studied. These strategies do not directly motivate communities to engage in concrete actions related to social housing, nor do they address the barriers to development inherent in the neoliberal context. Some of the means associated with the movement provide leverage for coalition-building among organizations and individuals that provide resources, knowledge, and opportunities to make these initiatives happen. Although these programs are, in principle, involved in developing healthy cities, they are not seen as such by those involved. The perspectives shared by the interviewees even question the role given to their initiatives within the efforts to create Healthy Cities.

This thesis contributes to a critical and nuanced understanding of the participation of community organizations in public action by revealing the centrality of care. These ethics highlight ways to challenge some of the neoliberal context, the links between the Healthy Cities movement and social housing as well as to consider these programs as instruments to promote health and enhance care capacities.

Social housing; Healthy cities; care; Feminist ethics of care; Montreal; Toronto; Vancouver; Neoliberalization; Housing crisis.

AVANT-PROPOS

Ma recherche interroge le potentiel des stratégies associées au mouvement des Villes en santé ainsi que des éthiques du *care* afin de surmonter les difficultés liées à l'amélioration de l'offre de logements sociaux pour les femmes. L'idée de croiser le logement social, le *care* et le mouvement des Villes en santé a émergé à travers mes implications dans le milieu communautaire montréalais, à commencer par le Centre d'éducation et d'action des femmes (CEAF). J'ai collaboré avec leur comité d'action locale dans le cadre de mon mémoire qui portait sur des mobilisations féministes à travers la lunette du droit à la ville. Pendant mon terrain, les actions étaient orientées sur le logement. L'objectif était d'amplifier la voix des résidentes du quartier Centre-Sud de Montréal qui éprouvent des difficultés de logement. Ces dernières ont parlé de discrimination, d'insalubrité, de hausses de loyers abusives, d'évictions et de stratégies pour payer le loyer et conserver leur logement. Elles ont aussi témoigné de menaces, de harcèlement et de violences sexuelles perpétrées par leur propriétaire, concierge, gestionnaire immobilier, cochambreur ou voisin. Après la fin de la rédaction de mon mémoire, j'ai poursuivi mon engagement avec le CEAF. En tant que féministe, j'ai milité dans un comité pour sensibiliser, agir et documenter ces agressions vécues par les femmes locataires à Montréal et à travers le Québec. Ces témoignages provenaient majoritairement de femmes en situation de pauvreté et qui subissent de la discrimination basée sur la couleur de leur peau, leur religion, leur orientation sexuelle, leur situation familiale, leurs capacités et leur âge. Cet engagement m'a amenée à développer une sollicitude à l'égard des enjeux de logements vécus par les femmes dans toute leur diversité, mais particulièrement pour celles qui sont cheffes de familles monoparentales. Les choix déchirants pour joindre les deux bouts tout en offrant un milieu de vie adéquat pour prendre soin de leurs enfants m'ont particulièrement touché. Bien souvent, l'accès à un logement social était un moyen mobilisé pour durablement quitter un contexte de violence, réduire leur précarité et retrouver une stabilité et une sécurité résidentielle. Les milliers de ménages en attente pour un logement social montrent très clairement le besoin d'en développer davantage.

J'ai alors voulu faire partie de la solution en m'engageant dans le milieu du logement social. En siégeant au conseil d'administration et sur d'autres comités du Réseau habitation femmes/La Chrysalide, je contribue à la mission de créer et gérer du logement social avec soutien communautaire dédié aux femmes seules ou monoparentales à risque d'itinérance. Cette implication m'a amenée à voir le *care* dans le logement social. En tant qu'organisation, nous

voulons offrir un milieu de vie pour que les locataires puissent sortir d'un contexte de survie et s'appuyer sur leur logement pour prendre soin d'elles, de leurs enfants et peut-être éventuellement d'un animal, d'un jardin, de leurs voisines et de leur communauté. Grâce à cet engagement, j'ai eu l'occasion de côtoyer des bénévoles et des travailleuses qui ont une profonde sollicitude à l'égard des conditions d'habitation des femmes et de leur famille. Ce *care* motive certainement un désir d'améliorer l'offre de logements et de services d'hébergement pour répondre à la demande croissante. Toutefois, les obstacles sont nombreux pour en développer davantage, étant donné que les processus sont longs et épuisants, que les fonds alloués sont insuffisants surtout pour des logements familiaux et que la spéculation foncière accapare les terrains à proximité des services.

Ces difficultés m'ont amenée à me demander quels contextes pourraient faciliter le développement de logements sociaux pour les femmes. J'ai vu les subventions et plans d'action liés à la santé publique comme un levier potentiel. Je me suis alors penchée sur le mouvement des *Villes en santé* qui vise à ce que les municipalités s'engagent à mettre en œuvre un ensemble de politiques, programmes et mesures touchant les déterminants sociaux de la santé. Le thème de la santé était logique puisqu'à travers mes implications, j'ai constaté que le logement constituait un puissant déterminant de la santé. Les mauvaises conditions d'habitation, l'instabilité et les violences affectent la santé et le bien-être des locataires (ex. : stress, trouble de sommeil, isolement, insécurité alimentaire, problèmes respiratoires, etc.). À contrario, la rencontre de locataires en logement social m'a amenée à en constater les impacts positifs. Ainsi, plusieurs m'ont dit que l'accès au logement social leur a permis de se « refaire une santé », par exemple en sortant de l'isolement, en accédant à des services, en suivant des traitements, en bâtissant un réseau de soutien, en étant plus actives physiquement ou en s'alimentant mieux. De là est né mon intérêt à comprendre les liens entre la création de logements sociaux, le *care* et les *Villes en santé*.

Cette thèse s'est achevée en pleine énième vague de la COVID-19. Les liens entre le logement, le *care* et la santé sont devenus plus évidents qu'en 2015 lorsque j'ai entamé mon doctorat. En effet, depuis mars 2020, avoir un logement adéquat est devenu un important déterminant pour pouvoir travailler, étudier, mais surtout se confiner pour rester en santé. J'évolue désormais au sein de la Table des groupes de femmes de Montréal comme chargée de projet. J'ai le privilège de travailler aux côtés d'organisations qui prennent soin, à leur façon, des femmes en situation ou à risque d'itinérance. La pandémie les a forcées à ralentir, voire à mettre sur pause le développement de projets de logements sociaux pour se concentrer sur les besoins immédiats

des femmes qui fréquentent leurs services. Néanmoins, la crise sanitaire a accru leur désir de répondre aux besoins de logements en raison de la hausse de la violence conjugale et des listes d'attente qui s'allongent pour les logements transitoires ou permanents. En espérant que cette thèse puisse nous aider à envisager les actions à poser dans le contexte de la relance postpandémie pour mettre en place des moyens pour soutenir ces communautés qui veulent prendre soin des populations mal logées et surtout résoudre les déficits de *care* qui se sont accrus au cours des derniers mois.

REMERCIEMENTS

Une thèse ne s'écrit pas seule, mais bien avec le soutien d'une multitude d'individus et d'organisations. Ces remerciements représentent un effort pour reconnaître cet appui qui me permet de réaliser et terminer cette thèse. Je veux souligner celles qui m'ont amenée à penser cette recherche et qui continuent de m'inspirer au quotidien. D'abord, je tiens à mentionner ces fabuleuses féministes du CEAF que j'ai eu le privilège de côtoyer ces dernières années. Ces réunions, ateliers, séances de fabrication, préparations de lancement, de manifestations, d'action et tournées du musée étaient toujours remplis de petites et grandes discussions qui m'ont tellement fait de bien. J'ai aussi rencontré des passionnées au Réseau habitation femmes. À vos côtés, j'ai appris bien plus qu'en faisant des entretiens semi-dirigés avec des personnes clés. J'ai pu comprendre la beauté, mais aussi les défis associés au fait de conjuguer le féminisme avec le développement et la gestion de logements sociaux. Maintenant, j'ai le plaisir de travailler à vos côtés et avec bien d'autres groupes de femmes pour transformer notre ville. Cet engagement, qui semble parfois loin du travail associé à la thèse, s'est avéré essentiel pour moi. Avec vous, j'ai l'impression de faire une différence alors que j'étais frappée par le découragement de la rédaction. En outre, vous m'avez permis de me forger une identité comme chercheuse féministe engagée.

Les remerciements vont ensuite à toutes ces personnes qui m'ont aidée à pousser mes réflexions. Merci à Sandra de m'avoir écoutée, accompagnée et soutenue depuis que je suis entrée dans ton bureau pour la première fois en 2015. Tant de dévouement et de rigueur dans ces relectures, conseils, commentaires, ajouts et reformulations des demandes de bourses, examen doctoral, propositions de communications, articles et chapitres. Tu es cette directrice soucieuse qui prend le temps d'écouter et d'échanger avec ses étudiantes tout en considérant nos ambitions et contraintes. Merci à Blake de m'avoir épaulée en me suggérant de nouvelles perspectives et lectures qui ont enrichi cette recherche. Cet encadrement à distance a été grandement apprécié. Merci aux personnes qui se cachent derrière les évaluations anonymes des articles qui ont été soumis aux revues. Certains de ces commentaires m'ont d'abord fâchée puisqu'ils impliquaient de totalement revoir l'organisation de mes idées ou d'aller explorer d'autres thèmes. Cependant, au moment de la finalisation des articles, je constatais bien que ces changements étaient cruciaux pour réellement contribuer à l'avancement des connaissances.

Les remerciements vont bien évidemment à mes proches. Merci à Lauran qui m'accompagne au quotidien depuis le début de cette aventure doctorale. Tu veilles à mon bien-être par des encouragements, des carafes de café, des repas, des verres d'eau, de nombreux petits services, des brassées de lavage et autres tâches qui rendent mon quotidien plus facile. Merci de m'écouter et de m'endurer avec mes petits papiers, mes marmonnements de rédaction et mes horaires changeants, mais surtout de me permettre de faire les projets qui me font envie. Je remercie aussi Maria et Éloa avec qui j'ai eu le plaisir de partager mon quotidien dans notre drôle de ménage bifamilial. Nous serons passées à travers bien des aventures ensemble, dont la première vague de la COVID qui était ponctuée de nos gâteaux couronnés de chandelles pour célébrer le fait d'avoir survécu à une autre semaine confinée. Puis, mon petit Léon. Ces dernières années, tu as su m'apprendre comment se vit le *care* : qu'est-ce que c'est de prendre soin et d'être prête à tout pour assurer ton bien-être. Ton arrivée m'a certainement permis d'adopter un nouveau rythme pour pouvoir te voir grandir et devenir une fabuleuse personne.

Merci à la réouverture des garderies ! Nadia, Carine et toute l'équipe du CPE des tournesols, sans vous je ne serais jamais venue à bout de cette thèse. Vos soins envers le beau Léon m'ont permis de me concentrer et de me réaliser à l'extérieur de mon rôle de maman. Merci aux merveilleux grands-parents qui ont pris le relais : Mariane, Michel, papa et maman, votre aide s'est révélée tellement précieuse au cours des dernières années.

Un grand merci aux organisations qui m'ont fourni un soutien matériel et financier : la Fondation Pierre Elliott Trudeau et le Conseil de recherches en sciences humaines. Grâce à ces bourses, j'ai pu me consacrer à cette thèse sans avoir à me soucier d'avoir des contrats de correction ou de recherche pour payer mon logement. J'ai pu choisir les projets qui m'intéressaient réellement et qui m'ont permis de me développer en tant que chercheuse, militante et enseignante. Le programme de la Fondation m'a poussée à prendre part à tant de colloques et d'événements qui m'ont permis d'écouter et d'échanger avec des expert·es de divers domaines. Ces rencontres m'ont amenée à réfléchir sur ma propre recherche et mon rôle en tant que chercheuse qui désormais évolue à l'extérieur de l'université. Surtout, merci de soutenir mon projet de bande dessinée qui, je l'espère, permettra que cette recherche résonne à l'extérieur du milieu académique. Les remerciements vont également à l'INRS. Cet immeuble, mais surtout la communauté qui fait vivre le Centre urbanisation culture société, m'ont permis de disposer d'un espace qui facilite la rédaction d'une thèse. Cette communauté, ce sont des professeur·es qui nous parlent comme des pair·es, des cohortes qui se croisent, des cercles de lecture, des voisin·es de bureau et du personnel à l'écoute.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux	xv
Liste des figures	xv
Liste des abréviations et des sigles	xvi
Introduction	17
Chapitre 1 : Revue des écrits	26
1.1 <i>Care, logement et politiques néolibérales</i>	27
1.1.1 <i>Organisation politique du care au sein des sociétés</i>	27
1.1.2 <i>Éthiques du care portées par des actions et des lieux</i>	37
1.1.3 <i>Impacts de l'organisation néolibérale du care sur le logement</i>	47
1.2 <i>Le mouvement des Villes en santé</i>	57
1.2.1 <i>De nouvelles visions et approches pour améliorer la santé</i>	57
1.2.2 <i>Les modalités et l'organisation de l'action pour des Villes en santé</i>	66
1.2.3 <i>Limites à la mise en œuvre du mouvement des Villes en santé</i>	72
1.3 <i>Conclusion et problématique de recherche</i>	77
1.3.1 <i>Les femmes cheffes de familles monoparentales et la crise du logement</i>	77
1.3.2 <i>Le rôle des Villes en santé et de l'éthique du care pour améliorer l'offre de logements sociaux avec soutien communautaire</i>	82
Chapitre 2 : Démarche méthodologique	86
2.1 <i>Orientations de la recherche</i>	87
2.1.1 <i>Des questions politiques qui motivent et orientent la recherche</i>	87
2.1.2 <i>Définition des concepts et articulation des objectifs spécifiques</i>	92
2.2 <i>Stratégie de vérification</i>	106
2.2.1 <i>Comparaison de processus politiques</i>	106
2.2.2 <i>Le choix des terrains</i>	113
2.3 <i>Collecte des données</i>	125
2.3.1 <i>Choix des instruments de collecte</i>	125

2.3.1 Échantillonnage et considérations pour la validité et l'éthique de la recherche	136
Conclusion : mise en commun, analyse et présentations des articles	146
Chapitre 3 : La place des logements sociaux dans le mouvement des Villes en santé ...	150
<i>Résumé</i>	151
<i>Abstract</i>	151
3.1 Introduction	152
3.2 Villes en santé et logements sociaux au Canada	154
3.3 Méthodologie	156
3.4 Résultats.....	158
3.4.1 <i>Influence des stratégies Ville en santé sur la création de logements sociaux</i>	158
3.4.2 <i>La place des logements dans le développement de Villes en santé</i>	163
3.4.3 <i>Discussion</i>	166
3.5 Conclusion	167
Chapitre 4 : The place of care in social housing in a neoliberal era.....	169
<i>Résumé de l'article 2</i>	169
<i>Abstract de l'article 2</i>	170
4.1 Introduction	171
4.2 Care, neoliberalism, and housing.....	172
4.3 Method.....	175
4.4 Results.....	178
4.4.1 <i>History and organisational structure of housing programmes</i>	178
4.4.2 <i>Caring ideas resisting neoliberalisation</i>	184
4.4.3 <i>Institutional elements that shape social housing creation</i>	188
4.5 Conclusion	190
Chapitre 5 : Créer des logements sociaux pour les femmes une question qui va au-delà du privé	192
<i>Résumé</i>	192
<i>Abstract article 3</i>	193

5.1 Introduction	193
5.2 <i>Care</i> et politiques sociales	194
5.3 Transformation des modalités du logement social au Canada	196
5.4 Méthodologie	198
5.5 Processus pour créer de nouveaux programmes de logement.....	201
5.5.1 <i>Émergence : reconnaissance d'un problème et engagement à y répondre</i>	202
5.5.2 <i>Formulation : planifier l'aménagement et le fonctionnement des programmes de logement</i>	204
5.5.3 <i>Mise en œuvre : construire, sélectionner et emménager</i>	207
5.5.4 <i>Évaluation et rétroaction : participation des locataires</i>	208
5.6 Les modalités du <i>care</i> dans les processus.....	209
5.7 Situer les actions et espaces sur le continuum public-privé.....	213
5.8 Conclusion.....	216
Chapitre 6 : Reconnaître le <i>care</i> et le pouvoir pour comprendre la place du logement social et des communautés dans les Villes en santé	218
6.1 Le logement social comme action publique menée par les communautés	220
6.1.1 <i>Théoriser les processus politiques narrés et illustrés</i>	220
6.1.2 <i>Les courants multiples qui expliquent les initiatives</i>	230
6.2 Les communautés <i>caring</i> face à la néolibéralisation	235
6.2.1 <i>Agir avec <i>care</i> sur le système d'habitation</i>	236
6.2.2 <i>Le pouvoir d'agir sur le système d'habitation</i>	239
6.3 Perspectives critiques sur le mouvement des Villes en santé	245
6.3.1 <i>La participation des communautés</i>	245
6.3.2 <i>Le logement et la promotion de la santé</i>	250
6.4 Mettre le <i>care</i> , le pouvoir et le logement au cœur des réflexions pour l'avenir des villes en santé.....	256
6.4.1 <i>Élargir les visions dominantes du logement en santé publique</i>	256
6.4.2 <i>Penser les liens entre le <i>care</i>, les inégalités et le logement</i>	260

Conclusion.....	267
Bibliographie	276
Annexe 1 : L'intersectionnalité et l'éthique du <i>care</i> pour approfondir le rôle du logement en santé publique.....	317
Annexe 2 : Grilles pour les rencontres	333
Annexe 3 : Formulaire d'engagement à la confidentialité	343
Annexe 4 : Se soucier, bâtir et prendre soins	344

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1 Opérationnalisation de l'objectif spécifique 1.....	99
Tableau 2.2 Opérationnalisation de l'objectif spécifique 2.....	100
Tableau 2.3 Opérationnalisation de l'objectif spécifique 3.....	103
Tableau 2.4 Opérationnalisation de l'objectif spécifique 4.....	104
Tableau 2.5 Données sur la population et le logement.....	115
Tableau 2.6 Synthèse des documents retenus pour l'analyse documentaire.....	130
Tableau 2.7 Synthèse du cadre opératoire	132
Tableau 2.8 Synthèse des entrevues réalisées	138
Tableau 3.1 Synthèse des caractéristiques des cas	157
Tableau 5.1 Modalités du <i>care</i>	201
Tableau 6.1 Compilation des cartes mentales selon les phases illustrées	221
Tableau 6.2 Compilation des cartes mentales selon les orientations illustrées	225

LISTE DES FIGURES

Figure 2.1 Synthèse de l'articulation des objectifs spécifiques.....	105
Figure 4.1 Mental map T-03.....	179
Figure 4.2 Mental map M-02.....	180
Figure 4.3 Mental map V-18	182
Figure 6.1 Carte mentale T-10.....	222
Figure 6.2 Carte mentale V-15	223
Figure 6.3 Carte mentale M-09.....	225
Figure 6.4 Carte mentale M-05.....	226
Figure 6.5 Carte mentale T-09.....	227
Figure 6.6 Carte mentale V-22	228
Figure 6.7 Carte mentale M-06.....	229
Figure 6.8 Liens entre des moyens associés aux stratégies Villes en santé et les cas à l'étude	242

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

3i+r	Intérêts, idées, institutions et réseaux
ACF	<i>Advocacy Coalition Framework</i>
CEAF	Centre d'éducation et d'action des femmes
CLIC B-C	Conseil local des intervenants communautaires de Bordeaux-Cartierville
CLSC	Centre local de services communautaires
HLM	Habitation à loyer modique
MTMC	Mon Toit, mon Cartier
NIMBY	Not in my BackYard
OMS	Organisation mondiale de la santé
OSBL	Organisation sans but lucratif
NLSH	New Lives Start Here
NIMBY	Not in My Backyard
RQVVS	Réseau québécois des villes et villages en santé
RUI	Revitalisation urbaine intégrée
SCHL	Société canadienne d'hypothèques et de logement
SPVM	Service de Police de la Ville de Montréal
TGFM	Table des groupes de femmes de Montréal
TPH	Toronto Public Health
VCH	Vancouver Coastal health
VPL	Vancouver Public Library
WHO	World Health Organization
YWCA	Young Women's Christian Association

INTRODUCTION

Les logements sont une partie essentielle du tissu urbain. Pour les municipalités, le développement immobilier est l'un des principaux moteurs de la croissance économique et démographique (Madden et Marcuse 2016 ; Rosen et Walks 2015, 2013). Pour les résident·es¹, le logement représente le point central du quotidien et souvent, leur principale dépense. Il conditionne plus précisément l'accès financier et physique aux autres déterminants sociaux de la santé (Shaw 2004 ; Chircop 2008). De plus, la conception, l'abordabilité, la qualité et la localisation du domicile façonnent, de façon continue, les possibilités d'offrir et de recevoir du *care*² qui correspond ici à l'ensemble des attitudes, des activités et des relations qui soutiennent l'existence et le bien-être des individus, de la nature et des sociétés (E. R. Power 2019 ; E. R. Power et Mee 2019 ; Bowlby 2019). Cependant, les métropoles sont actuellement frappées par des crises du logement qui creusent les inégalités de santé et alimentent des déficits de *care*. Les campements dans les métropoles nord-américaines, qui parfois deviennent des villes de tentes, constituent l'une des conséquences visibles de la pénurie de logements locatifs abordables. Deux phénomènes révèlent particulièrement l'ampleur de ces crises.

D'une part, près de 1,7 million de ménages à risque d'itinérance habitent des logements trop petits pour leurs besoins, trop chers ou demandant des rénovations majeures tout en ayant un revenu insuffisant pour déménager au sein de leur communauté (SCHL 2020a). Ces besoins impérieux sont plus de trois fois plus fréquent chez les femmes locataires cheffes de familles monoparentales (42,6 % contre 12,7 % au sein de la population canadienne). Ces besoins affectent notamment celles qui sont issues de l'immigration récente, Autochtones ou en situation de handicap qui doivent composer plus fréquemment avec un faible revenu et la discrimination (Lauster et Easterbrook 2011 ; Novac et al. 2002 ; Lessa 2006). D'autre part, cette crise révèle la saturation des services de soutien dédiés aux femmes en difficulté. Chaque année, les

¹ Cette thèse est rédigée en utilisant plusieurs formulations épiciques. Néanmoins, plusieurs mots sont féminisés par l'utilisation du point médian afin de donner une visibilité au féminin.

² L'expression *care* est parfois traduite par « prendre soin », « manifester de la sollicitude », « soin mutuel » ou « donner de l'attention ». Cependant, aucune des propositions de traduction ne permet de rendre compte, de façon complète, du concept ; c'est pourquoi cette thèse emploie le terme *care*.

ressources d'hébergement d'urgence à travers le pays accueillent plus de 65 000 femmes souvent accompagnées de leurs enfants (Moreau 2019). La majorité de ces organisations indiquent que le manque de logements adéquats et abordables freine la possibilité de quitter ces services d'hébergement et allonge la durée des séjours (Maki 2019). Ces séjours plus longs affectent les capacités d'accueil, si bien qu'elles refusent l'accès à plusieurs centaines de femmes chaque jour³. Ces dernières se voient contraintes de se tourner vers des proches ou un autre refuge, retournent dans un ménage violent ou n'ont tout simplement nulle part où aller (Schwan et al. 2020).

Devant les impacts de la crise du logement, différentes organisations revendiquent le développement de logements sociaux. Ceux-ci sont vus comme une action publique pour répondre aux besoins et réalités de ces femmes tout en contribuant à résoudre la pénurie de logements abordables (TGFM 2019 ; Pan-Canadian Voice 2018 ; Women's Shelter Canada 2017 ; FRAPRU 2019). Actuellement, les gouvernements s'appuient sur les communautés, incarnées notamment par des coopératives et organisations sans but lucratif (OSBL) d'habitation, pour assurer le développement et la gestion des nouveaux logements sociaux (Suttor 2016). De nombreuses organisations qui œuvrent auprès des femmes en difficulté veulent s'y investir, par exemple pour réduire la pression sur les services d'hébergement et répondre à des besoins émergents qu'elles constatent sur le terrain (Whitzman et Desroches 2022). Toutefois, elles éprouvent d'importantes difficultés à y parvenir. Les politiques néolibérales des dernières décennies ont amené les gouvernements à restreindre le financement public pour les nouveaux complexes de logements sociaux permanents à loyers subventionnés. Les investissements ont été réorientés, entre autres, vers des subventions pour se loger auprès de propriétaires privés, le développement de logements abordables par rapport au prix du marché et les programmes pour la lutte à l'itinérance chronique (MacLeod, Worton et Nelson 2017 ; Suttor 2016 ; Adamo et al. 2016). Ces politiques freinent la possibilité de développer de nouveaux logements sociaux. Pour les organisations, ces orientations affectent leurs capacités à réaliser leur mission qui est de soutenir les femmes en difficulté. Devant la persistance des crises du logement qui affectent particulièrement les femmes cheffes de familles monoparentales, il est urgent d'identifier des moyens et des voies pour surmonter ces obstacles au développement. En plus d'avoir réorienté les investissements, les politiques néolibérales ont

³ Dans le cadre de l'*Enquête sur les établissements d'hébergement pour les victimes de violence* (2019), Statistique Canada a mené un instantané de leur situation le 18 avril 2018. Ce portrait indique que lors de cette journée, les 552 établissements ont refusé l'admission de 669 femmes et 236 enfants, et que dans 82 % des cas, ces refus étaient liés à un manque de place.

délégué les responsabilités en matière d'habitation aux gouvernements locaux (Suttor 2016). Dans ce contexte, il semble opportun d'interroger le potentiel des approches déployées par les municipalités pour appuyer les communautés désirant améliorer l'offre de logements sociaux.

Un ensemble d'approches intégrées pour le développement urbain ont été élaborées et diffusées depuis les années 1980. Celles-ci abordent les villes à travers des thèmes afin de critiquer leur fonctionnement, mais surtout de fournir des perspectives d'action innovantes pour résoudre des enjeux environnementaux, économiques et sociaux qui alimentent les inégalités (Davies 2015b). Le mouvement des Villes en santé s'inscrit dans cette veine en misant sur le leadership et la capacité des gouvernements locaux à lutter contre les inégalités de santé (Hoeijmakers et al. 2007). Ce mouvement demande aux municipalités d'intégrer la santé de façon holistique et transversale dans leurs priorités afin d'améliorer les environnements physiques et sociaux locaux pour offrir des conditions et des opportunités pour promouvoir la santé de la population (Patrick, Dooris et Poland 2016 ; G. Green, Acres, et al. 2009). Par ailleurs, la première caractéristique des Villes en santé est de favoriser « un environnement physique sain, sûr et de qualité (ce qui comprend la qualité du logement) » (traduction libre Hancock 2017, 71). Depuis 1986, de nombreuses municipalités canadiennes adhèrent à ce mouvement mondial qui est diffusé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et des réseaux régionaux. En principe, les stratégies municipales pour développer des Villes en santé pourraient constituer un terreau fertile pour soutenir les communautés désirant améliorer l'offre de logements sociaux. Cependant, la littérature existante est insuffisante pour établir ce lien ou même saisir la place qu'occupent les interventions en matière d'habitation au sein des efforts pour développer des Villes en santé. Les recherches portant sur les interventions qui en découlent, au Canada et à travers le monde, se concentrent plutôt sur les interventions pour soutenir l'adoption de saines habitudes de vie (Boutillier, Cleverly et Labonté 2000 ; Carter 2015 ; McMullan 2002 ; Newman et al. 2015). De plus, les recherches sur l'adhésion des municipalités canadiennes à ce mouvement s'avèrent fragmentaires puisqu'elles se basent souvent sur des expériences locales en un temps donné alors que les moyens employés par les municipalités sont uniques et évoluent sans cesse. À l'heure actuelle, on ignore si les stratégies municipales associées à ce mouvement motivent et soutiennent les communautés désirant améliorer l'offre de logements sociaux.

Jusqu'à maintenant, les recherches sur le logement social au Canada en tant qu'action publique se sont concentrées sur l'évolution des politiques fédérales, provinciales et municipales et leurs

influences sur le niveau d'investissements et les responsabilités pour le développement de logements sociaux (Bouchard, Frohn et Morin 2010 ; Carroll et Jones 2000 ; Hackworth et Moriah 2006 ; Suttor 2016). Ces écrits interrogent notamment les impacts de ce transfert de responsabilités en l'associant à un processus de privatisation et de désengagement de l'État ou encore un contexte propice à la co-construction et à l'innovation. Bien que pertinentes, ces perspectives négligent les processus mis en œuvre à l'échelle communautaire pour élargir le parc de logements sociaux. Ces démarches menées par les communautés sont souvent associées à du travail technique qui se traduit par des investissements en unités selon un certain rythme de production. Plusieurs zones d'ombre demeurent concernant cette action politique déléguée aux communautés. Le *care*, qui correspond à l'ensemble des attitudes et actions pour répondre aux besoins exprimés, pourrait constituer une perspective pour approfondir ce travail. Ces dernières années, de nombreuses recherches se sont intéressées aux liens entre logements et *care* (Dyck et al. 2005 ; A. Williams 2002 ; Pinfold 2000 ; Dyck et Dossa 2007 ; Mee 2009 ; E. R. Power et Mee 2019 ; E. R. Power 2019 ; Noddings 2002 ; Bowlby 2019). Certaines recherches ont, par exemple, démontré que le logement social constitue une importante voie pour offrir des milieux de vie propices au *care* (Mee 2009 ; E. R. Power 2019 ; Thompson 2018). Le *care* est également une éthique qui s'incarne chez des individus, des organisations, des politiques et des lieux qui soutiennent les capacités individuelles et collectives de *care*. Une attention particulière est alors dédiée à saisir leur contexte d'inscription, à écouter avec respect les personnes impliquées et à mettre en œuvre des actions pour promouvoir ce vaste réseau de relations de *care*. Certaines recherches ont d'ailleurs souligné que les réflexions et les actions d'organisations et individus impliqués dans le logement social sont mues par des éthiques du *care* (E. R. Power et Bergan 2018 ; Thompson 2018). De plus, plusieurs suggèrent que les éthiques du *care* expliquent l'engagement d'individus qui résistent ou encore créent des alternatives communautaires en réaction aux politiques néolibérales (Staeheli 2003 ; Emejulu et Bassel 2018 ; M. J. Williams 2016, 2017, 2020 ; E. R. Power et Bergan 2018 ; Morse et Munro 2018). Ces éthiques pourraient expliquer une part des motivations des communautés qui se mobilisent et surmontent les nombreux obstacles à la création de logements sociaux. Jusqu'à maintenant, le *care* n'a pas été mobilisé pour explorer les mobilisations communautaires associées à la création de nouveaux logements sociaux souvent freinées par les politiques néolibérales.

Devant ces lacunes documentaires, cette recherche vise à comprendre les liens entre les stratégies pour développer des Villes en santé, le *care* et le logement social. Elle se penche plus

particulièrement sur le potentiel des stratégies municipales pour développer des Villes en santé afin de soutenir les communautés désirant créer de nouveaux logements sociaux : comment l'adhésion au mouvement des Villes en santé appuie-t-elle la création de logements sociaux pour promouvoir la santé et résoudre les déficits de *care* au sein des communautés ? Cette thèse s'intéresse à la création de nouveaux logements sociaux destinés aux femmes cheffes de familles monoparentales à Montréal, Toronto et Vancouver. Ces trois métropoles se sont engagées à devenir des Villes en santé et partagent plusieurs enjeux, dont la pénurie de logements abordables, une croissance de l'itinérance chez les femmes et les familles (qui est souvent cachée) ainsi que des obstacles à la construction de nouveaux logements sociaux. À l'instar d'autres recherches consacrées à l'engagement des communautés dans la résolution de problèmes publics (M. J. Williams 2016, 2017, 2020 ; E. R. Power et Bergan 2018 ; Staeheli 2003 ; Emejulu et Bassel 2018), cette recherche part de l'idée que les éthiques du *care* motivent l'engagement des communautés. Elles offrent également des voies alternatives pour surmonter les influences de l'économie politique néolibérale. Cette thèse pose donc l'hypothèse que les stratégies associées au mouvement des Villes en santé peuvent soutenir des initiatives communautaires visant à répondre aux besoins des femmes cheffes de familles monoparentales à condition que les processus mis en œuvre soient ancrés dans une éthique du *care*.

En explorant la création de logements sociaux à l'échelle des communautés et sous l'angle du *care*, cette recherche développe une perspective critique et nuancée de la participation des groupes communautaires à l'action publique. Cette lecture comporte trois principales contributions. La première concerne le potentiel du *care* comme source de résistance au virage néolibéral qui freine et oriente la réalisation de nouveaux complexes de logements sociaux. En dépit de ce potentiel, la recherche révèle le caractère construit et inégal du pouvoir dont disposent les communautés à agir avec *care* pour emprunter ces voies alternatives. De plus, les intervenant-es qui mènent ces initiatives tendent à incarner des normes genrées de l'organisation du *care* ainsi que l'idéal néolibéral des communautés charitables. La seconde contribution est de relier le mouvement des Villes en santé à la création de logements sociaux. Le *care* constitue une importante clé d'interprétation des motivations et actions posées par les communautés qui concrétisent certains engagements municipaux pour développer des Villes en santé. Cette thèse met également en lumière la manière dont des moyens associés aux stratégies municipales peuvent renforcer les capacités des communautés à agir avec *care* pour cerner et saisir des fenêtres d'opportunités afin de développer des initiatives de logements. Le troisième apport touche la compréhension des programmes de logements sociaux comme des

instruments d'action. En plus de saisir le potentiel de ces nouveaux logements en tant que contributions à la résolution de vastes problèmes publics, cette recherche conceptualise le rôle potentiel de ces programmes pour la promotion de la santé. Elle permet également de mieux comprendre ces initiatives comme des outils pour renforcer les capacités de *care* des ménages et des communautés.

Cette thèse est composée de six chapitres. Le premier chapitre présente la littérature sur laquelle cette thèse s'appuie. Cette revue des écrits se centre sur le *care* et le mouvement des Villes en santé en portant une attention aux liens avec le logement social dans le contexte canadien. Ce chapitre se termine par la problématique qui aborde la pénurie de logements abordables qui affecte particulièrement les femmes cheffes de familles monoparentales ainsi que le rôle potentiel des stratégies Villes en santé et des éthiques du *care* pour répondre aux besoins de ces familles. Le second chapitre présente la démarche méthodologique associée à cette thèse. Après avoir positionné la recherche au sein des études urbaines et des études féministes, le cadre conceptuel et ainsi que les objectifs spécifiques sont exposés. La stratégie de vérification, les approches pour l'analyse et les villes et cas retenus sont ensuite présentés et justifiés. Le chapitre se conclut par des précisions relatives à la collecte, au traitement et à l'analyse des données. Les trois chapitres suivants présentent les résultats et l'analyse des données empiriques liées aux cas étudiés. Ces chapitres correspondent à des articles qui ont été soumis, évalués et publiés dans des revues scientifiques évaluées par les pairs. Bien que ces articles soient indépendants, ceux-ci ont été rédigés dans une perspective complémentaire puisque chacun de ceux-ci offre des données et angles différents pour répondre à la question et l'hypothèse de recherche.

Le premier article qui correspond au chapitre 3 est intitulé « La place des nouveaux logements sociaux avec soutien communautaire dans le mouvement des Villes en santé ». Cet article a été publié à la revue francophone, internationale et pluridisciplinaire *Lien social et Politiques* dans le cadre d'un numéro spécial « Inégalités d'appropriation du logement et de l'habitat ». Ce chapitre interroge les liens entre les stratégies pour faire de Montréal, Toronto et Vancouver des Villes en santé et les processus associés à la création des nouveaux programmes de logements sociaux. L'analyse révèle que, malgré le fait que l'amélioration de l'offre de logements sociaux figure dans les trois stratégies municipales, celles-ci ont une très faible influence sur les processus étudiés. En effet, elles ne modifient pas le contexte local qui pose de nombreux obstacles au développement de logements sociaux. Ce sont plutôt des moyens découlant de ces stratégies

qui soutiennent ou créent des coalitions qui ensemble peuvent surmonter l'absence ou les insuffisances des programmes publics pour le logement social. De plus, les interviewé·es n'ont absolument pas pensé leurs programmes comme une contribution à une Ville en santé, mais plutôt comme des leviers pour structurellement promouvoir la santé des quelques ménages qui y résident. Une déconnexion entre les stratégies municipales et les actions concrètes liées au logement social est observée tant dans le soutien à la création que dans la façon dont leurs contributions pour la santé sont envisagées. Ce décalage permet de suggérer que le mouvement des Villes en santé au Canada dépend principalement de communautés qui se soucient des besoins locaux non comblés, mais surtout qui sont capables de travailler avec un réseau pour surmonter le manque d'investissements publics afin d'y répondre. Cette motivation à répondre aux besoins n'est pas alimentée par le mouvement des Villes en santé. Les interviewé·es ont plutôt abordé une obligation morale de se soucier et d'agir devant le constat des besoins de logement éprouvés par des femmes cheffes de familles monoparentales en situation de vulnérabilité accrue. Ce constat explique que les deux chapitres suivants sont consacrés à l'étude des cas avec la lentille du *care*.

Le second article, qui correspond au chapitre 4, est intitulé « The place of *care* in social housing through a neoliberal era ». L'article est publié dans la revue *International Journal of Housing Policy*. Cette revue anglophone internationale de sciences sociales se consacre à la publication d'analyses critiques des politiques, systèmes et pratiques en matière de logement. Cet article, qui a été co-écrit avec mon directeur Blake Poland, interroge la place du *care* au sein des processus pour créer les nouveaux programmes de logements sociaux. L'objectif est de comprendre si ces initiatives communautaires se conforment ou encore résistent aux politiques néolibérales. Cette analyse critique s'appuie sur l'éthique du *care* féministe afin d'explorer les idées, les intérêts, les institutions et les réseaux impliqués dans la création de nouveaux logements sociaux dans les trois villes. L'analyse révèle que le *care* constitue une dimension critique pour créer un intérêt collectif, des idées influentes qui organisent de nouveaux programmes de logement et motivent l'engagement des individus et des organisations devant des ressources institutionnelles insuffisantes. Le chapitre se poursuit avec une discussion sur la position contradictoire de cette prise en charge des problèmes publics par les communautés. D'un côté, la centralité du *care* leur permet de résister à plusieurs idées néolibérales au sujet du logement social. D'un autre côté, le *care* motive le dépassement des communautés pour concrétiser ces initiatives, ce qui conforte les gouvernements à se délester de leurs responsabilités. Ce chapitre se conclut par une réflexion sur les inégalités de pouvoir entre les

organisations qui se répercutent sur la possibilité de créer du logement pour répondre à l'ensemble des besoins identifiés et de résister à l'influence des idées néolibérales.

Le troisième article, qui correspond au chapitre 5, « Créer des logements sociaux pour les femmes : une question de *care* qui va au-delà du privé », est publié aux *Cahiers de la géographie du Québec* dans le cadre du numéro spécial « Genre, villes, territoires et sociétés ». Cet article poursuit la réflexion critique sur la place du *care* dans la création de logements sociaux. En s'appuyant sur les modalités du *care* (Tronto 2013), le chapitre explore les phases des processus qui ont permis la création des programmes. Cette analyse démontre que ces programmes émergent dans un contexte où certaines organisations reconnaissent que la pénurie de logements abordables affecte particulièrement les femmes cheffes de familles monoparentales. S'inscrivant dans la continuité de leur mission, elles se sont engagées dans la création de programmes résidentiels, notamment pour transformer les conditions sociomatérielles, temporelles et spatiales pour mieux soutenir les capacités de *care* des femmes, mais également des organisations communautaires. Cette utilisation du logement amène les organisations à éviter de voir les femmes comme des prestataires passives. À l'opposé, elles sont reconnues comme des locataires qui disposent d'un pouvoir d'agir. Elles peuvent s'appuyer sur les différentes dimensions des logements, espaces communs et services pour répondre à leurs besoins, améliorer leur situation socioéconomique et même offrir des rétroactions pour adapter le fonctionnement de ces programmes. Ce chapitre se termine par une discussion sur les actions et espaces décrits par les interviewé-es afin de comprendre s'ils renforcent ou ébranlent la tendance à la privatisation du *care*. L'analyse indique que ces processus ont évité de cantonner le *care* à la sphère privée, et ce, en engageant une pluralité d'espaces et d'intervenant-es situé-es le long du continuum public-privé.

Le chapitre 6 offre d'abord des éléments de réponse à la question de recherche à savoir que le mouvement des Villes en santé ne soutient pas directement l'amélioration de l'offre de logements sociaux. À l'opposé, le *care* est central tant dans les intentions des programmes que dans l'engagement des partenaires dans les processus de création qui ont exigé un dépassement de la part des individus et organisations impliqués. Néanmoins, le *care* permet de relier les initiatives de logement avec les stratégies Villes en santé. Le chapitre se poursuit avec une discussion sur les principaux résultats qui émanent de la recherche. Celle-ci s'amorce sur le sujet du logement social comme action publique menée par les communautés, ce qui permet de tracer des parallèles avec l'approche des courants multiples. Le chapitre se poursuit sur le

thème de la place du *care* dans les processus mis en œuvre, mais surtout par rapport aux capacités inégales dont disposent les organisations pour résister avec *care* au contexte néolibéral. La discussion aborde ensuite les tensions associées à la participation des communautés et des programmes de logements sociaux au développement des Villes en santé. Ce chapitre se termine par une réflexion sur la place du *care* et des interventions en matière d'habitation pour penser l'avenir des Villes en santé. Cette section reprend des idées développées dans un article publié en mars 2019 dans la revue *Éthique Publique* (Desroches 2018) qui est en annexe à la thèse (annexe 1).

Le dernier chapitre constitue la conclusion de la thèse. Celle-ci revisite les principaux résultats de la recherche sous l'angle de leur originalité et de leur contribution théoriques et pratiques. Ces éléments ouvrent également la voie à des réflexions sur la démarche de recherche pour dégager certaines limites et suggérer de nouvelles perspectives pour approfondir les résultats.

CHAPITRE 1 : REVUE DES ÉCRITS

Cette thèse relie la création de nouveaux logements sociaux au *care* et au mouvement des Villes en santé, tout en s'intéressant à des programmes dédiés aux femmes cheffes de familles monoparentales à Montréal, Toronto et Vancouver. Dans ce cadre, ce chapitre propose une revue des écrits composée de deux parties qui abordent respectivement le *care* et les Villes en santé. De façon transversale, une attention est portée aux écrits qui traitent du logement social et du contexte canadien.

Le *care* renvoie à l'ensemble des attitudes qui correspondent au fait psychique de « se soucier de » ainsi que les activités qui permettent de « prendre soin de » (Tronto 2013 ; Held 2006 ; Noddings 2002 ; Hankivsky 2005 ; Engster 2007). La première section de ce chapitre discute des changements des modes de vie stimulés notamment par l'urbanisation et les politiques sociales qui ont engendré d'importantes transformations des lieux et responsabilités liées au *care*. Par la suite, les actions portées par les gouvernements, communautés et individus ainsi que les matérialités qui soutiennent et propagent le *care* dans les villes sont présentées. Au sein des deux premières sections, les écrits présentés soulignent que le logement social constitue un important champ d'action pour soutenir le *care* au sein des villes. Enfin, la troisième section s'attarde au contexte néolibéral qui affecte les ressources et responsabilités associées au *care*, ce qui entraîne des répercussions sur les politiques en matière d'habitation.

La base du mouvement des Villes en santé est un cadre stratégique de planification territoriale intégrée diffusé depuis 1986 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Celle-ci invite les municipalités à poser des actions afin d'améliorer, de façon continue, les environnements physiques et sociaux locaux de manière à offrir des conditions et opportunités suffisantes pour promouvoir la santé (Hancock 1993). Ce mouvement a suscité l'intérêt d'équipes de recherche au Canada et à travers le monde qui s'intéressent à ses origines et sa mise en œuvre. La revue des écrits souligne dans un premier temps que ce mouvement est associé à un retour aux origines de la santé publique et au virage vers la promotion de la santé qui offre de nouvelles orientations à ce champ d'étude et d'action. Les écrits présentés dans un deuxième temps mettent en relief que le réengagement des municipalités sur les enjeux de santé repose sur de nouveaux modes de gouvernance qui s'appuient, entre autres, sur la participation de la communauté et d'intervenantes de divers secteurs d'activité. Au sein des deux premières sections, l'habitation constitue l'un des domaines à investir pour devenir une ville en santé.

Enfin, la troisième section aborde un ensemble de critiques liées à la mise en œuvre du mouvement des Villes en santé qui remettent en question la possibilité de soutenir la venue d'interventions en matière d'habitation.

Pour terminer, ce chapitre souligne les impacts de la pénurie de logements locatifs abordables dans les grandes villes canadiennes. L'attention est dirigée vers les répercussions sur l'insécurité et l'instabilité résidentielle provoquée chez les femmes cheffes de familles monoparentales. Cette crise affecte ainsi la santé et les capacités de *care* de milliers de familles qui se retrouvent en situation ou à risque d'itinérance. La littérature démontre que les programmes de logements sociaux avec soutien communautaire représentent d'importantes solutions à cette pénurie tout en répondant aux besoins de ces familles. Le contexte néolibéral pose de nombreux freins qui limitent la venue de telles initiatives. Néanmoins, les écrits soulignent que les éthiques du *care* pourraient pousser les communautés à résister à ces obstacles. De plus, l'adhésion au mouvement des Villes en santé est susceptible d'offrir un contexte local propice à la création de logements pour ces familles.

1.1 Care, logement et politiques néolibérales

1.1.1 Organisation politique du *care* au sein des sociétés

Les écrits sur le *care* connaissent un important développement au cours des dernières décennies au sein de diverses disciplines telles que les sciences politiques, la géographie et les études urbaines. Comme bien d'autres, cette thèse s'appuie sur la définition du *care* de Tronto (2009) :

Au niveau le plus général, nous suggérons que le care soit considéré comme une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, continuer ou réparer notre « monde » de telle sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie. (p.143)

Le *care* ne se résume pas à de simples activités, formes de travail, transactions de soins ou actes de charité pour assurer la survie. Il correspond plutôt à une relation basée sur une responsabilité et un engagement continu à réfléchir et poser des actions vers des individus, des

objets et des environnements pour assurer leur bien-être (McEwan et Goodman 2010 ; Wiles 2011 ; Held 2006 ; Noddings 2002). Ainsi, le *care* repose sur un réseau complexe d'individus et d'actions qui sont engagées dans des relations interdépendantes, réciproques et multidirectionnelles (Milligan et Wiles 2010). Plusieurs insistent sur cette dimension relationnelle du *care* qui implique des attitudes et dispositions associées à la sollicitude et des actions concrètes qui répondent aux besoins (Tronto 2013 ; Held 2006 ; Noddings 2002 ; Hankivsky 2005 ; Engster 2007). Ces relations reposent sur un degré variable de formalité, de professionnalisme, d'obligation sociale ainsi que de rémunération ou de soutien financier (Milligan et Wiles 2010 ; Bowlby 2011). Plusieurs insistent sur le fait que le *care* n'est pas naturel, fixe et universel. Il s'inscrit plutôt dans un contexte social, politique, économique, culturel et historique. Ces contextes influencent, de façon continue, les personnes jugées responsables, les ressources disponibles, les lieux qui y sont associés, sa visibilité, sa valorisation et les inégalités qui y sont associées (M. Green et Lawson 2011 ; Held 2006 ; Tronto 2013 ; E. R. Power 2019). La première partie de la revue des écrits aborde cette dimension construite du *care*.

Le care comme responsabilité privée qui s'exerce dans le domicile familial

Le *care*, sous ses diverses formes, s'avère crucial et central pour assurer la vie, la survie et l'épanouissement des populations. Cependant, les enjeux, activités et perspectives associés au *care* ont historiquement été dévalorisés et assignés aux plus dominés des sociétés. Plusieurs considèrent que cette dévalorisation est causée par l'association du *care* à la sphère privée (Held 2006 ; Hankivsky 2005 ; Tronto 2013 ; Paperman et Molinier 2011 ; Milligan et Wiles 2010 ; M. Green et Lawson 2011 ; Tronto 2009). La division publique/privée est mobilisée notamment en théorie politique, en droit, dans le discours populaire et dans les pratiques d'aménagement. Cette division revêt donc de nombreux sens et acceptations (Duncan 1996 ; Bereni et Revillard 2008). La sphère publique, telle que définie dans la théorie politique moderne, est l'espace d'exercice de la citoyenneté pour débattre des questions d'intérêt commun. En principe, cette arène repose sur des délibérations dites rationnelles et impartiales. Les individus mettraient de côté leurs intérêts privés et les rapports de pouvoirs pour dégager un consensus en vue de réaliser des actions pour le bien commun (Fraser 1990 ; Staeheli 1996). En complément, la sphère privée traite des questions dites particulières et où l'on emploie des formes de discours jugés irrationnels (Fraser 1990). Cette division délimite, entre autres, les domaines sur lesquels

les États peuvent légitimement agir et donc les questions qui sont soumises au débat public. À l’opposé, ce qui relève de la sphère privée est protégé ou exempté du contrôle et des actions étatiques pour permettre la liberté, l’intimité et la dissimulation (Bereni et Revillard 2008 ; Staeheli et Mitchell 2004). Le *care* est associé aux émotions, aux relations intimes ou familiales et à la dépendance. Ainsi, la sphère privée est associée aux activités, attitudes et populations historiquement responsables du *care* (E. R. Power 2019 ; Held 2006 ; Laugier 2010 ; Tronto 2009 ; Bowlby, Gregory et McKie 1997).

Alors que plusieurs présentent cette dichotomie comme neutre et même naturelle, les chercheuses féministes pointent son caractère construit et ses impacts politiques (Bereni et Revillard 2008 ; Bridgman 2002 ; Staeheli 1996 ; Milroy et Wismer 1994 ; Tronto 2013). Des féministes matérialistes démontrent que l’économie capitaliste repose sur cette division qui permet de séparer le travail productif et reproductif (Walby 1989 ; Delphy 2009 ; Fraser 2016). D’un côté, les hommes ont été historiquement responsables des tâches productives réalisées dans la sphère publique, notamment dans les espaces commerciaux et industriels. Ce travail est valorisé puisqu’il est projeté comme le principal moteur de l’économie formelle. De l’autre côté, le travail reproductif, également appelé travail du *care*, rassemble un ensemble d’activités matérielles et émotionnelles pour répondre aux besoins essentiels des êtres humains (Molinier 2013 ; M. Green et Lawson 2011). Les tâches reproductives comprennent, entre autres, prendre soin des plus vulnérables (ex. : enfants, personnes âgées ou en situation de handicap), réaliser le travail ménager (ex. : cuisiner, nettoyer, laver et réparer les vêtements, etc.) et construire des liens pour favoriser la coopération au sein des communautés. La notion de reproduction fait également référence au rôle de mère lié à l’enfantement, la prise de soin et l’éducation des enfants qui participeront à la force de travail (Fraser 2016).

Ce travail de reproduction est majoritairement réalisé par des femmes ou encore des personnes racisées⁴ dans des espaces privés comme le domicile. Alors que ces tâches sont nécessaires pour l’accomplissement du travail productif, plusieurs activités ne sont pas ou peu rémunérées, régulées ou comptabilisées dans l’économie officielle. Conséquemment, le *care* est peu visible,

⁴ Dans le cadre de cette thèse, j’emploie, comme bien d’autres, le terme racisé (voir par exemple: Belkacem et al. 2019). La race n’existe pas sur le plan biologique, mais bien à travers les idéologies racistes qui conduisent à un ensemble de conduites sociales qui créent et reproduisent des dynamiques de racialisation. La racialisation constitue un processus social et politique qui catégorise et hiérarchise les groupes selon des différences réelles ou supposées associées notamment à la couleur de la peau, la religion, la langue et l’origine. Le terme racisé permet donc de désigner les personnes qui, par le processus de racialisation, se voient altérisées et potentiellement infériorisées sur la base de leur « race » supposée.

reconnu et valorisé dans la sphère publique (Bowlby, Gregory et McKie 1997 ; Paperman et Molinier 2011 ; Parr et Philo 2003 ; Fraser 2016). Selon cette perspective, les responsabilités relatives au *care* sont vues comme externes à la sphère publique et donc à l'arène politique. Le *care* devrait se déployer au sein du domicile sauf lorsque les ménages ne sont pas en mesure d'y parvenir (Tronto 2009). Lorsque de nombreux individus manquent de ressources et de soutien pour répondre à leurs besoins, prendre soin les uns des autres, se développer et fonctionner adéquatement en société, cela crée des carences, déficits et crises du *care* (Engster 2007 ; Hankivsky 2005 ; Tronto 2013 ; Emejulu et Bassel 2018 ; Laugier 2010 ; Hochschild 2005 ; Fraser 2016). Le *care* devient un problème qui fait irruption dans la sphère publique. Les prochains paragraphes soulignent les principales réorganisations sociales et politiques qui tentent de remédier à des déficits de *care*.

Les sociétés capitalistes du 19^e siècle se sont organisées autour du travail productif qui s'exerçait notamment dans les usines. Fraser (2016) soutient que cette économie manufacturière s'appuyait, d'une part, sur le travail reproductif associé aux tâches ménagères et aux soins des enfants réalisés gratuitement au sein des foyers. Ce travail productif reposait, d'autre part, sur les ressources pillées et exploitées dans les colonies. Ces régimes libéraux compétitifs se basaient sur une vision selon laquelle les familles ouvrières étaient autonomes et disposaient des ressources et capacités nécessaires pour les tâches reproductives afin de se consacrer au travail productif. Cette organisation a provoqué d'importantes pénuries de *care* au sein des familles et des sociétés. D'abord, ces industries employaient des femmes et des enfants qui étaient réputés pour leur docilité et à qui il était possible d'offrir de bas salaires. Toutefois, les conditions dangereuses et les maigres salaires ont engendré des nombreuses blessures et morts. Cela a également contribué à une croissance de la pauvreté urbaine. Ainsi, plusieurs ménages peinaient à satisfaire leurs besoins de base. Enfin, les familles habitaient dans des logements ouvriers souvent construits en fonction de normes de construction inadéquates. Ces familles étaient donc exposées à d'importants risques liés à l'insalubrité de leur logement, aux incendies fréquents ainsi qu'à l'exposition aux fumées et déchets des industries (Frumkin 2003 ; Galea et Vlahov 2005b ; Davies 2015a). Fraser (2016) indique que ce contexte a posé les bases de deux crises qui ont suscité l'adoption de politiques qui ont réorganisé le *care*. Les classes ouvrières ne disposaient pas de suffisamment de ressources pour subsister et donc exercer le travail reproductif, ce qui constituait un enjeu pour les industries et la vitalité économique. De plus, les classes moyennes étaient scandalisées que les

femmes et les enfants travaillent dans les industries puisque cela était contre la nature féminine et contribuait à détruire les familles.

Dans cette foulée, des mouvements réformistes, qui sont formés de personnes bourgeoises préoccupées par les conséquences de l'industrialisation et de l'urbanisation, ont exercé certaines pressions pour améliorer les conditions d'habitation des familles ouvrières. Ceux-ci ont fait la promotion de régulations concernant les conditions matérielles (ex. : salles de bain, ventilation et sorties de secours) et la construction de logements sécuritaires et abordables (Corburn 2017). Madden et Marcuse (2016) soulignent que ces mesures visaient à favoriser l'insertion des classes populaires sur le marché du travail et à éviter qu'elles ne se soulèvent et ainsi ralentissent la production. De plus, les gouvernements ont adopté des mesures de protection pour limiter le travail des femmes et des enfants, ce qui a eu pour effet de créer l'idéal des mères reines du foyer. Cet imaginaire bourgeois, qui s'appuie sur une division stricte entre le privé et le public, a mené à l'assignation des femmes au travail du *care* (Fraser 2016). Cette assignation a par ailleurs constitué un obstacle à la participation des femmes à la vie publique et démocratique (Le Goff 2013 ; Tronto 2013 ; Milligan et Wiles 2010 ; Laugier 2010).

Comme ces lois de protection n'étaient pas associées à des compensations pour les salaires perdus, plusieurs familles pauvres, racisées et monoparentales ont été dans l'obligation de continuer à travailler (Fraser 2016). Des féministes maternalistes, qui figuraient parmi les mouvements de réforme urbaine, sont également intervenues. Celles-ci ont mis en place des aides caritatives pour soutenir les « mères nécessiteuses » qui ne parvenaient pas à cet idéal. Elles ont également demandé aux gouvernements d'intervenir pour soutenir le travail du *care* au sein des familles (Cohen 2012 ; Little 1995 ; Lessa 2006). Certaines considèrent que ces interventions ont constitué les balbutiements des politiques sociales (Cohen 2012). Comme le souligne la prochaine section, diverses recherches se sont penchées sur la manière dont les politiques sociales des 20^e et 21^e siècles ont permis de dépasser l'assignation du *care* au domicile et aux relations familiales (Trudeau et Cope 2003 ; Staeheli 2003 ; Sevenhuijsen 2003 ; Barnes 2012 ; M. Green et Lawson 2011 ; Milligan et Wiles 2010).

Prises en charge publiques du care

Les gouvernements occidentaux ont mis en place un certain nombre de politiques sociales à la suite de la Grande Dépression et de la Deuxième Guerre mondiale, notamment pour stimuler

l'économie et contrer le chômage (Fraser 2016). Kittay (1998) définit les politiques sociales comme des interventions par lesquelles un gouvernement ou une institution publique cherche à améliorer le bien-être de la population ou à remédier à certains problèmes sociaux. Ces politiques sont, par exemple, des programmes pour les congés parentaux, les allocations familiales, les services de garde, l'éducation publique, les soins de santé, les logements sociaux et les prestations pour invalidité. Ces politiques sociales ont permis aux gouvernements d'intégrer le *care* au sein des services publics. De plus, le *care* a été déplacé vers divers lieux extérieurs au domicile familial tels que les hôpitaux, cliniques, garderies, écoles et maisons de retraite (Cohen 2012 ; Staeheli 2003 ; Trudeau et Cope 2003 ; Staeheli et Brown 2003 ; Sevenhuijsen 2003 ; Tronto 2013). Dans ce contexte, les questions associées à la distribution, l'évaluation et le *care* participent davantage aux débats politiques (Sevenhuijsen 2003). Il y a également une prise de distance avec le partage strict du travail productif et reproductif entre les sphères publique et privée.

Ces politiques sociales s'appuient sur un idéal moderne associé aux familles nucléaires comportant un père travailleur pourvoyeur et une mère ménagère (Fraser 2016). Ainsi, les personnes qui ne correspondaient pas à cette norme n'ont pas bénéficié ou du moins pas dans la même mesure des politiques établies. Les politiques en matière de logement constituent un bon exemple d'intervention qui appuie cette norme. Au Canada, de la même manière que plusieurs autres pays occidentaux, l'habitation est un des champs de l'État-providence (Bengtsson 2001). Des mouvements de réforme urbaine ont revendiqué des politiques en matière d'habitation. Ceux-ci considéraient le domicile comme un élément structurant pour avoir une vie saine sur le plan des mœurs et de l'hygiène. Ces derniers ont lutté contre les taudis et ont fait la promotion du logement social et de l'accès à la propriété pour que chaque famille ait sa propre maison (Choko, Collin et Germain 1987).

Ainsi, après la Seconde Guerre mondiale, les gouvernements ont investi en habitation, entre autres, pour loger les vétérans, stimuler l'économie et reconstruire les villes affectées par les bombardements. Les politiques canadiennes en matière d'habitation incluent plusieurs interventions pour soutenir l'accès à la propriété des classes moyennes vers des maisons neuves et ainsi stimuler l'industrie de la construction (Bouchard et Hudon 2005). Ces interventions visaient également à ce que ces déménagements vers les banlieues libèrent des logements locatifs abordables pour que les populations à faibles revenus puissent y accéder (Silver 2011 ; Leone et Carroll 2010 ; Carroll et Jones 2000 ; Suttor 2016). Ces politiques ont

donc stimulé le développement des banlieues conçues selon la norme de la famille nucléaire comportant un père pourvoyeur travaillant en ville et un mère ménagère au foyer (Bondi 1998 ; Wekerle 1980 ; McDowell 1999 ; Gardiner et Dandekar 1993). Ainsi, les quartiers des banlieues sont aménagés en suivant une séparation claire, notamment entre les secteurs résidentiels, commerciaux et industriels et des réseaux de transports concentriques qui favorisent le navettage vers le centre-ville. En plus d'avoir confiné les femmes à la sphère privée, cet aménagement pose d'importants obstacles à l'articulation spatiotemporelle des temps de vie qui comprennent, entre autres, le travail, la famille, les loisirs, les études et les implications sociales. Cet aménagement nuit également au partage des responsabilités liées au *care* au sein des couples (Fagan et Trudeau 2014).

Ces politiques ont aussi marginalisé les ménages qui ne correspondent pas à cette norme tels que les familles monoparentales, les personnes seules à faible revenu, les personnes racisées et les personnes de la diversité sexuelle et de genre. Ces dernières n'ont pas bénéficié, dans la même mesure, de ces politiques et sont restées dans les quartiers centraux (Novac 1990 ; Gardiner et Dandekar 1993). Dans le contexte d'après-guerre, le gouvernement canadien a soutenu des programmes afin de développer du logement public avec un financement conjoint des provinces (Bouchard et Hudon 2005 ; Gaudreault et Bouchard 2002 ; Carroll et Jones 2000 ; Suttor 2016). Les programmes pour développer du logement public ont été utilisés pour réaliser des opérations de rénovation urbaine (également appelée démolition-reconstruction). Celles-ci consistaient à mener d'importants chantiers de construction pour remplacer des secteurs qui étaient jugés comme étant laissés à l'abandon ou en mauvais état (Hulchanski 2003). Certaines de ces opérations ont contribué à l'établissement de grands ensembles de logements sociaux à loyer subventionnés. Ceux-ci visaient à moderniser les quartiers centraux qui comptaient des logements considérés comme des taudis et à développer les terrains laissés en friche (Suttor 2016).

Ce développement d'unités de logements publics, qui visait à répondre à un besoin en matière d'abordabilité, a culminé dans les années 1970 et ces activités se sont maintenues dans les années 1980 (Suttor 2011, 2016). Au cours des années 1970, le gouvernement fédéral a établi des programmes pour le développement de coopératives et d'OSBL d'habitation. Les responsabilités ont alors été déplacées, en partie, les responsabilités entre les mains des communautés et des municipalités (Wekerle 1988 ; Suttor 2016). Suttor (2016) précise qu'au Canada, l'habitation est un pilier banal de l'État-providence puisque les interventions

gouvernementales n'ont démarchandisé qu'une infime partie du marché du logement. De plus, les politiques néolibérales ont fortement affecté les investissements pour le logement social et abordable (Hackworth et Moriah 2006).

Depuis la fin des années 1970, de nombreux gouvernements empruntent un virage néolibéral où les actions sont orientées essentiellement vers la croissance économique. Ceux-ci établissent des politiques d'austérité et des réformes axées sur la promotion du libre marché, les impératifs économiques et la concurrence. Leur objectif est notamment de diminuer les dépenses et la dette publique (Swyngedouw, Moulaert et Rodriguez 2002 ; Peck et Tickell 2002). Concrètement, ces réformes affaiblissent les politiques et programmes sociaux et redéfinissent le *care* en tant qu'enjeu personnel et privé. En effet, les individus sont considérés comme étant capables et responsables de faire les bons choix pour subvenir à leurs besoins et à ceux de leurs proches (Tronto 2013). Ces attentes reposent sur une nouvelle norme, à savoir la famille à double revenu. Cette norme est encouragée par les gouvernements qui poussent les femmes sur le marché du travail (Fraser 2016). Graduellement, les allocations destinées aux familles monoparentales, qui au départ visent à soutenir celles qui ne sont pas en mesure de travailler en raison de leurs responsabilités liées au *care*, se sont réorientées. Ces allocations sont désormais des mesures et programmes pour soutenir leur employabilité et donc leur indépendance économique (Lessa 2006 ; McDowell 2004).

Sevenhuijsen (2003), comme bien d'autres, estime que les politiques sociales et changements sociaux contemporains liés, par exemple, au travail des femmes, relocalisent les responsabilités liées au *care*, en partie, vers les hommes. Cela se déploie, d'une part, par un partage des tâches domestiques au sein des couples hétérosexuels. Il y a, d'autre part, une diversification des genres dans les métiers associés au *care* (par exemple, l'enseignement, les soins infirmiers, l'éducation à l'enfance et le travail social). Malgré l'entrée des femmes sur le marché du travail, elles réalisent, encore aujourd'hui, une grande part du travail ménager. Elles sont également surreprésentées dans les métiers associés au *care*, par exemple, l'enseignement, les soins infirmiers, l'éducation à l'enfance (Tronto 2013 ; McDowell 2004). De plus, certaines chercheuses comme Jupp (2014) et Cox (2013) soulignent que les politiques d'austérité et conservatrices ont d'importants impacts sur les inégalités de genre. Celles-ci renforcent l'assignation du *care* aux femmes, et ce, au sein et à l'extérieur du domicile : « The provision of care is therefore being refigured under attacks from both conservative and neoliberal positions

and women are simultaneously pushed into paid care work and positioned as the natural providers of unpaid care. » (Cox 2013, 495)

Les inégalités dans l'exercice du *care* ne sont pas uniquement structurées par le genre. En raison notamment des avancées médicales, les besoins de *care* augmentent avec le vieillissement de la population et l'allongement de l'espérance de vie. Cependant, les injonctions du marché de l'emploi posent d'importantes difficultés associées à l'articulation des temps de vie (travail, famille, études, loisirs, etc.). Ainsi, les besoins de *care* peinent à être comblés, en partie ou en totalité, au sein de la cellule familiale. Ces situations conduisent à des pénuries de *care* (Molinier 2018 ; Fraser 2016). Les individus doivent externaliser le *care* vers des services disponibles sur le marché (Tronto, 2013). Plusieurs emplois liés au *care* sont peu valorisés, rémunérés et associés à des tâches ingrates, tels que les préposé·es aux bénéficiaires, les services de garde et d'entretien ménager. De nombreuses femmes du Nord global délaissent ces domaines, ce qui contribue à une pénurie de main-d'œuvre. Cette pénurie est comblée par l'immigration (Tronto 2013 ; Molinier 2013 ; Fraser 2016 ; Laugier 2010).

Ces pénuries de *care* associées à la norme de la famille à double revenu et au délaissement de certains secteurs d'activités provoquent un flux migratoire mondial et inégal. Ce flux est composé de femmes des Suds, en majorité, qui se dirigent vers des pays du Nord. Celles-ci y deviennent domestiques, nourrices, aides à domicile ou aides-soignantes pour les jeunes, les personnes âgées, en situation de handicap ou malades (Hochschild 2005). Hochschild (2005) parle de fuite du *care* « des pays pauvres vers les plus riches » puisque celles qui émigrent ne peuvent plus directement prendre soin de leurs proches. Elles ont recours à des transferts de fonds vers leurs familles pour qu'elles puissent répondre aux besoins de base et constituer une épargne pour, par exemple, démarrer une entreprise dans leur région d'origine. Dans ce contexte, le soin de leurs familles et leurs communautés est relayé à d'autres membres de la famille (ex. : grand-mère ou l'ainée) ou encore, celles-ci utilisent les services d'autres femmes particulièrement défavorisées. Conséquemment, la pénurie de *care* se déplace du Nord vers le Sud, mais surtout persiste chez toutes les personnes qui ne peuvent externaliser leurs besoins de *care* sur le marché. Ainsi, malgré les transformations des lieux et responsabilités, les pénuries se répètent en se déplaçant.

Bien souvent, ces pénuries de *care* sont passées sous silence. Tronto (2013) soutient que quatre mécanismes ont pour effet d'exclure le *care* du débat public. Ces mécanismes permettent surtout aux personnes socialement et économiquement privilégiées de s'exempter,

en totalité ou en partie, du travail et des responsabilités liées au *care*, et ce, en le transférant à des groupes sociaux subalternes. Les deux premiers sont les exemptions basées sur la protection et la production. Tronto (2013) explique que les hommes ont historiquement occupé les emplois et fonctions associés à la protection de la population (ex. : police et armée) et la production économique par le biais du marché du travail. Ces fonctions de protection et production masculines constituent alors un motif pour être exemptés des responsabilités liées au *care*. Le troisième mécanisme est lié à une lecture libérale des sociétés selon laquelle le *care* constitue une responsabilité personnelle. Ainsi, les individus devraient être en mesure de prendre soin d'eux-mêmes et de leur famille ainsi que d'utiliser les ressources et services disponibles sur le marché. Le quatrième mécanisme repose sur l'exemption basée sur la charité. Les individus peuvent donner à des organisations caritatives qui aident les populations dans le besoin. Selon cette logique, la réflexion et l'organisation collective de moyens pour assurer le *care* auprès des personnes dans le besoin ne sont pas nécessaires puisque des organisations privées en assurent la responsabilité.

Cette irresponsabilité des privilégiés exacerbe les inégalités. En effet, le *care* au sein des familles, des services publics ou privés ainsi que des organisations caritatives est exercé par les plus dominés de la société comme les femmes, les personnes racisées et migrantes (Tronto 2013 ; Molinier 2013 ; M. Green et Lawson 2011 ; Milligan et Wiles 2010). En effet, de nombreux écrits soulignent que le *care* est enchâssé dans un contexte injuste empreint de domination, d'asymétries, de paternalisme de négligence, d'exclusion et de violences. Ceux-ci soulignent que le *care* s'organise de façon à reproduire les inégalités basées notamment sur le genre, la race, les relations coloniales, la classe et les capacités (Duffy 2005 ; Narayan 1995 ; Raghuram 2012 ; Raghuram, Madge et Noxolo 2009 ; Beckett 2007 ; Held 2006 ; Imrie et Kullman 2016 ; Barnes 2012 ; Puig de la Bellacasa 2017 ; Cox 2010). Conséquemment, les pénuries de *care* persistent en se déplaçant vers d'autres populations et lieux, ce qui exacerbe les inégalités sociales et régionales.

Tronto (2013) soutient que ces crises chroniques de *care* alimentent la perte de confiance à l'égard des classes politiques qui sont responsables de prendre en charge et résoudre les problèmes publics. Cela génère un déficit démocratique puisque les institutions et gouvernements sont perçus comme étant incapables de refléter les valeurs et les idées de la population et de répondre à leurs besoins. Selon cette dernière, ce n'est que lorsque les individus évolueront dans un contexte propice au *care* qu'ils pourront avoir confiance envers le

système démocratique. Ce faisant, s'attaquer aux pénuries chroniques du *care* devrait permettre de résoudre, en partie, le déficit démocratique. Dans le même ordre d'idées, Fraser (2016) affirme l'importance de situer les crises du *care* avec les différentes sociétés capitalistes qui abusent du travail reproductif :

My claim is that every form of capitalist society harbours a deep-seated social-reproductive 'crisis tendency' or contradiction: on the one hand, social reproduction is a condition of possibility for sustained capital accumulation; on the other, capitalism's orientation to unlimited accumulation tends to destabilize the very processes of social reproduction on which it relies. This social-reproductive contradiction of capitalism lies at the root of the so-called crisis of *care*. (p. 100)

Cette dernière indique que la crise du *care* n'est qu'un des aspects d'une crise générale qui touche notamment l'économie, l'écologie et le politique. Comme le *care* est souvent négligé, la discussion tend à se concentrer sur les enjeux et dangers économiques et écologiques.

Jusqu'à maintenant, cette revue des écrits s'est centrée sur le *care* comme responsabilité et forme de travail influencée par les politiques sociales. Le *care* n'est pas qu'une catégorie dans les politiques publiques ou encore une forme de travail qui contribue à la subordination. Comme le soulignent Emejulu et Bassel (2018) : « Care is a double-edged sword of domination and resistance. Care is a politics of becoming. » (p.118) Plusieurs soulignent que le *care* suggère des perspectives de réflexions et actions qui s'ancrent dans différents domaines pratiques pour transformer radicalement les sociétés (Held 2006 ; Puig de la Bellacasa 2017 ; Tronto 2013 ; M. J. Williams 2017 ; Emejulu et Bassel 2018). La prochaine section se penche sur les écrits qui renvoient au *care* comme éthique. Celle-ci s'incarne dans des actions et des lieux, par exemple, qui soutiennent les capacités individuelles et collectives de *care*.

1.1.2 Éthiques du *care* portées par des actions et des lieux

Les politiques et pratiques qui soutiennent le care

L'éthique du *care* a émergé en tant que critique formulée par Carol Gilligan à propos de la théorie du développement moral de Lawrence Kohlberg qui proposait un modèle par stades pour évaluer la maturité des enfants. Gilligan avait remarqué que ce modèle plaçait presque

systématiquement les filles à des stades inférieurs. Dans son ouvrage *In a Different Voice* (1982), elle explique que cette échelle est basée sur une approche dite masculine de la justice où le raisonnement s'appuie sur des principes abstraits et universels. Par opposition, les raisonnements basés sur une attention aux contextes, particularités et relations, qui étaient plus fréquemment observés chez les filles, étaient vus comme inférieurs. En critiquant ce modèle, elle a développé la réflexion ayant mené aux éthiques qui reconnaissent et valorisent cette voix différente associée au *care*. Cette voix différente s'attarde aux relations et à la réactivité aux besoins des autres. Les premiers écrits parlaient d'une éthique féminine puisqu'elle s'inspirait des activités et des expériences liées à la maternité, aux soins ainsi qu'à l'éducation (voir notamment Noddings 1984 ; Held 1993 ; Ruddick 1995). Néanmoins, les écrits plus récents, influencés notamment par les travaux de Tronto (1993), vont au-delà de cette vision essentialiste du *care* puisque cette éthique qui s'incarne plus fréquemment chez les femmes résulte d'une socialisation genrée. Les éthiques du *care* ont d'abord été opposées aux éthiques de la justice. Plusieurs travaux, entre autres, en philosophie politique contestent cette opposition et y voient d'importants liens (Held 2006 ; Tronto 2013, 1993 ; Engster 2007 ; Barnes 2012 ; Hankivsky 2005). Engster (2007) voit, par exemple, que l'atteinte de la justice requiert de penser nos responsabilités individuelles et collectives en matière de *care*. Comme le souligne Held (2006), le *care* est une composante nécessaire de la justice :

There can be care without justice: There has historically been little justice in the family, but care and life have gone on without it. There can be no justice without care, however, for without care no child would survive and there would be no persons to respect. (p. 17)

Plusieurs considèrent que le *care* constitue une éthique pour orienter et organiser l'action publique (Popke 2006 ; McDowell 2004 ; Tronto 2013 ; Sevenhuijsen 1998 ; Stensöta 2015 ; Sevenhuijsen 2003). L'action publique fondée sur une éthique du *care* permet une reconnaissance et une valorisation de relations généralement négligées par les approches libérales qui associent le *care* à des responsabilités individuelles et à la sphère privée (Hankivsky 2005). Les éthiques du *care* reposent sur une ontologie relationnelle reconnaissant la fragilité et la vulnérabilité fondamentale des êtres humains et non humains. Ces éthiques voient la dimension vitale du *care*, par exemple, puisque les individus, tout au long de leur vie, seront prestataires et bénéficiaires (Lawson 2007 ; Tronto 2013 ; Held 2006 ; Hankivsky 2005). Elles permettent également de repenser ces relations dans une perspective d'égalité en sortant

d'une vision figée et dichotomique avec d'un côté les prestataires et de l'autre les bénéficiaires (Kittay 2011 ; Beckett 2007).

Suivant cette perspective, le *care* devrait constituer une priorité politique puisqu'il s'agit d'une condition nécessaire au bon fonctionnement et à l'épanouissement de toute société. Il y a donc une responsabilité collective de penser et de réorganiser le *care*, et ce, en impliquant les institutions et les politiques publiques (Stensöta 2015 ; Tronto 2013 ; Sevenhuijsen 2003). Concrètement, cela implique que les gouvernements, d'une part, s'intéressent à cette interdépendance, mais aussi aux enjeux qui touchent la distribution, les responsabilités et la qualité du *care* au sein des sociétés. Cela demande, d'autre part, de déployer des moyens pour établir, entretenir, soutenir et protéger des relations de *care* qui permettent l'interdépendance (Stensöta 2015 ; Hankivsky 2005 ; Sevenhuijsen 2003 ; Barnes 2008 ; Puig de la Bellacasa 2017 ; Tronto 2013). Tronto (2013) propose, par exemple, de redéfinir la démocratie par le *care* (*caring democracy*), et ce, en tenant des discussions collectives, inclusives et publiques concernant l'organisation des responsabilités et des ressources. Ce faisant, il serait possible de prendre des mesures structurantes pour remédier aux inégalités liées à l'accès aux ressources et l'organisation des responsabilités, mais aussi aux besoins non comblés (Tronto 2013).

Les éthiques du *care* n'offrent pas de solutions universelles. Elles suggèrent plutôt des orientations et des attitudes à adopter (Barnes 2012). Elles contestent certaines éthiques de la justice qui s'appuient sur des règles et principes universels pour assurer un traitement impartial, juste et équitable à toutes les personnes. Le *care* s'intéresse d'abord aux relations et à leur contexte d'inscription, ce qui ouvre la porte à des prises de décisions discrétionnaires, des réponses situées (Stensöta 2015). Selon Sevenhuijsen (1998), agir avec *care* implique de rejeter les interprétations simplistes concernant les besoins et de prendre le temps de comprendre la complexité de la dépendance, de la vulnérabilité et de l'altérité. Cela nécessite de prendre en considération les contextes et les dynamiques, provenant d'échelles variées qui engendrent des besoins non comblés et ainsi alimentent la vulnérabilité (Engster 2007 ; Hankivsky 2005). Cette éthique exige que les individus prennent le temps d'analyser les impacts que chaque décision a sur la santé, le bien-être et la sécurité des populations. Cette attention portée à la conséquence des choix devrait orienter les délibérations et donc les décisions qui en résultent, et ce, pour prévenir des préjudices ou des souffrances non nécessaires (Hankivsky 2005). Selon Hankivsky (2005), cette sensibilité contextuelle demande d'accorder une attention aux façons dont les individus et collectivités vivent et négocient leur quotidien devant les

inégalités. Ainsi, l'intégration du *care* dans l'action publique implique de repenser la gouvernance pour développer des politiques flexibles et décentralisées qui reflètent les besoins et contextes locaux (Engster 2007 ; Noddings 2002).

Concevoir l'action publique selon une éthique du *care* demande d'adopter une approche souvent marginalisée des processus politiques conventionnels. Cela implique de résoudre les problèmes en écoutant les besoins et réalités exprimés par l'ensemble des parties concernées. Ces approches vont au-delà d'une simple écoute, étant donné qu'elles nécessitent une réactivité qui implique un dialogue et une participation en vue d'influencer l'action publique (Stensöta 2015 ; Tronto 2013 ; Barnes 2012 ; Hankivsky 2005 ; Engster 2007). Les approches libérales évacuent généralement les émotions de la sphère publique. Les éthiques du *care* demandent à ce que les délibérations reconnaissent et mettent en valeur ces émotions qui traduisent la vulnérabilité et les relations qui sont en jeu (Barnes 2008 ; Stensöta 2015). En ce sens, Engster (2007) souligne que pour y arriver, nous devons délaissier les attitudes liées à la compétitivité et l'individualisme afin d'encourager la compassion, l'écoute, l'attention, la sensibilité et le respect. Brugère (2013) synthétise les reconfigurations nécessaires :

[L]'État doit sortir de lui-même : aller vers les individus, les politiques locales, la société civile organisée, etc. Plus encore, il doit savoir mettre de côté son organisation verticale, au profit de relations qui introduisent de l'horizontalité pour mieux soutenir les individus qui n'entrent pas dans ses grilles de lecture de la citoyenneté et sont considérés comme « atypiques ». (p. 97)

Cette attention au contexte et aux différents points de vue vise à dégager des pistes d'action adaptées, pertinentes et respectueuses pour agir sur les dynamiques injustes qui caractérisent l'organisation actuelle du *care* (Hankivsky 2005 ; Engster 2007 ; Puig de la Bellacasa 2017 ; Tronto 2013).

Plusieurs chercheuses, dont Hankivsky (2005) qui se penche sur les politiques sociales canadiennes, indiquent que de telles orientations de l'action publique peinent à se concrétiser. Ainsi, certaines s'intéressent à d'autres intervenant·es qui incarnent ces éthiques afin de promouvoir la justice. Différents travaux se penchent, par exemple, sur les façons dont le *care* se déploie dans les villes pour promouvoir la justice. Ces recherches démontrent également comment le *care* peut résister et proposer des alternatives à l'économie politique néolibérale et aux mesures d'austérité (voir entre autres M. J. Williams 2016, 2017, 2020 ; E. R. Power et

Bergan 2018 ; Staeheli 2003 ; Emejulu et Bassel 2018 ; Morse et Munro 2018). Ainsi, plusieurs insistent sur le fait que le *care* constitue une éthique alternative pour contrer les discours dominants qui valorisent l'individualisme, l'indépendance et la compétitivité. Le *care* permet donc de démontrer qu'un autre monde est possible où il existe une meilleure organisation et un partage plus équitable de ces responsabilités (Jupp 2019 ; Lawson 2007 ; Emejulu et Bassel 2018 ; M. J. Williams 2020 ; Puig de la Bellacasa 2017 ; Cox 2010 ; Drew 2013 ; M. J. Williams 2016, 2017 ; E. R. Power et Bergan 2018). Suivant le foisonnement de ces travaux, M. J. Williams (2016, 2017, 2020) développe le concept de *care-full justice* pour penser ces actions, attitudes et relations quotidiennes. Cette dernière démontre que ces pratiques, qui n'ont rien de spectaculaire et sont souvent négligées, représentent des voies alternatives pour penser et agir sur les villes qui sont marquées par d'importantes injustices et formes de négligences.

Malgré les réformes néolibérales, le *care* continue d'inciter certains individus à s'engager au sein de leur communauté. Staeheli (2003) et M. J. Williams (2016) soulignent que le *care* constitue, par exemple, une importante motivation pour les bénévoles qui soutiennent les communautés pendant le démantèlement des politiques sociales. Emejulu et Bassel (2018) démontrent que, pour les femmes racisées, particulièrement touchées par les politiques d'austérité, le *care* est une perspective qui galvanise l'action collective. Le *care* les incite à construire des relations de solidarité pour ensemble lutter contre la violence étatique. Cette éthique structure également des organisations. Les recherches de Jupp (2019, 2013), par exemple, démontrent que les espaces communautaires pour les enfants et les familles peuvent devenir des sites pour une culture subversive du *care* dans un contexte d'austérité. De la même façon, E. R. Power et Bergan (2018) soutiennent que des gestionnaires de logements sociaux ancrent leurs actions dans une éthique du *care*. Ils et elles offrent ainsi une certaine résistance aux réformes néolibérales qui visent un alignement avec les impératifs du marché. La recherche de Morse et Munro (2018) indique que, devant les politiques d'austérité, des communautés décident de s'organiser pour résister aux coupures gouvernementales et à leurs effets. Cette résistance est facilitée par l'appui de plus grandes organisations comme des musées qui forment de nouveaux partenariats avec des organismes et des services locaux. Ceux-ci élargissent et renforcent les espaces de *care*.

Cependant, cette résistance par le *care* est fragile puisqu'elle est souvent portée par des individus qui peuvent disparaître à la suite d'une restructuration ou d'un changement de priorité. De plus, Ruming et Zurita (2020) soutiennent que cette éthique est instrumentalisée pour

faciliter l'acceptabilité et limiter la contestation de projets néolibéraux. En dépit de cette fragilité, la prochaine section souligne que le *care* peut s'incarner dans des objets et des lieux qui composent les villes, ce qui permet de soutenir les capacités individuelles et collectives de *care*.

Lieux qui soutiennent le care

Depuis quelques années, un nombre croissant de recherches s'intéressent aux objets et lieux qui favorisent, stimulent et conditionnent les relations et pratiques de *care* entre les humains et non-humains (ex. : animaux et plantes) dans les villes (Held 2006 ; Bates, Imrie et Kullman 2016 ; M. J. Williams 2017 ; E. R. Power et Mee 2019 ; Mee 2009 ; Cloke, Johnsen et May 2007, 2005 ; Conradson 2003c ; Johnsen, Cloke et May 2005b, 2005a ; E. R. Power et Williams 2020 ; Morse et Munro 2018 ; Bonner-Thompson et McDowell 2020 ; Jupp 2014). Plusieurs de ces écrits, qui exposent la complexité des relations entre le *care* et l'espace, se rassemblent sous le champ des géographies du *care* (Milligan et al. 2007). Ces recherches explorent des relations ayant différents niveaux de formalité, qui s'inscrivent dans des espaces privés et publics et qui sont exercés à proximité ou à distance (D. M. Smith 1998 ; Carmalt 2011 ; Parr et Philo 2003 ; Popke 2006). Ces écrits traitent également des processus sociaux, économiques et politiques qui structurent ces relations dans l'espace à travers diverses échelles et réseaux souvent inégaux (McEwan et Goodman 2010 ; Bowlby 2012 ; M. Green et Lawson 2011 ; Parr et Philo 2003).

Plusieurs écrits mobilisent le concept de paysage (*caringscape* ou *landscape of care*) pour penser l'assemblage de ces lieux qui encouragent et soutiennent le *care* (Bowlby 2012 ; Popke 2006 ; McKie, Bowlby et Gregory 2004 ; Milligan et Wiles 2010 ; M. Green et Lawson 2011 ; Bowlby 2011 ; Morse et Munro 2018 ; Jupp 2014). Les paysages permettent également de rendre compte des parcours empruntés pour offrir et recevoir du *care* (Bowlby 2012 ; Popke 2006 ; McKie, Bowlby et Gregory 2004 ; Jupp 2014). Ces paysages ont une nature variable. Les lieux qui les composent peuvent être à la fois sains et nuisibles selon la position sociale des individus déterminée, entre autres, par le genre, la classe, la race et l'âge (A. Williams 2017). La position sociale détermine les besoins de *care* ainsi que le pouvoir économique et symbolique pour accéder aux ressources nécessaires (Bowlby 2012). Elle influence également le rôle occupé au sein du paysage puisque les plus privilégiés peuvent, par exemple, s'exempter en transférant leurs responsabilités de *care* vers d'autres individus ou services. Ainsi, les individus

qui soutiennent et travaillent dans les espaces de *care* figurent parmi les plus marginalisés de la société.

Ce rapport aux paysages est mouvant. Il est appelé à changer puisqu'au cours d'une vie, les individus passent par divers épisodes de vulnérabilité et voient leurs aptitudes à exercer du *care* pour soi-même et autrui (Bowlby 2012). De plus, les espaces qui composent ces paysages ne sont pas fixes. Ils sont continuellement influencés par des changements économiques, politiques et sociaux qui façonnent, par exemple, les valeurs, normes, responsabilités, ressources et lieux liés au *care* (Milligan et Wiles 2010 ; McKie, Bowlby et Gregory 2004 ; Bowlby 2011, 2012 ; Morse et Munro 2018). Milligan et Wiles (2010) vont parler de changements dans la topographie des paysages du *care* lors de profondes transformations des significations et expériences liées au *care*. Plusieurs indiquent que, par exemple, les politiques d'austérité ou de désinstitutionnalisation des soins transforment les géographies du *care*, notamment pour les personnes âgées ayant des enjeux de santé mentale ou une déficience intellectuelle (Milligan et Wiles 2010 ; A. Power et Hall 2018 ; Dyck et al. 2005 ; Brown 2003 ; Philo 2000 ; Pinfold 2000 ; A. Williams 2002). Ces politiques transfèrent des responsabilités associées au *care* des institutions publiques vers les familles, les communautés et le secteur privé. Ce contexte contribue à l'établissement de nouveaux espaces pour soutenir les individus dans leurs besoins quotidiens et permettre de développer des interactions empreintes de *care* avec des êtres et des environnements. Dans ces espaces, le *care* est prodigué par des professionnel·les du milieu médical, mais aussi par des membres de la famille, des proches, des intervenant·es communautaires ainsi que par des pair·es (A. Williams 2002 ; Conradson 2003b).

Plusieurs recherches sur le *care* s'intéressent aux espaces éphémères ou permanents qui favorisent la circulation du *care* au-delà des espaces médicaux. A. Power (2017) souligne que les interventions, souvent menées par le secteur communautaire, établissent des espaces de *care*. Ceux-ci s'inscrivent toutefois dans un paysage fragmenté puisqu'ils ne sont pas nécessairement connectés ou encore pensés comme un tout. Ces espaces sont notamment des centres communautaires pour les familles, des centres de jour pour les personnes en situation d'itinérance, des bibliothèques communautaires, des musées, des espaces naturels ou des logements sociaux (Mee 2009 ; Conradson 2003c, 2003a ; Jupp 2019 ; Cloke, Johnsen et May 2007, 2005 ; Johnsen, Cloke et May 2005b, 2005a ; M. J. Williams 2016, 2017 ; Morse et Munro 2018 ; Bonner-Thompson et McDowell 2020 ; Jupp 2014).

Ces écrits soulignent également que ces espaces de *care* ne sont pas universels, chaque individu les percevant et les vivant d'une façon différente. Par exemple, les centres de jour pour personnes en situation d'itinérance sont ambivalents. Ils sont considérés comme étant des espaces de *care* pour certain-es alors que pour d'autres, il s'agit d'espaces de peur (Cloke, Johnsen et May 2007, 2005 ; Conradson 2003c ; Johnsen, Cloke et May 2005b, 2005a ; Bonner-Thompson et McDowell 2020). Ces espaces ne sont pas fixes : ils sont créés et maintenus par une pluralité d'interactions empreintes de *care*, notamment entre les personnes qui utilisent les services, y travaillent ou s'y impliquent bénévolement. Ainsi, certaines recherches insistent sur leur fragilité puisqu'ils reposent sur des relations sociales volontaires qui se transforment par le stress, l'épuisement et les conflits (Conradson 2003c ; M. J. Williams 2020 ; Mee 2009 ; Bonner-Thompson et McDowell 2020). Certain-es soulignent, par exemple, qu'en réduisant les ressources dédiées aux services publics ou communautaires, les politiques d'austérité affectent la possibilité d'établir des relations empreintes de *care* entre prestataires et bénéficiaires (Clayton, Donovan et Merchant 2015 ; Jupp 2019).

Au sein des géographies du *care*, le logement occupe un rôle clé. Il s'agit d'un important espace où des soins sont prodigués par des proches ou des professionnel·les, notamment depuis le mouvement pour la désinstitutionnalisation des soins (Bowlby 2019 ; Dyck et al. 2005). Le domicile est également vu comme une porte d'entrée vers un quartier qui comporte des installations, des infrastructures et des services pour prendre soin de soi et des autres. Ces milieux de vie disposent, ou non, d'hôpitaux, de centres pour personnes âgées, de services de garde et d'organisations communautaires pour répondre aux divers besoins (A. Williams 2002 ; Dyck et al. 2005 ; Pinfold 2000 ; Bowlby 2019). Au-delà des écrits qui s'intéressent au domicile comme lieu pour le *care*, plusieurs soulignent l'influence du logement sur les capacités de *care* (Dyck et Dossa 2007 ; Dyck et al. 2005 ; Mee 2009 ; E. R. Power et Mee 2019 ; E. R. Power 2019 ; Bowlby 2019).

Noddings (2002) soutient notamment que les valeurs et les pratiques liées au *care* ne sont pas innées, mais se développent chez les individus par de multiples rencontres avec des personnes, des objets, des événements, des lieux et des environnements. Celles-ci forgent et socialisent les individus, ce qui leur permet de développer différentes aptitudes liées au *care* de soi-même et des autres. Une large part de ces apprentissages se réalisent à la maison et à l'école. Noddings (2002) développe la notion de chez-soi idéal (*best home*) qui favorise le développement des individus et de ces aptitudes :

All provide shelter, support certain attitudes about places, objects, and bodies, introduce the young to other selves and ways of interacting, and train the young to some standard of acceptability. Ideal homes universally provide protection as well as shelter, offer an adequate supply of material resources, encourage growth, have at least one adult who does the work of attentive love, and educate for a form of acceptability that is simultaneously adapted to and critical of the cultural standards in which the home is located (Noddings 2002, 227)

Elle souligne que ce chez-soi idéal est continuellement en construction afin qu'il reflète le contexte temporel et géographique dans lequel elle s'inscrit. Ce chez-soi idéal doit plus précisément fournir des ressources et moyens pour répondre aux besoins de base exprimés et l'ensemble des membres du domicile peuvent compter sur la réponse « je suis ici » (*I am here*). Cette idée cherche à traduire la volonté d'écouter, d'aider, de protéger ou de guider pour répondre aux besoins actuels et futurs des individus.

Pour poursuivre sur le lien entre le *care* et le domicile, l'étude de Mee (2009) démontre que le logement social permet d'accéder à un espace pour prendre soin (*space to care*), ce qui contribue à leur appartenance à la communauté. Les locataires indiquent que ces logements abordables leur permettent d'accéder aux biens et services essentiels et ainsi amplifient leurs capacités de *care*. Ce contexte favorise le déploiement d'un ensemble d'activités pour prendre soin de soi, des membres de la famille, du milieu de vie (ex. : voisinage, animaux et jardins). E. R. Power (2019) démontre que les loyers trop élevés, la précarité d'occupation et l'insalubrité sont d'importants facteurs qui détériorent les capacités de *care* chez les femmes âgées vivant seules. Son étude démontre que l'accès à un logement social conduit avec le temps à un sentiment de stabilité, d'appartenance et d'attachement qui permet de rétablir leurs capacités de *care* envers elles-mêmes et pour les autres. Ces résultats vont dans la même direction que Thompson (2018) qui documente le *care* incarné par l'équipe de travail qui offre du soutien en logement social et les multiples relations entre les locataires.

Bowlby (2019) analyse l'influence des dimensions matérielles, symboliques et économiques du logement sur les possibilités d'établir des relations de *care* à domicile. Elle indique, par exemple, que les propriétaires peuvent utiliser leur logement comme ressource et levier pour accéder à des soins à domicile. Toutefois, l'accès à la propriété n'est pas à la portée de l'ensemble de la population. En s'appuyant sur une analyse intersectionnelle des inégalités impliquées dans l'organisation du *care* et du système d'habitation, elle explique que l'accès aux ressources pour

le *care* à domicile est hautement inégal. Cet accès est profondément conditionné par des hiérarchies basées, entre autres, sur la classe, l'ethnicité, les capacités, l'âge et le genre. Bowlby (2019) démontre que cet accès différencié n'est pas fixe et uniforme : il est continuellement influencé, par exemple, par des changements politiques et économiques et par les besoins, ressources et opportunités dont disposent les individus. Dans le même ordre d'idées, E. R. Power (2019) invite à reconnaître que les capacités de *care* sont façonnées par le logement (*caring with housing*). Une telle perspective permet de dépasser la vision selon laquelle le *care* constitue une pratique individuelle et privée au sein du domicile. Il s'agit plutôt d'une relation politiquement et socialement construite sous l'influence du système d'habitation qui se transforme par des politiques et des pratiques exercées par des propriétaires et des agents immobiliers (ex. : évictions hausses de loyer, etc.).

En s'appuyant sur ces écrits et bien d'autres, E. R. Power et Mee (2019) affirment que le logement n'est pas qu'un contenant pour le *care*, mais une infrastructure qui conditionne ces relations. Ces dernières indiquent que la conception physique et le degré d'entretien du logement influencent la possibilité de se sentir chez soi et d'y développer des relations de *care*. De plus, les marchés immobiliers, qui dominent les systèmes d'habitation, déterminent l'emplacement des logements abordables. Ainsi, les ménages défavorisés, qui ont un choix de logement plus limité, sont contraints de travailler davantage, de consacrer une large part de leurs revenus aux coûts liés à l'habitation ou s'éloigner. Dans les trois cas, ces choix se répercutent sur le temps et les ressources que l'on peut affecter au *care*. Enfin, les politiques structurent les droits de propriété et les possibilités d'occupation, la vision des responsabilités pour le logement et donc, les marchés et les conditions d'habitation. Dans un contexte néolibéral, l'habitation est vue comme une responsabilité individuelle et l'accès à la propriété est soutenu par les gouvernements au détriment des investissements pour le logement social. Ainsi, les transformations du système d'habitation ont des répercussions sur le *care* à l'échelle des individus, des ménages et des sociétés (E. R. Power et Mee 2019). Selon cette perspective, les politiques en matière de logement recouvrent un potentiel pour contribuer à résoudre les pénuries de *care* qui persistent et affectent les groupes désavantagés par l'organisation du *care* et du système d'habitation. La prochaine section approfondit les éléments liés au contexte néolibéral qui influencent les formes de *care* valorisées, ce qui conditionne les possibilités d'agir sur le système d'habitation.

1.1.3 Impacts de l'organisation néolibérale du *care* sur le logement

(Dé)valorisation du care et transfert de responsabilités

Certaines chercheuses indiquent que le contexte néolibéral étouffe « la voix différente » associée au *care*, notamment par des réformes politiques qui érodent les responsabilités collectives vis-à-vis du *care* et réduisent l'accès à des moyens publics pour prendre soin les uns des autres (M. J. Williams 2020 ; Molinier 2018). Les réformes néolibérales visent à introduire davantage de compétition entre les entreprises, les gouvernements, les organisations et entre les individus. Tronto (2013) souligne que ce contexte de compétition est contraire au *care* : « In a competitive society, what it means to *care* well for one's own children is to make sure that they have a competitive edge against other children. » (p.101) L'objectif n'est plus de répondre aux besoins des individus pour soutenir leur bien-être, mais d'assurer leur compétitivité, de réduire la dépendance envers leurs gouvernements et d'assurer leurs capacités à faire face aux risques (Hankivsky 2005 ; Tronto 2012). De plus, les activités liées au *care* sont dévalorisées puisque la croissance économique est projetée comme étant le principal mécanisme impliqué dans l'amélioration du bien-être des populations (Jarvis 2007). Ainsi, les actions associées au *care* des milieux de vie telles que l'entretien et la réparation des routes ou des logements, qui sont nécessaires pour préserver l'ordre social, sont secondarisées. Par opposition, la construction de projets résidentiels hauts de gamme ou encore le développement de nouvelles infrastructures de transport sont associées à la croissance économique et urbaine (Tironi 2015 ; Kullman 2014).

Dans un contexte néolibéral, certaines formes restreintes de *care* sont hautement valorisées comme les soins de santé. Ce *care* implique des membres du personnel médical et paramédical qui offrent des soins à des personnes malades ou en danger de mort. Ce *care* s'inscrit dans un contexte réactif aux besoins non comblés ou encore à l'exposition à des risques pour la santé, mais surtout protège les êtres productifs (Berkeley et Springett 2006a ; Brugère 2020). Ces formes médicales tendent à négliger les dimensions de réciprocité du *care* tout en alimentant des relations inégalitaires entre les prestataires experts et les bénéficiaires vulnérables. Les études sur le handicap ont jeté d'importants regards critiques sur le *care* médicalisé. Le handicap a historiquement été associé à des maladies ou à des états de santé altérés qui causent une déficience, une incapacité ou un désavantage ce qui constitue une tragédie. En

raison de cette vision, les personnes en situation de handicap ont longtemps été reléguées aux hôpitaux psychiatriques, écoles pour aveugles et maisons de refuge (Hughes et al. 2005 ; Harrison et Davis 2001). Les institutions ont été associées à l'isolement et aux abus qui ont été fortement dénoncés par les mouvements de défense de droits de la personne.

Depuis les années 1960, de nombreux gouvernements adhèrent aux approches sociales du handicap et adoptent des politiques visant la désinstitutionnalisation. Dans cette foulée, il y a reconnaissance de l'importance de bénéficier d'un logement comprenant de l'aide de personnes proches aidantes ainsi que des soins à domicile (Bresson et Dumais 2017 ; Hughes et al. 2005 ; Harrison et Davis 2001). Le domicile a historiquement été lié au travail du *care* informel et non rémunéré par les proches. Ce contexte amène le domicile à accueillir du *care* formel par des corps professionnels qui sont rémunérés. Ce changement brouille, dans une certaine mesure, la frontière entre la sphère publique et privée (Milligan et Wiles 2010). Bien que ces politiques visent à promouvoir l'autodétermination des personnes en situation de handicap, elles ont contribué à forger des relations de *care* paternalistes et unidirectionnelles. En effet, les chercheurs, professionnel·les et politicien·nes ont défini les proches (famille et amis) comme étant responsables des aîné·es et des personnes en situation de handicap. Les personnes bénéficiaires sont alors vues comme étant dépendantes et incapables d'exercer des choix ou de contrôler leur vie, ce qui les place dans une situation d'impuissance (Morris 1997 ; Beckett 2007 ; Kittay 2011).

D'autres recherches ont démontré que cette relation inégalitaire constitue une importante clé d'interprétation de la prévalence élevée de la violence contre les personnes en situation de handicap, notamment chez les femmes (D. L. Smith 2008 ; Nosek et al. 2001 ; Harrison et Davis 2001). Tronto (2013), comme bien d'autres, soutient que la violence est incompatible avec le *care* : « violence, at least in many of its manifestations, seems to be the antithesis of care. Inflicting harm on others seems to be at the other end of the spectrum from caring for others » (p.76). Cependant, cette violence s'inscrit dans une relation de *care* puisqu'elle est généralement perpétrée par des personnes qui offrent du soutien à domicile comme les conjoint·es, proches, préposé·es et professionnel·les de la santé. Comme ce soutien comprend des tâches pour subvenir aux besoins essentiels (ex. : se vêtir et se laver), cela peut impliquer des rapports de proximité non désirés. En raison de la dépendance, plusieurs craignent de dénoncer ces abus et ainsi demeurent dans ces relations abusives (D. L. Smith 2008 ; Nosek et al. 2001 ; Harrison et Davis 2001). Comme le *care* est généralement dévalorisé et invisibilisé, ces violences et abus sont passés souvent sous silence (Kittay 2011).

Plusieurs chercheur-es s'intéressent aux façons dont les réformes néolibérales diminuent les ressources qui soutiennent les capacités individuelles et collectives de *care* (voir notamment Trudeau et Cope 2003 ; Haylett 2003 ; Staeheli 2003 ; Brown 2003). La diminution ou le retrait des politiques sociales ne font pas disparaître le *care*. Cela transfère plutôt ces responsabilités vers les entreprises privées, les communautés et les individus eux-mêmes (Conradson 2011 ; Staeheli 2003 ; E. R. Power et Bergan 2018 ; Murray 2004 ; Milligan 2000 ; Milligan et Wiles 2010 ; Sevenhuijsen 2003 ; Trudeau et Cope 2003 ; M. Green et Lawson 2011 ; Jupp 2014). Comme les politiques d'austérité visent notamment à réduire les dépenses publiques et donc les programmes sociaux, qui demeurent, mais deviennent plus sélectifs et catégoriels de manière à réaliser des interventions là où les besoins sont particulièrement prégnants (Murray 2004 ; Bourque 2008). Jupp (2019) soutient que ces politiques affectent les capacités et ressources dédiées au *care*, mais introduisent également de nouvelles approches et normes qui influencent les types et orientations des interventions. Dans ce contexte, il devient difficile d'offrir des services universalistes tels que l'offre de locaux et de ressources à l'ensemble des familles pour favoriser l'entraide. Il y a plutôt recours à des approches visant l'employabilité (Lessa 2006). Il existe également des interventions ciblant les familles les plus vulnérables qui sont vues comme ayant besoin de services et d'interventions individualisées axées sur la résolution de problèmes et la suggestion de conduites pour devenir de « bons parents » (Jupp 2019 ; Barnes 2012).

Ces politiques néolibérales sont fondées sur une vision selon laquelle les individus sont responsables de leur bonheur et de leurs échecs. Elles s'appuient également sur la crainte que les programmes sociaux créent une dépendance et contribuent à maintenir un cycle de pauvreté (Fraser et Gordon 1994 ; Chatel 2008). Seuls les enfants, les personnes âgées ou en situation de handicap sont considérés comme étant naturellement vulnérables et donc légitimement dépendants des aides sociales. Ainsi, ceux et celles qui ont besoin de soutien échouent à incarner ces normes et sont projetés comme étant paresseux, incapables et non méritants (Tronto 2013 ; E. R. Power et Bergan 2018 ; E. R. Power et Mee 2019 ; Trudeau et Cope 2003). Dans ce contexte, différents stéréotypes sont érigés, par exemple, autour des mères qui touchent l'aide sociale. Celles-ci ne se conforment pas aux standards néolibéraux de la capacité à concilier maternité et travail rémunéré pour être financièrement indépendantes (Lessa 2006). Ces dernières, parfois désignées par l'expression péjorative de *Welfare Queens*, sont projetées comme étant de mauvaises mères. Elles sont accusées d'être paresseuses, de profiter indûment du système et même d'avoir plus d'enfants pour augmenter leur niveau de prestations (Bloch et Taylor 2014 ; Lessa 2006). Au Canada ces stéréotypes sont plus fréquemment

associés aux femmes racisées (Maynard 2018). Ces préjugés ont des impacts sur la santé de ces familles, par exemple, puisqu'ils exacerbent la précarité, engendrent un sentiment de honte et posent des barrières systémiques à la possibilité d'accéder aux ressources et services en promotion de la santé (Reid et Herbert 2005).

Les politiques néolibérales présentent les marchés comme un tiers neutre pour prodiguer les services et ressources tout en permettant aux individus d'exercer leurs choix (Tronto 2013 ; McDowell 2004). S. J. Smith (2005) considère que les services publics devraient créer des enclaves de *care* externes au marché afin d'offrir un accès équitable. Dans un contexte néolibéral, les interventions gouvernementales sont perçues comme pouvant perturber le libre marché. Depuis les dernières décennies, de plus en plus de services et de ressources sont offerts par des entreprises privées. Ceux-ci tentent de répondre aux besoins de *care* qui peinent à être comblés par la cellule familiale (ex. : les soins à domicile, les maisons de retraite, la restauration et l'entretien ménager) (Conradson 2011 ; Tronto 2013 ; Easterlow et Smith 2004). Toutefois, selon Morris (1997), le recours aux services sur le marché constitue une alternative aux services publics qui ne sont pas nécessairement adéquats pour les personnes en situation de handicap. Cela permet aux individus de choisir sur le marché des services qui leur conviennent et donc d'exercer un contrôle sur leur vie. Ainsi, le recours à des transferts monétaires pour accéder au *care* sur le marché privé ne pose pas un problème en soi. Le problème se situe plutôt dans le contexte général qui encourage une marchandisation des services associés au *care* (Cox 2013).

Le *care* n'entre pas facilement et sans heurts sur les marchés (Brugère 2020). Comme le souligne S. J. Smith (2005), « markets are not, and never have been, designed to *care* » (traduction libre, p.9). Ce faisant, les entreprises sur les marchés fournissent du *care*, mais à un certain prix, à condition d'avoir une demande suffisante et d'être en mesure de dégager un profit (Easterlow et Smith 2004). Contrairement à d'autres activités pouvant être optimisées par le recours à des technologies, le *care* repose généralement sur un travail exigeant, qui se caractérise par la compassion, peu flexible et demandant un important niveau de main-d'œuvre. Il est donc difficile de réorganiser ces activités afin de les rendre plus lucratives (Brugère 2020 ; Tronto 2013). En fait, les opérations d'optimisation tendent à diminuer les conditions de travail de ceux et celles qui l'exercent. Cela engendre, par exemple, des diminutions de salaire ou encore des approches et rythmes qui exposent les personnes à des risques pour leur santé mentale et physique (Cox 2013). Puis, lorsque le *care* se voit réduit à l'état de marchandise, les

dimensions sociales du *care* telles que le souci, la sollicitude et les relations d'interdépendances s'estompent : « Such care may be *careless* » (M. Green et Lawson 2011, 646). En d'autres termes, cette réappropriation du *care* par les marchés tend à faire disparaître le projet éthique. Le *care* devient de simples services pour répondre aux besoins non comblés (Brugère 2020). De plus, la marchandisation du *care* alimente les inégalités en posant des barrières (notamment économiques) à son accès puisque les individus ne disposent pas du même pouvoir d'achat (Lawson 2007 ; Tronto 2013). Pour les ménages qui n'ont pas les moyens d'utiliser des services sur le marché, le retrait de l'État dans les services publics augmente les responsabilités de *care* chez les femmes, car ces tâches demeurent inégalement réparties selon le genre au sein des familles (Jupp 2017).

Dans ce contexte, de nombreuses organisations communautaires réorientent leurs activités. Elles délaissent la défense de droits et se concentrent sur la prestation de services directs à la population qui étaient, en totalité ou en partie, la responsabilité des gouvernements (Phillips 2012). Ces derniers créent de nouveaux espaces et modalités d'actions qui transforment le *care* au sein des sociétés tels que les soins à domicile ainsi que les services pour les personnes itinérantes (Milligan et Wiles 2010 ; Milligan 2000 ; Conradson 2003c ; Bridgman 2002 ; Milroy et Wismer 1994 ; Staeheli 2003, 1996). Ainsi, certains sont critiques des discours et politiques orientés vers la participation, l'empowerment et le renforcement des capacités puisque cela suppose que les individus et les communautés sont responsables, autonomes et capables de s'investir pour remédier aux enjeux qui minent leur qualité de vie (Murray 2004 ; Jewkes et Murcott 1998 ; Orsini 2007). Selon cette logique, les territoires où la vulnérabilité et la défavorisation sont concentrées sont projetés comme souffrant d'un manque de capital social. Puis, en tenant les communautés et les individus pour responsables de leur situation, cela évacue les dynamiques qui interviennent à de plus larges échelles et qui causent les inégalités (Murray 2004 ; Taylor 2007).

Ce transfert de responsabilité est observé dans différents domaines, dont les politiques en matière de logement social (E. R. Power et Bergan 2018 ; Blessing 2016 ; Hackworth et Moriah 2006 ; Aalbers, Loon et Fernandez 2017). Comme mentionné précédemment, le logement est un important lieu pour soutenir les capacités de *care*. En s'attardant au contexte canadien, la prochaine section souligne comment le virage néolibéral conditionne le potentiel des interventions en matière de logement pour propager et soutenir le *care*.

Care et interventions en matière de logement

Selon une perspective néolibérale, le logement est au cœur des choix à exercer pour assurer ses responsabilités individuelles en matière de *care*. Ainsi, l'accès à la propriété est présenté comme l'option à privilégier pour détenir un contrôle et une sécurité d'occupation et des moyens suffisants (E. R. Power 2017 ; S. J. Smith 2015 ; Easterlow et Smith 2004). Par opposition à cette norme, la location est un mode d'occupation à court terme ou de transition, par exemple, pour les jeunes ou à la suite d'une séparation (E. Baker et Tually 2008). Ainsi, les locataires de longue date faillissent à prendre les bonnes décisions afin d'accéder à la propriété (E. R. Power et Mee 2019). Les logements sociaux ainsi que les aides financières pour le paiement du loyer constituent des aides temporaires et de derniers recours pour les ménages qui ne sont pas en mesure de répondre à leurs besoins d'habitation sur le marché (Silver 2011). Les politiques néolibérales réorientent les investissements pour améliorer les conditions d'habitation. L'accession à la propriété demeure centrale (Suttor 2011 ; Walks et Clifford 2015).

Au Canada, comme ailleurs, le modèle associé aux complexes de logements publics permanents à loyers subventionnés a été abandonné. Ceux-ci sont associés à une dépendance à l'égard de l'aide gouvernementale. De plus, dans plusieurs villes, les premiers projets de logements publics (Habitations à loyer modique, HLM) ont été critiqués pour avoir construit de grands ensembles peu intégrés dans leur milieu. La concentration de ménages défavorisés, la criminalité qui s'y déroulait et le manque d'entretien des bâtiments ont contribué à la stigmatisation du logement public et les populations qui y habitent (Silver 2011). Alors que les besoins pour des logements abordables étaient en croissance, ces reproches ont constitué des arguments en faveur de leur démolition et de la réorientation des investissements (Suttor 2011). Les politiques subséquentes ont misé sur des aides temporaires, mais aussi sur la mixité sociale par des subventions sur le marché privé, ainsi que la réalisation d'habitations communautaires et coopératives à plus petite échelle (Suttor 2011, 2016). De plus, les politiques néolibérales ont une nouvelle définition d'un logement abordable. Depuis les années 1990, les nouveaux logements abordables n'ont pas besoin d'être ajustés au revenu des ménages. Le loyer ou le prêt hypothécaire doit être légèrement inférieur ou égal au prix du marché (Suttor 2011 ; Silver 2011 ; Adamo et al. 2016 ; MacLeod, Worton et Nelson 2017).

La néolibéralisation amène également les gouvernements à réorienter leurs investissements vers des populations spécifiques. Au Canada, d'importants investissements ont été orientés vers

le *Logement d'abord* (également appelé *housing first*). Cette approche consiste à loger les personnes en situation d'itinérance dans des logements permanents, souvent dispersés dans la ville, et à y associer une subvention pour assurer l'abordabilité et des services de soutien dans le but de développer leur indépendance (Klodawsky 2009). Cette approche, développée à la suite d'un projet pilote national, vise à rejoindre les personnes en situation d'itinérance chronique vivant avec un trouble de santé mentale. Cette population est plus visible dans les lieux publics, mais représente surtout d'importantes dépenses étatiques (ex. : services sociaux, soins intensifs, refuges et police) (MacLeod, Worton et Nelson 2017 ; Stanhope et Dunn 2011). Certain-es critiquent cette approche qui tend à traiter la lutte à l'itinérance en termes économiques et non comme un problème social complexe. D'autres reproches touchent l'inefficacité à rejoindre les populations moins présentes dans les espaces publics et les ressources en itinérance comme les femmes et les familles (MacLeod, Worton et Nelson 2017 ; Stanhope et Dunn 2011). Les divers programmes et plans d'action gouvernementaux ont imposé cette « bonne pratique ». Conséquemment, cela a réduit le financement disponible pour améliorer l'offre de logements sociaux (Klodawsky 2009).

En plus de ces nouvelles orientations, le gouvernement fédéral réduit ses engagements et ses investissements pour la construction de nouveaux logements sociaux à compter des années 1980. Ce désengagement se cristallise avec la fin du financement fédéral pour le développement de nouvelles coopératives d'habitation en 1993 et de logements publics en 1994 (Hackworth et Moriah 2006 ; Suttor 2011 ; Carroll et Jones 2000). Ce retrait du fédéral place ces responsabilités entre les mains des provinces qui ont développé, ou non, des programmes pour répondre à leurs enjeux sociaux et démographiques locaux (Carroll et Jones 2000 ; Suttor 2016). Comme ailleurs dans le monde, les responsabilités pour développer et gérer du logement social ou abordable sont confiées à des organisations à but non lucratif (E. R. Power et Bergan 2018 ; Blessing 2016 ; Hackworth et Moriah 2006 ; Aalbers, Loon et Fernandez 2017).

Le retrait du fédéral consolide le virage vers les habitations communautaires et coopératives. Ces modèles sont vus comme des alternatives aux complexes de logements publics. Les projets développés par les OSBL et les coopératives comprennent un nombre plus faible d'unités, ceux-ci promouvant une mixité sociale au sein des quartiers dans lesquels ils s'insèrent. À titre d'exemple, les projets de coopératives au Canada ont en moyenne 60 unités (Co-op 2019) et, en Ontario, environ 500 organisations à but non lucratif ont moins de 100 logements (Pomeroy 2017). Cette petite échelle a le potentiel de déployer une gestion empreinte de *care* en

permettant d'établir des relations significatives entre gestionnaires et locataires afin de reconnaître les besoins et des contextes particuliers dans les prises de décisions (Whitzman et Desroches 2022).

Certain-es indiquent que ce contexte de décentralisation permet aux organisations non gouvernementales de continuer d'expérimenter de nouveaux modèles et approches en logement social (Bouchard, Frohn et Morin 2010 ; Bouchard et Hudon 2005). Comme le soulignent Madden et Marcuse (2016), les groupes de la société civile proposent et expérimentent des alternatives pour revoir les façons d'habiter qui parfois s'extirpent des relations oppressives et contribuent à « l'empowerment » des occupant-es. À compter des années 1970, de nombreux groupes de femmes investissent le domaine de l'habitation en développant des projets dans une perspective féministe. En voulant répondre aux lacunes des services en itinérance et en habitation, elles remettent en question la façon de développer et de gérer du logement social (Wekerle 1993). Leurs projets sont basés sur la reconnaissance que les femmes ont des besoins qui vont au-delà de l'abordabilité (bien qu'il s'agisse d'une dimension clé). Elles intègrent des dimensions liées à la sécurité, au soutien mutuel, des espaces pour les enfants, un respect de la vie privée et pensent leur localisation pour favoriser l'accès aux services (Whitzman et Desroches 2022). L'objectif est d'offrir une communauté solidaire et des opportunités pour leur « empowerment » (Wekerle 1988). En associant du soutien et des services sur place, ces organisations développent des programmes qui utilisent le logement pour répondre de façon globale aux besoins des jeunes mères, des femmes en difficulté, à risque d'itinérance ou qui fuient une situation de violence (Wekerle 1997, 1988).

Ces interventions, qui offrent plus qu'une habitation abordable, se regroupent sous l'appellation du logement social avec soutien communautaire. Ces logements s'adressent à des populations plus spécifiques telles que les personnes ayant des enjeux de santé mentale, aînées, à risque d'itinérance ou monoparentales. Plusieurs études soulignent que les logements avec soutien communautaire constituent d'importantes solutions pour prévenir et intervenir auprès des femmes et des familles à risque ou en situation d'itinérance (Gaetz et al. 2016). Ces programmes peuvent, par exemple, s'adapter aux besoins et réalités complexes et changeantes des femmes et des familles et permettre concrètement d'accroître la stabilité résidentielle de mères en situation d'itinérance (Farrell et al. 2010 ; Chaviano 2016 ; C. C. Collins et al. 2016 ; Klodawsky 2009). Ces programmes permettent d'offrir un contexte favorable au *care* au sein

des ménages, entre les locataires et avec les travailleuses dans les logements sociaux (Thompson 2018).

Au Canada, le retrait du gouvernement fédéral multiplie les organisations impliquées dans le financement, le développement et la gestion du logement social du côté des institutions provinciales, régionales et locales ainsi que des intervenant·es communautaires et privés (Hackworth et Moriah 2006). Cette multiplication d'acteurs et de sources de financement, qui varie selon les contextes locaux et politiques, crée une complexité bureaucratique qui freine le développement de nouveaux projets pour répondre aux besoins (Hackworth et Moriah 2006). De plus, le développement dépend de la présence d'une communauté capable et prête à se mobiliser (Tremblay et al. 2009) conjointement à un contexte politique favorable à l'échelle provinciale et municipale pour obtenir le financement nécessaire. Conséquemment, la décentralisation engendre des disparités régionales entre les provinces où le logement social n'est pas priorisé (Wekerle 1997). Certains gouvernements comme celui de l'Ontario profitent du retrait du gouvernement fédéral afin de se retirer également de ce champ. Au contraire, le Québec et la Colombie-Britannique ont, au fil des années, élaboré leurs propres politiques, programmes et institutions pour soutenir le développement de logements sociaux et abordables (Bouchard, Frohn et Morin 2010 ; Hackworth et Moriah 2006 ; Suttor 2016 ; Klein et Copas 2010).

Certaines recherches indiquent que ce transfert de responsabilité risque d'approfondir de la privatisation et le retrait de l'État des interventions en matière de logement (Hackworth et Moriah 2006 ; Marwell 2016). D'autres suggèrent que ce contexte contribue à créer un système d'habitation fragmenté et peu coordonné dans lequel existe un grand nombre d'organisations responsables de quelques dizaines d'unités (Leone et Carroll 2010 ; Suttor 2016 ; Pomeroy 2017). En raison des fonds publics limités, les organisations tendent à entrer en compétition les unes contre les autres pour accéder aux subventions et aux opportunités de développement (Thompson 2018). Cela incite également les organisations à devenir plus autonomes sur le plan financier. Alors que certaines développent des partenariats avec le secteur privé, d'autres s'engagent dans des activités lucratives pour financer des projets de logements abordables (Blessing 2012 ; Aalbers, Loon et Fernandez 2017 ; Hackworth et Moriah 2006 ; Tremblay et al. 2009). Certain·es observent que ces organisations en viennent à se comporter comme des entreprises privées en axant leurs interventions sur la rentabilité et ainsi perdent de vue leur mission associée au *care* (Aalbers, Loon et Fernandez 2017).

Dans ce contexte, le développement de logements sociaux ralentit grandement à l'échelle canadienne alors que les besoins sont grandissants. Au cours des années 1970 et 1980, 17 052 unités de logements sociaux ou abordables sont développées en moyenne annuellement. Ce rythme est plus de trois fois plus lent à compter de 1990 avec 4568 unités par année (SCHL 2019a). Dans un contexte de restrictions budgétaires, les nouveaux développements de logements sociaux qui demeurent ciblent les ménages plus marginalisés et font la promotion de l'autonomie des individus (Blessing 2016). Il est, par exemple, question de logements de transition axés sur l'intégration socioprofessionnelle pour que les locataires développent leur indépendance économique. Ces programmes sont destinés aux personnes ayant un potentiel de mobilité sociale comme les femmes cheffes de familles monoparentales (E. R. Power et Bergan 2018 ; Blessing 2016 ; McDowell 2004). Conséquemment, ces programmes ne suffisent pas à répondre à la pénurie croissante de logements abordables qui touche particulièrement les grands centres (Carroll et Jones 2000 ; Suttor 2016).

Cette première partie a, dans un premier temps, exposé les écrits touchant l'organisation sociale du *care* qui se transforme notamment par le biais d'interventions gouvernementales. Ces politiques oscillent entre une vision du *care* comme une responsabilité individuelle qui se réalise au sein du domicile et une responsabilité collective qui s'exerce dans des espaces publics associés, par exemple, à la santé et aux services sociaux. Quelle que soit la configuration, ces relations sont traversées par des rapports sociaux inégaux où les plus privilégiés s'exemptent de leurs responsabilités et les assignent aux plus dominés. Ces derniers se retrouvent plus fréquemment à ne pas avoir accès à suffisamment de ressources et de soutien pour répondre à leurs besoins. Ce contexte inégalitaire engendre des déficits de *care* persistants. Dans un deuxième temps, le *care* a été présenté comme perspective alternative aux normes néolibérales. Cette éthique s'incarne dans des politiques, des actions et des lieux qui soutiennent des relations d'interdépendance ancrées dans une sollicitude.

Compte tenu de son importance dans les capacités et relations de *care*, l'habitation est un des importants champs d'action pour résoudre la crise du *care*. Dans un troisième temps, cette revue des écrits s'est attardée au contexte néolibéral qui dévalorise l'utilisation des programmes sociaux et amène les gouvernements à se délester de leurs responsabilités en matière de *care*. Dans le domaine du logement social, la prise en charge par les communautés a permis de développer des approches ancrées dans le *care*. Cependant, les faibles ressources allouées

restreignent les possibilités de créer de nouveaux programmes pour répondre aux besoins croissants. Il est donc crucial de dégager des contextes favorisant des interventions en matière de logement qui incarnent une éthique du *care* pouvant résister aux normes et logiques néolibérales.

Bien que les gouvernements se retirent de plusieurs de leurs responsabilités, la santé est un domaine d'action et d'investissement qui demeure puisque ses interventions sont projetées comme une gestion responsable des fonds publics. En effet, ces politiques sont des investissements pour assurer, entre autres, le bien-être, la sécurité, la croissance et la productivité (Berkeley et Springett 2006a ; Park, Lee et Lee 2014). Ainsi, la santé est un champ d'intervention ayant un fort niveau de légitimité à partir duquel il est possible d'engager des intervenant·es extérieurs aux gouvernements tels que le secteur privé et communautaire (King 2013). Selon cette logique, les différents paliers de gouvernement s'engagent en matière de santé. Le mouvement des Villes en santé s'inscrit dans cette foulée en appelant à ce que différents secteurs se concertent localement pour agir sur l'ensemble des enjeux et déterminants sociaux de la santé dont le logement fait partie (Tsouros 2017). Afin d'approfondir le potentiel et les limites de ce mouvement pour soutenir le développement de logements sociaux, la seconde partie de la revue des écrits porte sur les Villes en santé.

1.2 Le mouvement des Villes en santé

1.2.1 De nouvelles visions et approches pour améliorer la santé

L'approche des Villes en santé implique de réintroduire la santé dans les politiques publiques municipales, plus précisément d'établir une gouvernance locale collaborative pour la promotion de la santé. Les municipalités peuvent établir et mettre en œuvre des mesures concrètes pour répondre aux besoins des habitant·es et ainsi réduire les inégalités de santé. Ces municipalités forment un mouvement mondial soutenu et parfois structuré par des réseaux régionaux et internationaux. Les changements politiques associés aux Villes en santé prennent des formes et modalités uniques pour répondre aux enjeux globaux de santé publique tout en s'adaptant au contexte local. Plusieurs équipes de recherche et réseaux régionaux énoncent des critères, qualités et valeurs à suivre pour devenir et demeurer une Ville en santé (voir par exemple: Simos et de Leeuw 2017 ; Hu et Kuo 2016 ; Lafond et Heritage 2009). Aucun consensus clair et

partagé à l'échelle internationale ne se dégage pour résumer ce mouvement. Malgré ce caractère polymorphe, ces municipalités s'appuient sur d'importantes bases communes liées à la vision et l'approche de la santé publique.

Un retour aux origines de la santé publique

De nombreux écrits situent ce mouvement avec l'émergence et l'évolution de la santé publique. La santé publique moderne s'est développée afin de réfléchir et d'intervenir sur les grandes causes et explications des maladies et de la mortalité (Dooris 1999 ; Corburn 2009). Les taux de mortalité ont longtemps été plus élevés dans les villes que dans les zones rurales. L'industrialisation, qui a accéléré et influencé l'urbanisation en Occident, a eu d'importantes répercussions sur la santé des populations (Davies 2015a). Plusieurs villes industrielles du 19^e siècle ont été marquées par des vagues de mortalité associées aux épidémies de maladies infectieuses telles que le choléra, la variole, la grippe espagnole et la peste. À l'époque, les connaissances sur la propagation des maladies étaient très limitées. La théorie des miasmes était généralement admise. Celle-ci attribue la propagation des épidémies à des émanations malsaines. Plusieurs ont alors prôné l'amélioration de la salubrité des villes notamment pour assainir l'air (Corburn 2009, 2007). Certains travaux pionniers en épidémiologie menés en Europe dans la foulée de l'industrialisation reposaient sur l'hypothèse selon laquelle les conditions sociales ainsi que les différences socioéconomiques influencent la santé physique. Il est notamment question des travaux de Villermé en France, Virchow en Allemagne, Chadwick et Engels en Angleterre qui soulignent que les conditions de vie des classes ouvrières augmentent le risque qu'elles soient touchées par des blessures et maladies (Berkman et Kawachi 2014 ; Honjo 2004).

Dans cette veine, plusieurs prônaient l'établissement de mesures hygiénistes et de services publics. L'idée était d'améliorer les conditions de vie, mais surtout d'assainir l'air pour limiter la diffusion massive de maladies infectieuses et ainsi diminuer le taux de mortalité en ville. Ces interventions concernent entre autres l'accès à l'eau potable, la construction de bains publics, les services de gestion des déchets, les égouts ainsi que la préservation des espaces verts en y établissant des parcs (Dye 2008 ; Freudenberg et Galea 2008). Ces mesures, qui sont considérées comme les balbutiements de la santé publique, participaient également à la planification urbaine puisqu'elles répondaient aux effets néfastes de l'urbanisation et de

l'industrialisation (Corburn 2017 ; Galea et Vlahov 2005b ; Freudenberg et Galea 2008 ; Honjo 2004 ; Corburn 2007 ; Northridge et Freeman 2011). L'habitation était l'un des importants champs d'action du mouvement hygiéniste. Il était notamment question de lutte contre l'insalubrité, le manque d'isolation et de ventilation et la surpopulation puisque ces conditions sont propices à la propagation des maladies (Shaw 2004 ; Howden-Chapman 2004 ; Lawrence 2011b ; Krieger et Higgins 2002 ; Braubach 2011).

Vers la fin du 19^e siècle, la théorie des miasmes a été démentie par différents travaux. Par exemple, les recherches du médecin John Snow ont associé la transmission du choléra à Londres à l'approvisionnement en eau par les pompes municipales. Un ensemble de recherches ont construit la théorie des germes suggérant que la propagation des maladies est causée par des micro-organismes qui se propagent par le contact physique, l'air et l'eau. La forte adhésion à la théorie des germes conjuguée aux avancées concernant les soins médicaux individuels a fortement transformé l'organisation et les pratiques de santé publique (Davies 2015a ; Corburn 2009 ; Pearce 2005 ; P. A. Collins et Hayes 2010). Certaines mesures hygiénistes ont continué dans les villes et les logements puisqu'elles visaient à éviter la propagation des germes causant les maladies infectieuses. Néanmoins, une large part des interventions se sont réorientées vers la vaccination, la mise en quarantaine, les soins de santé, l'éducation à la santé et l'hygiène personnelle pour prévenir la propagation de maladies (O'Neill, Pederson et Rootman 2000 ; Corburn 2007, 2009).

Cette nouvelle orientation a transformé les lieux et les responsables de la santé publique. Alors que les premières pratiques hygiénistes avaient placé les villes et les gouvernements locaux au cœur de la lutte aux maladies infectieuses, les décisions et actions se déplacent vers les professions médicales et les hôpitaux (Pearce 2005 ; Hancock 2002 ; Corburn 2009). Plusieurs soulignent que cette médicalisation de la santé publique a évacué l'analyse de l'influence des conditions sociales et environnementales sur la santé pour se concentrer sur les germes associés aux maladies (Corburn 2009 ; Pearce 2005). Ce contexte a donc contribué à écarter la santé des préoccupations des municipalités ainsi que des professions liées à l'aménagement (Hancock 2002 ; Corburn 2009 ; Davies 2015a). Dans cet ordre d'idées, les mesures de santé publique n'agissent plus sur le territoire, mais sur les corps (Honjo 2004). Les seules pratiques qui concernent le territoire sont celles qui enlèvent ou déplacent les déchets et les personnes pouvant transmettre les maladies (Corburn 2009).

De nombreux écrits sur les Villes en santé insistent sur le fait que l'implication des municipalités et les actions à l'échelle urbaine constituent un retour aux origines de la santé publique (Milio 1990 ; Dooris 1999 ; Wallerstein et al. 2011 ; Irvine et al. 2006). Cependant, ces écrits soulignent que ce mouvement comporte plusieurs innovations et nouveautés par rapport à la santé publique moderne qui visait à améliorer l'hygiène de la ville pour réduire les risques de contagion (Hancock 2017 ; Corburn 2017 ; Freudenberg 2006 ; Corburn 2009 ; Dyke 2012 ; Tsouros 2013 ; de Leeuw 2017b). Ces innovations sont liées notamment aux nouvelles approches d'intervention et vision de la santé provoquées par les limites de la santé publique moderne devant les nouveaux enjeux urbains.

Au cours de la seconde moitié du 20^e siècle, les conditions chroniques ont pris de l'ampleur. Les enjeux de santé mentale, les maladies cardiovasculaires et dégénératives, les douleurs chroniques, les allergies et les cancers minent la longévité et la qualité de vie des populations urbaines (Berkman et Kawachi 2014 ; Frumkin 2003 ; Galea, Freudenberg et Vlahov 2005). Bien que les interventions hygiénistes et médicales de la santé publique moderne aient permis d'éradiquer plusieurs maladies infectieuses et certains désavantages des villes pour la santé des populations, elles ne parvenaient pas à freiner la croissance des maladies chroniques (Corburn 2009). De plus, ces retombées n'étaient pas équitablement réparties puisque tous et toutes n'ont pas le même accès aux soins de santé ou environnements sains (Dye 2008 ; Davies 2015a ; Frumkin 2003 ; Galea, Freudenberg et Vlahov 2005).

Ces lacunes ont poussé les études épidémiologiques à reconnaître l'influence des expériences sociales sur la santé. Ces recherches ont, par exemple, permis d'établir les causes de certaines maladies chroniques comme le cancer du poumon à des conditions et habitudes de vies. Ces connaissances ont encouragé l'élaboration de pratiques de prévention qui visent les habitudes de vie telles que l'alimentation, l'activité physique et les comportements néfastes tels que le tabagisme, l'alcool et les drogues (Pearce 2005). D'autres recherches, notamment en épidémiologie sociale, ont démontré l'influence de déterminants sociaux tels que les conditions d'habitation et de travail, l'éducation et l'environnement bâti sur la santé (Honjo 2004 ; Hoeijmakers et al. 2007 ; Galea et Vlahov 2005a).

Ces avancées ont également reconnu l'influence de déterminants sociostructurels qui vont au-delà des facteurs de risques liés aux individus, leurs habitudes et leurs environnements de vie. Ces écrits s'intéressent notamment à l'influence des divisions sociales et économiques sur la santé des individus et des collectivités (Raphael 2004 ; Potvin et al. 2005 ; Honjo 2004 ; Daniels

et Schulz 2006). Plusieurs ont conceptualisé les inégalités de santé avec l'économie capitaliste (Honjo 2004). Pour ces derniers, les conditions socioéconomiques conditionnent l'accès aux déterminants sociaux de la santé tels que le logement, l'alimentation et l'éducation (voir entre autres Link et Phelan 1995 ; Coburn 2004 ; Navarro et Shi 2001 ; Whitehead, Dahlgren et McIntyre 2007). Cependant, de nombreuses recherches ont critiqué cette perspective qui néglige les autres inégalités sociales.

D'autres écrits ont démontré que les divisions sociales basées, par exemple, sur le genre, l'ethnicité, l'âge et les capacités influencent la santé. Ces recherches ont démontré, d'une part, que les groupes dominants retirent des privilèges du fonctionnement normal de la société. D'autre part, les autres ont un accès différencié aux déterminants sociaux de la santé, vivent des violences et des états de stress chroniques qui ont une incidence sur leur bien-être et leur longévité (McGibbon 2012). Ces perspectives ont permis de développer des champs d'études spécifiques, par exemple, la santé des femmes s'intéresse à l'influence du genre et du sexe comme déterminant social de la santé (voir entre autres Bird et Rieker 1999 ; Benoit et Shumka 2009 ; Doyal 2001 ; Johnson, Greaves et Repta 2009 ; Benoit et al. 2009). Cette conceptualisation a également été critiquée puisqu'elle tend à développer des analyses où les femmes sont vues comme un groupe homogène, mais aussi néglige l'influence d'autres systèmes de structures sociales (Schulz et Mullings 2006 ; Hankivsky et Christoffersen 2008 ; McGibbon 2012 ; Bowleg 2012).

Progressivement, des militantes et chercheuses ont élaboré des perspectives qui reconnaissent plusieurs rapports d'oppressions ainsi que leurs interactions telles que l'intersectionnalité. Les idées à la base de l'intersectionnalité ont été développées, dans les années 1970 et 1980, en marge des milieux académiques par des féministes afro-américaines, hispano-américaines et lesbiennes. Celles-ci constataient que leurs réalités n'étaient pas considérées par les mouvements et discours féministes, antiracistes et pour les droits des homosexuel·les. Les perspectives intersectionnelles s'attardent à l'architecture dynamique et complexe des oppressions qui participent à la co-formation et co-construction de la domination (Bilge 2010). L'idée est de comprendre comment celles-ci se combinent à travers le temps, l'espace et les institutions de façon à générer et maintenir des privilèges et des oppressions. L'analyse des intersections permet également une déconstruction critique afin de mieux comprendre des expériences particulières. L'analyse intersectionnelle appréhende la complexité des déterminants qui influencent la santé pour comprendre les causes des inégalités qui influencent

le bien-être des populations (Hankivsky et Christoffersen 2008 ; McGibbon et McPherson 2011 ; Bowleg 2012). L'analyse intersectionnelle saisit comment ces facteurs et dynamiques provenant de différentes échelles se conjuguent de manière à déployer des privilèges et des oppressions qui conditionnent profondément leur rapport au monde et leur état de santé (Bowleg 2012).

Ces différents ensembles d'écrits, qui s'attardent aux déterminants sociaux, enrichissent la compréhension des inégalités de santé. Surtout, ceux-ci permettent d'envisager de nouvelles perspectives d'action. Comme le souligne Clavier (2011), « la mise en évidence de l'importance des déterminants sociaux de la santé a ouvert des portes à l'implication des collectivités locales en santé » (p.14). Bien que les Villes en santé soient associées à un retour aux origines de la santé publique, plusieurs insistent sur les dimensions nouvelles de ce mouvement. Celui-ci adopte de nouvelles approches pour intervenir sur les thèmes et enjeux du 21^e siècle tels que la sédentarité, les maladies chroniques, l'exclusion sociale, les changements climatiques et la gentrification (Dooris 1999 ; Rice et Hancock 2016 ; Bentley 2007 ; Schwab et al. 2015 ; Lawrence et Fudge 2009). La prochaine section explique comment les interventions pour remédier à ces enjeux de santé contemporains reposent sur une vision de la santé qui insiste sur ces déterminants sociaux et ainsi favorise un retour de l'implication des municipalités en santé publique.

Une vision et approche pour promouvoir la santé

De nombreux écrits indiquent que le mouvement des Villes en santé s'appuie sur une approche renouvelée de la santé publique. Cette approche implique de reconnaître les multiples déterminants sociaux touchant des échelles dépassant les individus et leur corps qui conditionnent la santé (Pederson et Rootman 2017 ; Poland, Green et Rootman 1999 ; Lawrence et Fudge 2009). Selon cette perspective, les villes sont des communautés complexes marquées par divers enjeux sociaux et urbains qui affectent (in)directement la santé. Il est notamment question de la sédentarité, l'(im)migration, la ségrégation, l'exposition à la pollution et aux îlots de chaleur et les fluctuations de l'économie (Galea, Freudenberg et Vlahov 2005 ; Freudenberg et Galea 2008 ; Galea et Vlahov 2005a). Ces dynamiques influencent le développement urbain, les inégalités sociales, l'exposition à des risques pour la santé, mais aussi la qualité et l'accès à plusieurs déterminants sociaux de la santé comme le logement et l'accès aux soins. Galea et Vlahov (2005b) soutiennent qu'isoler ces dynamiques urbaines ne

va qu'en surface des problèmes de santé. Ainsi, de nouvelles approches, comme le mouvement des Villes en santé, ont été développées pour agir sur cette complexité. Cette reconnaissance a mené à une transformation de la vision et des pratiques de santé publique avec la promotion de la santé.

La promotion de la santé implique de réfléchir et d'agir au-delà des maladies, et ce, en s'intéressant aux déterminants sociaux de la santé (Rootman et O'Neill 2012 ; Hoeijmakers et al. 2007). Le Canada a été l'un des premiers États à adhérer à cette vision par la publication du rapport *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* (Lalonde 1974). Le gouvernement fédéral avait alors mis sur papier le concept de champ de la santé qui comporte des dimensions liées à la biologie humaine, aux soins, à l'environnement et aux modes de vie. Ce rapport a jeté les bases de la promotion de la santé également appelée « nouvelle santé publique ». Au cours des années 1980, il y a diffusion de cette vision en vue de la première *Conférence internationale pour la promotion de la santé* à Ottawa en 1986. Ce rassemblement donne lieu à la signature de la *Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé* (OMS 1986). Cette Charte constitue un plaidoyer pour une meilleure allocation de moyens afin que les collectivités aient davantage de contrôle sur leur santé (Theodore et Elena 2010). En plus de mettre l'accent sur la notion d'équité, cette Charte reconnaît l'influence des facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques sur la santé (Amat-Roze 2011). Selon cette perspective, les gouvernements municipaux sont des acteurs clés pour réduire les inégalités en santé. Ceux-ci peuvent, par exemple, développer des environnements favorables et susciter des collaborations intersectorielles afin d'agir sur les déterminants sociaux de la santé (Glouberman et Millar 2003 ; Pederson et Rootman 2017 ; Petersen 1996 ; Rootman et O'Neill 2012 ; Hoeijmakers et al. 2007 ; Hancock 2001).

Une autre différence importante avec la santé publique moderne réside dans la vision de la santé. La promotion de la santé s'appuie sur une vision salutogénique (Antonovsky 1996). La santé n'est plus vue comme une absence de maladie ou d'infirmité, mais comme un état complet de bien-être physique, mental et social. Ainsi, la santé est une importante ressource puisqu'elle « permet de mener une vie productive sur les plans individuel, social et économique » (OMS 1999, 1). Dans cet ordre d'idées, le mouvement des Villes en santé incite à analyser et à intervenir sur les déterminants sociaux de la santé pour prévenir les maladies, mais surtout soutenir des milieux de vie et contextes favorables (Hoeijmakers et al. 2007 ; Rootman et O'Neill 2012 ; Pederson et Rootman 2017 ; Petersen 1996 ; Hancock 2001).

La promotion de la santé se distingue également par le recours à des approches qui ciblent des enjeux, des milieux de vie et des populations qui sont au cœur des inégalités (Frohlich, Poland et Shareck 2012). Le mouvement des Villes en santé est associé aux approches par le milieu de vie (*settings approach*) (Poland, Krupa et McCall 2009). Ces approches ne visent pas les individus, mais bien les milieux, par exemple les quartiers, les logements, les écoles ou les lieux de travail. Ces approches reconnaissent que chaque milieu est doté d'un contexte social, physique, politique, économique et organisationnel qui influence la santé des individus et des collectivités (Frohlich, Poland et Shareck 2012). Les milieux représentent une échelle pragmatique vers laquelle il est possible de diriger des efforts et ressources pour promouvoir la santé (Poland, Krupa et McCall 2009 ; Poland, Green et Rootman 1999). Cela implique d'agir sur le milieu lui-même (rendre l'environnement physique plus sain) ainsi que les populations qui l'utilisent ou l'habitent (L. W. Green, Poland et Rootman 1999). De plus, ces approches intègrent la notion d'équité en ciblant et impliquant les populations considérées plus vulnérables et visent l'adoption de politiques en amont qui s'attaquent par exemple aux problèmes de pauvreté, de chômage et de logement (Corburn 2017 ; Ritsatakis 2013). De nombreux auteurs soulignent qu'avec l'urbanisation croissante et les inégalités de santé persistantes, les villes représentent un milieu de vie sur lequel il importe d'agir (Milio 1990 ; Hancock 1999 ; Ashton 1991 ; G. Green, Acres, et al. 2009).

Les logements sont au cœur des milieux de vie, mais surtout posent d'importants enjeux urbains comme la ségrégation, la gentrification et la croissance de l'itinérance qui creusent les inégalités de santé. Pour cette raison, l'habitation est, en principe, un des champs d'action pour les Villes en santé. Le logement a historiquement été un pôle d'intérêt et d'action des premières pratiques de santé publique (Krieger et Higgins 2002). Le logement était alors envisagé pour ses conditions matérielles qui constituent des vecteurs de risques pour la santé des occupant·es. Les interventions luttèrent contre l'insalubrité, le manque d'isolation et de ventilation et la surpopulation (Braubach 2011). Puis, le virage médical a mis de côté l'attention et les interventions sur les milieux de vie afin de concentrer les efforts sur les corps affectés par les maladies. Néanmoins, plusieurs recherches contemporaines s'intéressent aux déterminants sociaux de la santé et à l'influence des milieux de vie. Ceux-ci associent le logement à un des importants domaines d'action à investir pour promouvoir la santé (Lawrence 2011a ; Wister 2005 ; Bryant 2003 ; Shaw 2004 ; Anderson et Barclay 2003 ; Howden-Chapman 2004 ; Lawrence 2011b ; Bullen et al. 2008 ; Braubach 2011). Au sein de ces écrits, le logement n'est plus uniquement envisagé par les risques matériels.

Les écrits associent le logement aux déterminants sociaux de la santé. Comme en témoignent les nombreuses recensions d'écrits, le logement, par ses dimensions environnementales, sociales, psychologiques et matérielles, entretient des liens multiples et complexes avec les états de santé et de bien-être (Bryant 2016 ; Fuller-Thomson, Hulchanski et Hwang 2000 ; Oswald et Wahl 2004 ; Dunn 2000 ; Dunn et al. 2006 ; Cave, Molyneux et Coutts 2004 ; Thomson, Petticrew et Douglas 2003 ; Thomson, Petticrew et Morrison 2001). Plusieurs soulignent que les recherches ne permettent pas de saisir précisément l'ensemble et la force des mécanismes de la relation entre le logement et la santé (Thomson, Petticrew et Morrison 2001 ; E. Baker et Tually 2008 ; Shaw 2004 ; Bryant 2003). Pour Shaw (2004), cette complexité est révélatrice du fait que le logement renferme et conditionne une multiplicité de déterminants sociaux qui influencent à leur tour la santé, par exemple le revenu disponible, l'exposition à des risques, l'accès aux services, etc. (Shaw 2004 ; Chircop 2008).

Ainsi, plusieurs voient le logement comme un prérequis ou encore un déterminant clé pour une bonne santé (Anderson et Barclay 2003 ; Quine et al. 2004 ; E. Baker 2007 ; Bryant 2013). Comme le souligne Bryant (2003) : « The availability and affordability of housing plays an important role in relationship to other social determinants of health. People can go without many things, but going without housing is potentially catastrophic. » (p.55) En ce sens, l'itinérance constitue un important enjeu qui contribue aux inégalités de santé. Cette absence de domicile sain et sécuritaire est associée, par exemple, à un accès limité aux soins de santé et aux services sociaux, à de fortes incidences d'infections et de maladies chroniques et même à la mortalité prématurée (voir entre autres Henwood, Cabassa, et al. 2013 ; Hwang et Dunn 2005 ; Frankish, Hwang et Quantz 2005 ; Hwang 2002).

Les écrits associent également le logement à un milieu de vie sur lequel il est possible d'agir pour contribuer au bien-être, à la santé et à la longévité des populations. Les interventions touchent, d'une part, les conditions matérielles d'habitation comme par des rénovations, des réparations et des subventions du loyer. D'autre part, cet espace peut être utilisé pour exercer des soins, des activités de prévention et d'éducation aux habitudes de vie (Wister 2005 ; Henwood, Stanhope, et al. 2013 ; Whittemore et al. 2014 ; Bullen et al. 2008 ; Cameron et al. 2009 ; Cave, Molyneux et Coutts 2004). De manière générale, les écrits qui croisent le logement et la santé tentent de développer ou de rassembler des données probantes pour influencer les interventions en santé publique (Bryant 2003 ; Shaw 2004 ; Anderson et Barclay 2003 ; Braubach 2011 ; Howden-Chapman 2004 ; Lawrence 2011a ; Rauh, Landrigan et Claudio 2008

; D. J. Bowen et al. 2013 ; Buchner et al. 1997 ; Cave, Molyneux et Coutts 2004 ; Chu, Hackett et Kaur 2016).

En étant un important déterminant social de la santé et un milieu pouvant être l'objet d'intervention en promotion de la santé, le logement est un des pôles d'action reconnus pour créer et maintenir des Villes en santé. La prochaine section souligne que la concrétisation de cette vision et approche de la santé demande une certaine transformation dans l'organisation et des modalités de l'action publique. En principe, cette approche devrait soutenir les interventions en matière de logement.

1.2.2 Les modalités et l'organisation de l'action pour des Villes en santé

Intégration de la santé dans les affaires municipales

Les Villes en santé s'inscrivent en continuité avec les approches intégrées pour le développement urbain qui se diffusent depuis la fin des années 1980 pour freiner les enjeux environnementaux, économiques et sociaux qui alimentent les inégalités (Davies 2015b). Ces approches abordent le développement urbain à travers un thème qui permet de critiquer le fonctionnement des villes contemporaines et de fournir des perspectives d'action innovantes pour intervenir sur les enjeux urbains qui ne parviennent pas à être résolus de façon satisfaisante. Plusieurs de ces approches se résument par de brèves expressions qui utilisent généralement le mot ville : Villes durables, Villes en santé, Villes hivernales, Villes sanctuaires, Villes sûres et inclusives, Villes en transition, Villes résilientes, Villes créatives, etc. Chacune de ces approches insiste sur un thème qui guide les façons de parvenir à des villes plus conviviales et durables, et ce, pour améliorer la qualité de vie (Davies 2015b).

Ainsi, plusieurs soulignent que le mouvement des Villes en santé comporte des similarités avec d'autres approches intégrées comme les villes durables (Dooris 1999 ; Poland et Dooris 2010), Happy Cities (Pfeiffer et Cloutier 2016 ; D. Zhang 2016), Villes amies des aînées (Jackisch et al. 2015 ; G. Green 2013), Villes intelligentes (Ramaswami et al. 2016 ; X. Zhang et al. 2018), Villes sûres (Backe, Janson et Timpka 2012 ; Litman 2008) et les Villes en transition (Patrick, Dooris et Poland 2016). Bien que certaines des initiatives liées à la promotion de la santé convergent avec ces autres approches municipales, dans un contexte de restriction budgétaire, les thèmes

peuvent entrer en compétition. De plus, ces thèmes peuvent être instrumentalisés dans une perspective de marketing urbain (Simos et de Leeuw 2017 ; Carter 2015 ; Veal 2017).

Pour devenir une Ville en santé, les municipalités doivent opérer des changements réels dans leurs modes de fonctionnement. Les gouvernements locaux doivent intégrer, de façon transversale, les préoccupations liées à la santé (Clavier 2013). Cette intégration implique une écoute des besoins relatifs aux déterminants sociaux et l'analyse de leurs interconnexions. Pour y arriver, des théories et des modèles d'action sur les déterminants sociaux de la santé doivent être compris, et ce, afin que les municipalités puissent les intégrer à leurs visions et stratégies de planification (Tsouros 2013 ; Capolongo et al. 2016 ; Lawrence et Fudge 2009). Pour ce faire, plusieurs écrits s'attardent aux outils et approches employées par les municipalités pour intégrer la santé dans l'ensemble des politiques publiques (*Health in All Policies*) ou ont recours aux évaluations d'impacts sur la santé (*health impact assessment*) (Davies 2015a ; Simos et al. 2015 ; Simos et Prisse 2013) et à l'urbanisme favorable à la santé (*healthy urban planning*) (Barr et Mucha 2009 ; Barton et Grant 2013 ; Barton et al. 2009).

Comme le soulignent Clavier et O'Neill (2017), les municipalités s'engagent à promouvoir localement la santé à travers des changements politiques. Ainsi, plusieurs soulignent que les Villes en santé ne sont pas un résultat ou une somme d'interventions ou de projets ponctuels. Elles reposent plutôt sur un flux d'interventions favorables à la santé (*healthy policies*). De plus, les politiques formulées prennent des orientations variées puisqu'elles répondent à des défis, des contextes et des contraintes distinctes (Froding, Eriksson et Elander 2008 ; Hu et Kuo 2016). Simos et de Leeuw (2017) soutiennent que le terme glocal peut être employé pour décrire ces municipalités qui s'engagent à devenir des Villes en santé. En effet, ces villes établissent des initiatives adaptées aux préoccupations et cultures politiques locales tout en répondant à des enjeux globaux qui engendrent des inégalités de santé. Ces interventions visent surtout les déterminants sociaux de la santé qui permettent de promouvoir le bien-être physique, mental et social des populations comme le logement, l'alimentation, l'activité physique et l'éducation (Semenza 2005 ; Barten et al. 2011 ; Hancock 2017 ; Hancock et Bezold 2017 ; Tsouros 2017 ; Corburn et al. 2014 ; Lipp, Winters et de Leeuw 2013 ; Macfarlane, Wood et Campbell 2015).

Plusieurs insistent sur le fait que les démarches pour devenir une Ville en santé débutent seulement lorsque les efforts ne sont plus dirigés vers des projets ponctuels qui visent des effets mesurables à court terme, mais au moment où la santé est une priorité réfléchie dans une

perspective à long terme (Werna et al. 1999 ; Froding, Eriksson et Elander 2008). L'idée n'est pas d'imposer des conduites liées aux habitudes de vie ou de traiter, de façon isolée et ponctuelle, certains enjeux. Au contraire, l'objectif est de mettre en place et rendre accessible des conditions et opportunités pour favoriser des modes de vie sains. Cela inclut autant des modifications au cadre bâti que la mise sur pied d'activités et la construction d'infrastructures. Ces actions améliorent, entre autres, le bien-être, l'inclusion sociale, la sécurité, la mobilité, les possibilités de faire de l'exercice physique et d'avoir une alimentation saine (Steedman et Rabinowicz 2006 ; Macfarlane, Wood et Campbell 2015). De façon générale, les villes combinent de grandes stratégies politiques qui soutiennent la mise en œuvre d'un flux continu d'actions à court et long terme pour répondre et s'ajuster aux besoins et enjeux locaux de manière à stimuler le changement social (G. Green, Acres, et al. 2009).

De nombreux écrits insistent sur le fait que les Villes en santé doivent accorder une attention particulière aux enjeux qui creusent les inégalités de santé, des milieux spécifiques et des populations aux prises avec des problèmes de santé persistants (Barten et al. 2011 ; Tsouros 2017 ; Davies 2015a ; Corburn et al. 2014). Ces politiques et interventions touchent les déterminants sociaux de la santé, par exemple la promotion des saines habitudes de vie, les opérations de verdissement pour limiter les îlots de chaleur, les mesures pour améliorer l'accès aux soins de santé et les actions contre les déserts alimentaires (Davies 2015a ; Barten et al. 2011 ; Tsouros 2017 ; Corburn et al. 2014). Bien que les villes disposent d'une position privilégiée pour intervenir sur ces enjeux urbains, les gouvernements municipaux ne peuvent agir seuls puisque leurs compétences et ressources sont, bien souvent, limitées (Davies 2015b). Pour y arriver, elles doivent ouvrir leur gouvernance à divers intervenant-es de manière à stimuler la participation des communautés et la collaboration intersectorielle, et ce, pour reconnaître les besoins locaux, mais surtout pour créer des politiques innovantes.

Une gouvernance intersectorielle et participative pour créer des Villes en santé

La gouvernance correspond aux processus, jeux de pouvoir, interactions et modes de coordination qui rendent possible l'action publique (Le Galès 1995). La gouvernance permet de penser les reconfigurations de l'action publique en saisissant la collaboration d'intervenant-es qui ne tirent pas nécessairement leur légitimité d'élections. Dans un contexte de gouvernance, le pouvoir n'est plus vu uniquement entre les mains des élus et des institutions publiques : il est

fluide, développé et négocié entre les parties prenantes (Taylor 2007). Le passage à la gouvernance amène un certain effacement des frontières entre les secteurs publics, privés et associatifs qui sont tous invités à s'investir dans les questions sociales et économiques. La formulation et la mise en œuvre des politiques se voient alors partagées dans des partenariats entre les gouvernements avec la société civile et le secteur privé (Stoker 1998 ; Boisvert et Brodeur 2010). Certains, comme Vaillancourt (2014), parlent de logiques de co-construction et de coproduction des politiques publiques pour désigner ces transformations. La co-construction s'opère lorsque des intervenant·es non gouvernementaux s'impliquent dans la définition et l'élaboration d'actions publiques. La co-production réfère plutôt à un engagement essentiellement dans l'exécution de ces politiques et n'est pas nécessairement engagée dans la formulation de ces dernières, ce qui est fréquent dans un contexte où les gouvernements cherchent à se désengager de la prestation des services publics.

Le terme gouvernance favorable à la santé (*governance for health*) désigne cette (ré)organisation pour favoriser la coordination de l'action pour promouvoir la santé (Burris et Ompad 2010). Les écrits indiquent que cette gouvernance prend des formes multiples puisque chaque municipalité établit des modes de fonctionnement qui reflètent leur contexte politique, institutionnel et législatif. Cependant, certains principes et orientations sont attendus pour faire partie du mouvement des Villes en santé (Froding, Eriksson et Elander 2008 ; Hu et Kuo 2016). L'objectif premier est de réfléchir et d'agir sur l'ensemble des déterminants sociaux de la santé. Cela demande d'impliquer une variété d'intervenant·es issues du secteur public, communautaire et privé qui sont concerné·es ou ayant un pouvoir relatif sur, par exemple, le logement, l'alimentation, les soins de santé, l'éducation et l'activité physique (Tsouros 2013 ; de Leeuw, Green, et al. 2015). Cette collaboration intersectorielle se déploie dans de nouveaux espaces politiques plus horizontaux qui s'appuient sur une gouvernance participative et collaborative (Dooris 1999 ; Froding, Eriksson et Elander 2008 ; Tsouros 2013 ; Flynn 1996 ; Freudenberg 2006 ; Bentley 2007 ; Perkins et Shields 1998 ; Lipp, Winters et de Leeuw 2013). Ces dispositifs, qui prennent parfois la forme de tables de concertations intersectorielles, appellent des organisations ou individus à représenter la population locale, selon des modalités variables (Kegler et al. 2009 ; Dooris et Heritage 2013). En s'appuyant sur des logiques de démocratie délibérative et participative, les Villes en santé devraient pouvoir développer des coalitions politiques composées à la fois d'intervenant·es riches et puissant·es et des plus pauvres et vulnérables (Hancock 2002 ; de Leeuw, Green, et al. 2015 ; de Leeuw, Kickbusch, et al. 2015).

La participation et le développement des capacités de la population à intervenir sur la santé constituent des dimensions cruciales du mouvement (Geidne et al. 2012 ; Clavier et O'Neill 2017). Clavier et O'Neill (2017) soulignent que ce mouvement cherche à ce que les communautés locales deviennent des parties prenantes à part entière des processus politiques :

In the case of the Healthy Cities, the community is often understood as the mass of individual citizens, including those who are 'affected' by Healthy City policies, who feel disempowered by institutions (de Leeuw 2012); as the organized groups of citizens such as community organizations; and as other stakeholders from the local business, intellectual and trade-union elites. [...] [T]he community is expected to participate in 'setting priorities and making and implementing decisions' and to take part in 'an ongoing programme of training/capacity building activities for health and healthy public policy' (Corburn 2009, pp. 8–9). (Clavier et O'Neill 2017, 360)

Ainsi, le mouvement des Villes en santé ne vise pas directement les populations locales, les démarches cherchent plutôt à développer leurs capacités à agir sur leur milieu (Meresman et al. 2010 ; Montiel et Barten 1999 ; Farrant 1994 ; G. Green, Jackisch et Zamaro 2015 ; Heritage et Dooris 2009 ; Dooris et Heritage 2013 ; Corburn et al. 2014). Comme souligné à la section 1.2.3, cette participation n'est pas toujours équitable et synonyme d'empowerment.

Cette implication directe vise à développer des stratégies, politiques et programmes mieux informés (Kegler et al. 2009 ; Dooris et Heritage 2013). Cet engagement des communautés permet d'accéder à des informations sur le contexte local pour agir sur les enjeux prioritaires. Cela facilite également les réflexions sur les thèmes généralement négligés ou ignorés des processus conventionnels comme la pauvreté urbaine et les besoins des plus vulnérables (Barten et al. 2011 ; Tsouros 2017 ; Clavier et O'Neill 2017 ; Froding, Eriksson et Elander 2008 ; Hu et Kuo 2016 ; Corburn et al. 2014). La participation n'est pas restreinte à l'identification des besoins, il est attendu que des représentant-es de la communauté s'engagent de façon continue dans la formulation et la mise en œuvre et l'évaluation des politiques (Froding, Eriksson et Elander 2008 ; Tsouros 2013). Ce faisant, elles peuvent offrir des rétroactions et ainsi réajuster les interventions par rapport aux effets ressentis sur le terrain (Clavier et O'Neill 2017).

Ces nouveaux espaces politiques permettent de susciter la rencontre et le travail collaboratif entre secteurs et paliers voulant et pouvant travailler sur des enjeux complexes. Il est alors possible d'intervenir sur la mobilité, l'inclusion sociale, la durabilité et la sécurité avec une

perspective de promotion de la santé (Dooris 1999 ; Rice et Hancock 2016 ; Flynn 1996 ; Lawrence et Fudge 2009 ; G. Green, Price, et al. 2009). Ce travail collaboratif vise à sortir d'une logique de silo afin de développer des interventions plus intégrées, intersectorielles et interdépartementales (Perkins et Shields 1998 ; G. Green, Price, et al. 2009). Ce contexte appelle donc à de nouvelles formes de relations entre les gouvernements et la société civile puisque le consensus, la collaboration et la négociation tendent à remplacer le conflit, la compétition et la direction (Dooris 1999).

En principe, le mouvement des Villes en santé pourrait constituer un terreau fertile pour intervenir sur l'ensemble des déterminants sociaux de la santé. Cela devrait amener les gouvernements locaux à voir le logement comme un important déterminant social et un milieu pour promouvoir la santé. Puis, l'établissement d'une gouvernance participative a le potentiel de permettre aux communautés de soulever des enjeux d'habitation qui affectent la santé et la qualité de vie des populations. Il est donc attendu que parmi le flux de politiques, certaines touchent le logement. Ainsi, le travail intersectoriel pour la promotion de la santé devrait favoriser la formation de coalitions comprenant les intervenant·es du milieu de l'habitation ou encore désirant entreprendre des interventions pour résoudre les enjeux de logement.

L'intégration de la santé et l'établissement d'une gouvernance favorable à la santé constituent d'importants prérequis pour soutenir l'innovation et la venue de changements politiques significatifs (Tsouros 2013). Ainsi, une large part de l'évaluation des Villes en santé, notamment par l'OMS, se fait sur la base de la gouvernance mise en place (Donchin et al. 2006 ; G. Green 2012). Des transformations significatives doivent être réalisées pour intégrer la santé dans les préoccupations municipales, soutenir la participation de la population et susciter du travail intersectoriel. Sinon, seuls des projets ponctuels et changements politiques incrémentaux adviennent, ce qui est en opposition avec la raison d'être du mouvement (Goumans et Springett 1997). Alors que les changements radicaux remettent en question des structures liées aux inégalités, l'approche incrémentale corrige progressivement certains enjeux tout en améliorant l'efficacité des systèmes, ce qui maintient généralement les sources des problèmes et inégalités de santé.

De plus, les écrits soulignent que les démarches locales prennent plusieurs années à prendre forme et à engendrer les effets escomptés en matière de réduction des inégalités (Heritage et Dooris 2009). Cette expérience fait en sorte que les partenariats et collaborations développés impliquent, par exemple, une plus grande variété d'intervenant·es et l'amélioration des

dispositifs participatifs et délibératifs (Dooris et Heritage 2013 ; Grant 2015 ; G. Green 2012). En principe, les municipalités qui disposent d'une plus longue expérience s'approprient davantage l'approche, apprennent de leurs parcours et de celui des membres de leurs réseaux (de Leeuw, Kickbusch, et al. 2015 ; de Leeuw 2017a). Certaines recherches démontrent que l'appartenance à des réseaux de Villes en santé favorise l'innovation et les échanges avec d'autres municipalités (de Leeuw, Kickbusch, et al. 2015 ; Burris et al. 2007 ; Tsouros 2013). La prochaine section souligne que ces principes et approches ne se concrétisent pas nécessairement au sein des municipalités qui adhèrent au mouvement.

1.2.3 Limites à la mise en œuvre du mouvement des Villes en santé

De nombreux écrits s'intéressent aux moyens déployés par les municipalités pour devenir des Villes en santé. Ceux-ci identifient, par exemple, des domaines d'action pour répondre aux problèmes de santé urbaine et développer des Villes en santé, tels que les jardins communautaires (Harris 2009 ; Lanier, Schumacher et Calvert 2015 ; Twiss et al. 2011), le développement communautaire (Hollinger-Smith 1998), les parcs actifs (Joassart-Marcelli, Wolch et Salim 2011), les marchés alimentaires (Moy 2001) et l'amélioration de l'environnement bâti (Macfarlane, Wood et Campbell 2015). Bien que le logement figure parmi les moyens utilisés dans certains de ces domaines, jusqu'à présent, la place et le rôle de l'habitation dans le mouvement des Villes en santé ne font pas l'objet d'une grande attention dans la littérature. Des chercheur·es soulignent des décalages entre les moyens mis en œuvre par les municipalités avec les approches, principes et orientations abordés dans les sections précédentes. Ces décalages pourraient expliquer la faible attention accordée aux interventions liées à l'habitation au sein du mouvement des Villes en santé.

Décalage sur le plan de la gouvernance établie

La participation des communautés et la collaboration intersectorielle constituent des dimensions clés pour promouvoir la santé. Ces éléments posent toutefois d'importants défis sur le plan de la mise en œuvre (Clavier et O'Neill 2017). Heritage et Dooris (2009) notent que cette participation prend des sens et formes qui varient fortement entre les villes et même les types d'intervenant·es, ce qui, dans certains cas, mène à des inégalités de pouvoir. Certaines recherches indiquent que les résident·es ainsi que les groupes de la société civile peinent à

exercer une influence significative au sein des espaces de participation mis en place pour formuler les politiques associées au développement de Villes en santé. Les dispositifs établis mènent, par exemple, à une participation parcellaire, instrumentale ou symbolique où ces derniers sont brièvement consultés et utilisés principalement pour la mise en œuvre des interventions (Stern et Green 2008 ; Barten et al. 2011 ; Hoeijmakers et al. 2007 ; Werna et al. 1999 ; Wallerstein et al. 2011 ; Strobl et Bruce 2000).

Sur le plan de la collaboration intersectorielle, des écrits indiquent que la gouvernance locale établie tend à reproduire des relations de pouvoir entre les parties prenantes. Elle accorde, par exemple, une position privilégiée et davantage de crédibilité aux élu·es ainsi qu'aux intervenant·es du milieu de la santé et du secteur privé (Barten et al. 2011 ; Hoeijmakers et al. 2007 ; N. Smith et al. 2008 ; Carter 2015 ; P. A. Collins et Hayes 2010). De plus, certaines villes éprouvent des difficultés à développer des coalitions comprenant des représentant·es de divers secteurs pour promouvoir la santé. Cette difficulté est notée, entre autres, dans les villes canadiennes qui sont reconnues pour évoluer dans un contexte où les ressources et les responsabilités sont partagées de façon stricte entre les paliers gouvernementaux et les secteurs d'activité. Pour cette raison, l'approche a parfois été reléguée aux départements de santé publique (Macfarlane, Wood et Campbell 2015). De plus, certains écrits indiquent que les démarches éprouvent des difficultés à établir des coalitions intersectorielles, à intégrer des intervenant·es extérieur·es aux réseaux habituels ou à impliquer les gouvernements tout en leur accordant une place suffisante (Ouellet, Durand et Forget 1994 ; Fortin et al. 1994 ; Lacombe, Lévesque et Poirier 2002 ; Clavier et Gagnon 2013).

Tout comme d'autres approches de planification qui misent sur la participation, plusieurs limites sont notées sur le plan des inégalités entre les parties prenantes, notamment lorsque celles-ci sont construites sans égard aux disparités de pouvoirs, de ressources et de connaissances (voir par exemple: Bourque 2008). Certaines recherches démontrent que les individus qui disposent d'un plus haut niveau de capital politique participent dans une plus grande proportion aux instances et sont en mesure de maîtriser les délibérations (Schugurensky et Myers 2008). En accordant plus de poids à ces intervenant·es, cela marginalise le point de vue, par exemple, de ceux et celles qui représentent le milieu communautaire ou le secteur de l'habitation. Concrètement, ces écarts de représentativités engendrent des interventions décalées par rapport aux besoins des populations (Burriss et al. 2007 ; Adebayo, Musvoto et Adebayo 2013 ; Hoeijmakers et al. 2007).

Certain-es indiquent que la mise en œuvre du mouvement semble s'inscrire dans un contexte de dépolitisation par l'adoption de modes de gouvernance axés sur le consensus et donc évitant les sujets conflictuels (Conner et Easterling 2009 ; Baum 1993). Comme les Villes en santé induisent un impératif collaboratif, les acteurs non gouvernementaux peuvent difficilement employer un registre conflictuel pour faire reconnaître certains enjeux ou solutions évacués ou marginalisés (Barten et al. 2011). Bien que les démarches soient traversées de conflits et de désaccords, ceux-ci sont rarement discutés ou résolus. Ce contexte tend à avantager le statu quo qui, par ailleurs, reproduit les inégalités dans les délibérations (Brassolotto, Raphael et Baldeo 2014 ; N. Smith et al. 2008).

Influence du contexte néolibéral

De plus, plusieurs soulignent que ce mouvement coïncide avec les réformes néolibérales qui transfèrent certaines responsabilités publiques vers l'échelle locale, font la promotion de partenariats publics-privés et introduisent des dynamiques de compétition au sein des communautés pour obtenir des fonds destinés à des projets (Joassart-Marcelli, Wolch et Salim 2011 ; Carter 2015). Dans ce contexte, les collaborations et partenariats avec les organisations communautaires visent surtout à pouvoir déployer des actions à moindre coût. L'étude de Joassart-Marcelli, Wolch et Salim (2011) souligne que l'utilisation des OSBL pour offrir des activités récréatives peut même renforcer les disparités puisque seules les communautés disposant d'un tissu social significatif peuvent conduire à des interventions pour répondre aux besoins locaux.

Certain-es soulignent que ces stratégies s'inscrivent dans un contexte où les villes entrent en compétition les unes avec les autres. Ainsi, certaines municipalités utilisent le discours sur la promotion de la santé pour construire une nouvelle image, améliorer l'attractivité ou même la compétitivité économique de leur ville (Veal 2017 ; McMullan 2002 ; Carter 2015). Ce désir de positionnement est par ailleurs explicité dans la stratégie de Vancouver :

The Healthy City Strategy, once completed, will position Vancouver as a global leader in integrated decision-making, and create a city that has healthier children and families, increased health and wellbeing for vulnerable populations, and livable environments now and in the future. (City of Vancouver 2014, 4)

En outre, des recherches indiquent que les démarches associées aux Villes en santé s'appuient sur des visions dépolitisées de la santé et des discours néolibéraux et paternalistes où la santé constitue une responsabilité individuelle puisqu'elle serait conditionnée par les choix et habitudes de vie (Veal 2017 ; Carter 2015). Ces visions engendrent des politiques pour que les individus puissent prendre le contrôle de leur santé, par exemple, par des mesures et aménagements pour encourager la saine alimentation et l'activité physique. Bien que ces interventions s'avèrent nécessaires, cette lecture étroite de la santé évacue bien d'autres déterminants sociaux comme l'éducation, le revenu, l'emploi et le logement. De plus, cette vision néglige les rapports de pouvoirs liés, par exemple, à la classe, la race, le genre et l'orientation sexuelle, qui structurent l'accès et la qualité des déterminants sociaux de la santé (McMullan 2002 ; Gore et Kothari 2012 ; Newman et al. 2015 ; Carter 2015 ; Boutilier, Cleverly et Labonté 2000). Cette observation est cohérente avec le contexte canadien. Bien que le logement soit reconnu comme un important déterminant social de la santé, ces connaissances peinent à se traduire en interventions concrètes pour promouvoir la santé (Dalton 2009 ; Doyle, Burnside et Scott 1996).

Différents écrits soulignent que la durabilité de ces démarches peut, par ailleurs, être mise en doute. L'intégration de la santé au sein des actions et politiques municipales nécessite du temps, mais surtout un engagement des élu-es. L'appui politique et financier des personnes élues représente en effet un important atout pour mener des initiatives touchant l'ensemble des déterminants sociaux de la santé (Witty 2002). Ainsi, différentes recherches soulignent que les démarches reposent sur des entrepreneur-es sociaux, souvent des personnes élues municipales, qui parviennent à rassembler différents secteurs d'activités qui ont généralement des intérêts divergents vers des projets communs (Duhl 1993 ; Hoeijmakers et al. 2007). Lorsque celles-ci s'y désintéressent ou perdent leur poste, les initiatives Villes en santé peuvent subir d'importants contrecoups (Harpham, Burton et Blue 2001). Au Canada, par exemple, les gouvernements ont du mal à appuyer ce mouvement de manière constante. Des élections, des changements de cultures politiques ou la priorisation d'autres enjeux ont engendré une chute d'intérêt ou encore le retrait des décideur-es des démarches (Lacombe, Lévesque et Poirier 2002 ; Hancock et al. 2017 ; Simard 2007 ; Macfarlane, Wood et Campbell 2015). Un programme fédéral avait été établi en 1988 pour renforcer les capacités des municipalités à agir sur leurs enjeux de santé publique et à intégrer la santé dans leurs processus politiques (Barr et Mucha 2009 ; McMullan 2002 ; Lacombe, Lévesque et Poirier 2002 ; Hancock 2002 ; Hancock et al. 2017 ; Witty 2002). Cependant, ce programme a cessé en 1991, notamment en raison du

contexte politico-économique de la lutte au déficit et du manque de soutien et d'intérêt de la part des élu·es des différents paliers (Witty 2002). Depuis, les gouvernements locaux ont du mal à offrir un appui constant. Le mouvement a continué d'être soutenu par les gouvernements provinciaux ainsi que par des réseaux provinciaux (Hancock et al. 2017 ; McMullan 2002 ; Hancock 2002).

En l'absence d'un soutien politique fort, les démarches pour créer des Villes en santé se retrouvent, bien souvent, entre les mains du milieu communautaire qui doivent trouver un soutien politique et financer leurs projets (McMullan 2002 ; Steedman et Rabinowicz 2006). Depuis le début des années 1990, les restrictions budgétaires ont fortement affecté le financement disponible pour mener ces démarches par le milieu communautaire (Simard 2007 ; Steedman et Rabinowicz 2006). Lorsque les démarches disposent de peu de ressources pour se déployer, celles-ci doivent régulièrement trouver de nouvelles ressources pour survivre. Ce faisant, les communautés orientent leurs interventions vers les déterminants sociaux de la santé demandant moins de ressources ou développent des projets à court terme en fonction des subventions disponibles (Farrant 1994 ; P. A. Collins 2012 ; McMullan 2002). Des pressions sont même exercées directement par les bailleurs de fonds, afin que les démarches atteignent des résultats mesurables à court terme (Berkeley et Springett 2006b). Les interventions se concentrent alors sur l'accès aux soins de santé et les saines habitudes de vie qui visent l'échelle individuelle, mais surtout les conséquences des disparités et non les causes (Meresman et al. 2010 ; Rice et Hancock 2016 ; Newman et al. 2015). Conséquemment, certains déterminants sociaux de la santé sont évacués, tels que le logement. De plus, lorsque les communautés s'empressent de formuler des projets, celles-ci négligent la dimension processuelle de la démarche liée au renforcement des capacités en promotion de la santé et à des changements politiques à long terme (Goumans et Springett 1997).

En somme, ces critiques soulèvent des difficultés à l'adhésion et à la mise en œuvre de la promotion de la santé au sein de l'appareil municipal afin d'agir sur l'ensemble des déterminants sociaux. De plus, les inégalités notées dans les modes de gouvernance établis pour créer des Villes en santé semblent poser des obstacles à la possibilité d'intégrer une pluralité d'intervenant·es et de préoccupations. Ainsi, un doute persiste quant à la capacité de ce mouvement à soutenir le développement de mesures en matière de logement.

Au terme de cette revue des écrits, il importe de dégager des perspectives communes aux études sur le *care* et les Villes en santé qui sont le point de départ de cette recherche. Premièrement, ces deux ensembles d'écrits s'appuient sur une vision holistique des facteurs requis pour assurer le bien-être et la santé des individus et collectivités. Selon cette vision, les soins de santé ne sont qu'une partie des relations de *care* ou encore des déterminants sociaux de la santé. Deuxièmement, ces deux champs portent un intérêt au logement qui soutient les relations et les capacités de *care* ou encore constitue un important déterminant et milieu de vie pour la promotion de la santé. Ce faisant, les interventions en matière d'habitation, notamment l'amélioration de l'offre de logements sociaux, constituent un domaine à investir pour développer une Ville en santé, mais aussi contribuer à résoudre la persistante crise du *care*. Tel que soulevé dans la dernière partie, le système d'habitation des grandes villes canadienne connaît une importante pénurie de logements locatifs abordables qui affecte particulièrement les familles monoparentales, dont environ 80 % ont une femme comme cheffe de ménage (Statistique Canada 2016a). En principe, l'adhésion au mouvement des Villes en santé devraient entraîner des changements politiques pour remédier à cette crise du logement qui approfondit les inégalités de santé et la crise du *care*. La prochaine et dernière section de ce chapitre expose la problématique qui croise les mêmes thèmes. Il est question des impacts de la crise du logement sur la santé et les capacités de *care* des femmes cheffes de familles monoparentales. Les difficultés qu'éprouvent les organisations à y répondre sont également relatées. Le potentiel du mouvement des Villes en santé et des éthiques du *care* pour favoriser la création de programmes de logements sociaux pour ces familles est ensuite présenté.

1.3 Conclusion et problématique de recherche

1.3.1 Les femmes cheffes de familles monoparentales et la crise du logement

Les quartiers centraux de nombreuses villes nord-américaines ont été désinvestis, notamment par les familles ouvrières et de classe moyenne qui s'établissaient dans les nouvelles banlieues développées après la Deuxième Guerre mondiale (Séguin 1989). Les femmes cheffes de familles monoparentales sont nombreuses à être restées ou s'être établies dans les quartiers centraux après une rupture, entre autres, puisque ceux-ci comptaient des logements locatifs abordables. De plus, les centres-villes sont des pôles d'emplois et donnent accès à un ensemble de services pouvant faciliter l'articulation des temps dédiés au travail, à la famille, aux

études et à la vie personnelle (Rose 1984). À compter des années 1970, la possibilité de demeurer en ville a été ébranlée par le réinvestissement des quartiers centraux par des populations mieux nanties et l'arrivée du régime de copropriétés permettant d'acheter un appartement (Suttor 2016). Dans cette mouvance, des immeubles où logeaient des locataires ont été repris pour être convertis et revendus en maisons unifamiliales ou encore en condominiums, ce qui a évincé plusieurs locataires de longue date (Walks et Maaranen 2008). De plus, le gouvernement fédéral a mis fin aux incitatifs pour la construction d'immeubles locatifs. Depuis, le parc locatif s'est peu renouvelé et a été dilué par les condominiums (Suttor 2016 ; Adamo et al. 2016).

Le développement immobilier par la construction de condominiums est devenu un important moteur de croissance économique et démographique des villes (Madden et Marcuse 2016 ; Rosen et Walks 2015, 2013). De plus, dans un contexte de mondialisation néolibérale, des politiques visant la dérégulation, la financiarisation et la globalisation des échanges sur le marché immobilier ont été adoptées, ce qui a contribué à une dynamique de marchandisation. Le rôle premier du logement n'est plus d'habiter, mais de constituer un véhicule permettant aux individus et aux corporations d'engranger des profits et d'accumuler du capital (Rolnik 2014 ; Pattillo 2013 ; Madden et Marcuse 2016). En ce sens, les investisseurs de l'étranger prennent une place croissante dans les projets de condominium, ce qui est un des importants facteurs créant une pression sur le prix (Simo et Xiao 2019). En plus de contribuer à la marchandisation, l'arrivée des plateformes de locations à court terme réduit l'offre de logements locatifs. Wachsmuth et al. (2017) indiquent qu'Airbnb retire plus de 13 700 unités du marché locatif à Montréal, Toronto et Vancouver, notamment dans les quartiers centraux situés à proximité des services de transport en commun.

La combinaison de ces tendances alimente une pénurie de logements locatifs abordables. Cette pénurie est illustrée par les taux d'inoccupation qui se retrouvent ponctuellement ou continuellement sous le seuil d'équilibre de 3 % à Montréal, Toronto et Vancouver⁵ (SCHL 2020b). Ce manque se dessine de façon plus criante pour les grands logements, les loyers abordables pour un ménage à faible revenu et dans certains secteurs de ces villes (SCHL 2020b). Cette pénurie complique la possibilité de s'établir ou de rester dans les quartiers

⁵ Bien que le taux d'inoccupation aille au-delà du seuil de 3 % à l'échelle de ces villes, la crise demeure généralement pour un ensemble de quartiers et types de logement. Cette pénurie affecte principalement les ménages ayant besoin de logements accessibles et adaptables pour une personne ayant des limitations de mobilité, abordable pour un ménage à faible revenu ou encore de taille suffisante pour une famille.

centraux, notamment pour les femmes cheffes de familles monoparentales qui constituent une population en croissance et très hétérogène. Plusieurs ont vu leur situation économique s'améliorer au cours des dernières décennies. Cependant, celles qui sont Autochtones, issues de l'immigration ou en situation de handicap demeurent plus fréquemment locataires et à faible revenu. Elles sont donc davantage affectées par la pénurie de logements qui leur sont abordables (Lessa 2006 ; SCHL 2020b ; Statistique Canada 2017). De plus, elles sont susceptibles de subir de la discrimination à la location (Lauster et Easterbrook 2011 ; Novac et al. 2002).

Les impacts de la crise du logement sont souvent invisibles puisque les répercussions se déploient à huis clos (Jupp et al. 2019). Pour diverses raisons, dont la peur d'un signalement aux services de protection de la jeunesse, certaines mères évitent les ressources d'aide et d'hébergement (Walsh et al. 2014 ; Bellot et Rivard 2017). Ces dernières habitent ou confient leurs enfants à des ami·es ou de la famille ou encore logent dans des motels (Walsh et al. 2014). D'autres se sentent contraintes de rester dans un logement qui compromet leur sécurité. Celles-ci subissent, par exemple, de la violence conjugale ou du harcèlement sexuel de la part du Propriétaire ou gestionnaire qui tire avantage de leur précarité (Jategaonkar et Ponc 2011 ; Balos 2004 ; Maxwell 2006 ; Tester 2007 ; Short 2007). Plusieurs se tournent vers des loyers qui leur sont inabordables. Pour y demeurer, elles travaillent davantage, s'endettent et limitent leurs autres dépenses (ex. : alimentation, transport et éducation). Enfin, d'autres habitent des logements plus éloignés des services, plus petits ou moins bien entretenus (Jategaonkar et Ponc 2011 ; Milaney et al. 2019). Ces situations expliquent qu'entre le tiers et la moitié des familles monoparentales dirigées par une femme locataire à Montréal, Toronto et Vancouver éprouvent des besoins impérieux en matière de logement (SCHL 2020b). Un ménage éprouve des besoins impérieux s'il habite, d'une part, un logement qui lui est inabordable (les coûts représentent plus de 30 % du revenu du ménage), dont la taille est insuffisante ou qui a besoin de réparations majeures. Les besoins sont impérieux, d'autre part, si le niveau de revenu est insuffisant pour pouvoir déménager dans un logement adéquat dans sa localité. En 2016, le nombre de familles monoparentales dirigées par une femme locataire éprouvant des besoins impérieux en matière de logement s'établissait à 14 280 familles à Montréal (30,8 %), 34 665 à Toronto (55,8 %) et 3890 à Vancouver (48 %). Ce taux est bien plus élevé que pour l'ensemble des ménages qui s'établit à 12,8% (SCHL 2020b). Ces familles sont à risque d'itinérance.

En empruntant ces stratégies, ces familles ne sont pas nécessairement sans abris, mais plutôt sans domicile sûr, adéquat et stable. Ces difficultés ont d'importants impacts puisque le logement est une infrastructure qui structure l'organisation du *care* (E. R. Power et Mee 2019). L'inabordabilité affecte, par exemple, l'accès à des ressources suffisantes pour l'alimentation, les médicaments et les services de garde. Cela a également un impact sur leur temps et énergie pour les relations de *care* entre les membres du ménage (E. R. Power 2019). L'insalubrité, le manque d'entretien, la surpopulation, l'inadaptation et l'éloignement des services empêchent de se sentir chez soi, de développer un sentiment d'appartenance et de s'inscrire dans un réseau de soutien (E. R. Power 2019 ; E. R. Power et Mee 2019 ; Bowlby 2019). Ces éléments affectent grandement les capacités et les possibilités d'offrir et de recevoir du *care* au sein et à l'extérieur du domicile.

D'ailleurs, ces problèmes de logement ou l'instabilité résidentielle exposent ces familles à d'importants niveaux de stress, d'isolement, de violence et de mauvaises conditions d'habitation qui ont des impacts sur la santé mentale et physique. Chez les enfants, cela crée ou exacerbe des maladies respiratoires chroniques, des difficultés de développement et des troubles d'attachement chez les enfants. Chez les mères, il est notamment question de dépression ou de syndrome post-traumatique (Jategaonkar et Ponik 2011 ; Tischler, Rademeyer et Vostanis 2007). Les femmes à l'intersection de plusieurs systèmes de domination comme le capacitisme, le racisme et le colonialisme sont plus fréquemment sujettes à ces violences et aux autres difficultés de logement (Tester 2008, 2007 ; Elengold 2015 ; Lindemyer 2000). À l'échelle sociale, ces difficultés alimentées par la pénurie de logements contribuent aux inégalités de santé et à approfondir les déficits de *care*.

Bien que certaines évitent les ressources d'aide, d'autres peinent à y accéder faute de place. Depuis 2008, les familles sont plus nombreuses à avoir recours aux ressources d'hébergement d'urgence et de transition en itinérance ou en violence conjugale. Leurs séjours sont généralement plus longs, notamment en raison des difficultés à trouver un logement dans leur communauté et de la discrimination à leur endroit (Barata et Stewart 2010 ; Jategaonkar et Ponik 2011 ; Lapidus 2002 ; O'Campo et al. 2016). Ainsi, ces ressources sont régulièrement au maximum de leur capacité (Gaetz et al. 2016 ; Maki 2019 ; Milaney et al. 2019). Les intervenant-es du milieu parlent d'un engorgement des ressources d'hébergement alimenté par une pénurie de logements abordables qui affecte leur possibilité d'aider les femmes à retrouver une stabilité résidentielle (Whitzman et Desroches 2022). Chaque jour, de nombreuses

ressources d'urgence refusent des femmes et des familles faute de place. Celles-ci se tournent alors vers des proches ou un autre refuge, retournent dans un ménage violent ou n'ont nulle part où aller (Schwan et al. 2020). Par conséquent, elles vivent dans une situation d'itinérance qui est généralement invisible. La pénurie de logements locatifs abordables affecte donc les capacités de *care* des ressources d'aide et d'hébergement dédiées à ces femmes et familles.

L'accès à un logement abordable constitue une importante solution pour retrouver une stabilité résidentielle. Cependant, différentes recherches soulignent que l'accès à un logement abordable est souvent insuffisant pour les familles monoparentales. Les programmes qui intègrent un ensemble de services qui reflètent la complexité des besoins, et ce, en reconnaissant les traumatismes et les déterminants sociaux de la santé affectés par la violence et l'instabilité résidentielle ont davantage de retombées (Milaney et al. 2019 ; O'Campo et al. 2016). Ces services concernent principalement une garderie, une aide en employabilité ou pour la réalisation d'études, des soins de santé ainsi que des conseils et de l'accompagnement juridiques pour l'immigration ou une séparation (Milaney et al. 2019 ; Walsh et al. 2014 ; Milaney et al. 2017 ; Callaghan et al. 2002 ; Jategaonkar et Ponik 2011 ; Tischler, Rademeyer et Vostanis 2007). Les programmes de logement avec soutien communautaire qui font cette intégration permettent d'accroître la stabilité résidentielle des femmes cheffes de familles monoparentales. Ils améliorent également leur bien-être, favorisent des retours aux études et l'accès à l'emploi et luttent contre la pauvreté (Doyle, Burnside et Scott 1996 ; Bassuk et Geller 2006 ; Sanchez, Turcotte et Boucher 2013 ; Tremblay et al. 2009 ; Lenz-Rashid 2017).

Au Canada, plusieurs organisations ont créé de telles solutions holistiques pour ces familles (Klodawsky 2009 ; Tremblay et al. 2009 ; Wekerle 1993). Toutefois, le manque de soutien des programmes publics freine la possibilité d'élargir l'offre de tels programmes. Comme souligné dans la revue des écrits, les politiques néolibérales ont eu d'importants impacts dans le domaine de l'habitation. Elles ont plus précisément réduit les investissements pour le logement social et réorienté les interventions autour de l'abordabilité au prix du marché et d'aide au paiement du loyer dans des logements privés. Certaines aides ont été revues afin qu'elles soient temporaires et ciblées, notamment pour la lutte à l'itinérance chronique. Ces mesures peinent à avoir des impacts sur les listes d'attente pour une place en logement social où les femmes sont surreprésentées (Adamo et al. 2016 ; Gurstein, LaRocque et MacDonald 2018). À Toronto, près de 10 000 ménages se sont ajoutés à la liste d'attente entre 2017 et 2019 (City of Toronto 2020). À Montréal, les 22 000 ménages en attente excèdent la taille du parc de HLM.

Un important problème réside dans le fait que ces nouvelles orientations ne répondent pas aux besoins des femmes cheffes de familles monoparentales. L'abordabilité selon le prix du marché est inadaptée à leur revenu qui représente environ la moitié de celui de familles biparentales. À Vancouver, par exemple, le loyer moyen d'un logement comportant au moins trois chambres en 2016 était de 2105 \$, ce qui représente 48 % du revenu moyen des familles monoparentales (SCHL 2020b). En outre, les mesures, qui ciblent l'itinérance chronique, rejoignent peu les femmes et les familles qui évitent les espaces publics et ressources en itinérance (MacLeod, Worton et Nelson 2017 ; Stanhope et Dunn 2011). De plus, ces réorientations réduisent les fonds publics disponibles et dévalorisent certaines interventions comme le logement social (Klodawsky 2009 ; MacLeod, Worton et Nelson 2017). Enfin, très peu de terrains sont disponibles et ceux-ci sont de plus en plus chers en raison de la spéculation foncière. Cela pose des obstacles supplémentaires à la construction de logements abordables pour les familles (Callaghan et al. 2002). Considérant les impacts de cette pénurie de logements sur les inégalités de santé et les déficits de *care*, il est donc important de cerner et comprendre les facteurs qui permettent de dépasser ces obstacles.

1.3.2 Le rôle des Villes en santé et de l'éthique du *care* pour améliorer l'offre de logements sociaux avec soutien communautaire

Le fonctionnement actuel du système d'habitation canadien porte préjudice aux femmes cheffes de familles monoparentales. La pénurie de logements locatifs abordables alimente d'importantes difficultés chez ces familles et engorge les ressources d'hébergement d'urgence, ce qui exacerbe les déficits de *care* et les inégalités de santé. Les programmes de logements sociaux avec soutien communautaire sont reconnus en tant que solution pour prévenir l'itinérance et répondre aux besoins de ces femmes et familles. Des communautés se mobilisent, développent des partenariats et trouvent les ressources nécessaires pour créer de tels programmes afin de compléter leur continuum de *care* destiné à ces femmes et familles. Ce continuum comprend, bien souvent, un ensemble de services résidentiels qui offrent divers niveaux de soutien pour leur permettre d'atteindre et de maintenir leur stabilité résidentielle (Whitzman et Desroches 2022). En raison notamment des nouvelles orientations des politiques de logement et de lutte à l'itinérance, les quelques nouveaux programmes peinent à répondre aux besoins. Cette situation touche des milliers de familles à travers le pays. Il est urgent d'identifier des moyens pour faciliter la création de nouveaux programmes de logement. Les

responsabilités en matière de logement et de lutte à l'itinérance sont déléguées de plus en plus vers le palier municipal (Suttor 2016). Il apparaît opportun d'interroger le potentiel des approches déployées par les villes pour appuyer les communautés désirant améliorer l'offre de logements sociaux. Le mouvement des Villes en santé vise à susciter l'adoption de mesures concrètes touchant les déterminants sociaux de la santé pour réduire les inégalités de santé. Il pourrait donc s'agir d'un terreau fertile pour que les intervenant·es accordent une attention à ces besoins de logement, mais aussi travaillent ensemble à y répondre localement.

Comme les écrits sur les Villes en santé abordent majoritairement les interventions sur les saines habitudes de vie et l'aménagement du territoire, très peu de recherches traitent de front les actions touchant l'habitation. Cela constitue un angle mort qui mériterait d'être approfondi puisque ces difficultés de logement creusent les inégalités de santé. Cette revue des écrits a exposé plusieurs écueils associés à la mise en œuvre du mouvement des Villes en santé. Celles-ci mettent en doute son potentiel pour soutenir la venue d'interventions comme la création de nouveaux logements sociaux. Néanmoins, les écrits existants semblent actuellement insuffisants pour généraliser ces constats à l'ensemble du Canada. En effet, la plupart des écueils ont été recensés dans des recherches qui s'étaient penchées sur quelques expériences locales au cours des années 1990 et 2000. Étant donné que les moyens employés par les municipalités pour promouvoir la santé évoluent sans cesse, il n'est pas sûr que ces dynamiques persistent avec les nombreux changements de gouvernement. Puisqu'il n'y a pas d'orientations communes et d'évaluation systématique et structurée des démarches comme en Europe, chaque communauté porte sa propre approche fortement influencée par son contexte local (Hancock et al. 2017). Il est donc peu probable que ces limites affectent l'ensemble du mouvement au Canada. Dès lors, les écrits existants sur l'expérience canadienne ne permettent pas de vérifier si ces décalages entre les principes et leur mise en œuvre demeurent d'actualité. Surtout, il n'est pas assuré que celles-ci soutiennent le déploiement d'interventions en matière de logement.

Cette revue des écrits a présenté certaines recherches où le *care* a constitué une éthique qui incite les communautés à surmonter différents obstacles. Les éthiques du *care* ont, par exemple, permis de diverger des idées néolibérales par rapport au logement social, au soutien envers les familles, aux modes de gestion des organisations et aux coupures dans les services publics. Jusqu'à maintenant, la littérature sur le *care* n'a pas encore traité du mouvement des Villes en santé. Quelques chercheur·es mobilisent la notion de *care* pour décrire les intentions

et les actions des municipalités et communautés (Macfarlane, Wood et Campbell 2015 ; Steedman et Rabinowicz 2006). De plus, certains objectifs formulés par des réseaux régionaux incluent la prise en charge du *care*. Par exemple, la Déclaration de Zagreb pour des Villes en santé (WHO Europe 2009) inclut le thème « creating caring and supportive environments ». L'objectif est que les municipalités s'engagent à concevoir des espaces inclusifs, solidaires, soucieux et sensibles aux besoins et aux aspirations de tous les citoyen·nes. Le *care* est ici le résultat d'interventions municipales sur les déterminants sociaux de la santé et non une éthique adoptée par les intervenant·es.

Les recherches sur les Villes en santé au Canada se sont, jusqu'à maintenant, concentrées sur les engagements municipaux et certaines retombées. Il apparaît donc crucial de s'attarder aux processus politiques associés aux Villes en santé au Canada. Envisager ces processus par le *care* pourrait renforcer les connaissances sur la mise en œuvre de ce mouvement. Cet angle contribuerait également aux études sur le *care* qui ne se sont pas encore intéressées aux processus politiques liés à la construction d'espaces comme des logements sociaux. De plus, une large part des recherches documentent des cas aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie. Ainsi, l'objectif général de cette thèse est de comprendre quels sont les liens entre les stratégies pour développer des Villes en santé, le *care* et le logement social. Le *care* peut-il constituer une éthique alternative aux normes néolibérales qui freinent le développement de nouveaux logements sociaux et de Villes en santé ? Les initiatives associées aux Villes en santé soutiennent-elles la création de nouveaux logements sociaux ainsi que des coalitions qui s'appuient sur une éthique du *care* ? Comment les nouveaux logements sociaux contribuent-ils à développer des Villes en santé et à résoudre les déficits de *care* au sein des communautés ?

Comme souligné dans cette dernière partie, les difficultés de logement vécues par les femmes cheffes de familles monoparentales creusent actuellement les inégalités de santé et contribuent à d'importants déficits de *care*. En principe, les stratégies pour développer des Villes en santé devraient inciter les intervenant·es de divers secteurs d'activités à se soucier des besoins de logement éprouvés par des familles et à chercher à y répondre. La littérature démontre que le logement social constitue un instrument d'action publique pour renforcer les capacités et ressources pour le *care*. De plus, le logement social avec soutien communautaire constitue une importante solution pour répondre aux besoins et réalités des femmes cheffes de familles monoparentales en situation ou à risque d'itinérance dans les grandes villes canadiennes. Ainsi, cette thèse s'articule autour de la question de recherche suivante : comment l'adhésion au

mouvement des Villes en santé appuie-t-elle la création de logements sociaux pour promouvoir la santé et résoudre les déficits de *care* au sein des communautés ?

Au Canada, la participation des groupes de la société civile est un des traits distinctifs du mouvement des Villes en santé (Steedman et Rabinowicz 2006). Ces représentant·es communautaires sont souvent présenté·es comme des victimes passives des politiques néolibérales ou qui, involontairement, adoptent des discours et pratiques empreints de ces normes. Comme d'autres qui s'intéressent à l'engagement des communautés (M. J. Williams 2016, 2017, 2020 ; E. R. Power et Bergan 2018 ; Staeheli 2003 ; Emejulu et Bassel 2018), cette recherche part de l'idée que le *care* constitue une éthique alternative permettant de surmonter les influences de l'économie politique néolibérale. Ainsi, cette thèse défend l'hypothèse suivante : les stratégies associées au mouvement des Villes en santé peuvent soutenir le développement de nouveaux programmes de logements à condition que les processus mis en œuvre soient ancrés dans une éthique du *care*. Ce faisant, cette recherche emploie l'éthique du *care* comme lentille critique pour analyser l'influence du mouvement des Villes en santé sur les processus mis en œuvre pour créer de nouveaux programmes de logements sociaux avec soutien communautaire et leur contribution aux efforts de promotion de la santé. Le prochain chapitre présente et justifie la démarche méthodologique pour répondre à la question de recherche et mettre à l'épreuve l'hypothèse.

CHAPITRE 2 : DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

Ce second chapitre présente et justifie la démarche méthodologique associée à cette recherche qui croise les Villes en santé, le *care* et le logement social à Montréal, Toronto et Vancouver. La première partie trace les grandes orientations de cette recherche. Dans un premier temps, les motivations sous-jacentes à cette thèse liées à ma position de chercheuse engagée sur le plan social et politique sont exposées. À partir de ces éléments, il est possible d'inscrire cette recherche dans le champ des études urbaines et des études féministes tout en dégagant certaines contributions sociales et théoriques. Dans un second temps, les concepts associés à la question et l'hypothèse de recherche sont posés et définis. Ensuite, le cadre opératoire est introduit par les quatre objectifs spécifiques.

Dans la seconde partie, la stratégie de vérification est présentée et justifiée. Il est question du recours à la comparaison de processus politiques associés à la création des programmes de logements sociaux. L'éthique du *care* féministe ainsi que des approches heuristiques employées pour structurer la collecte et l'analyse des données associées aux processus politiques sont également exposées. Le recours à une comparaison interprovinciale et le choix de Montréal, Toronto et Vancouver comme terrain d'étude sont ensuite justifiés. Cette justification est suivie d'une exposition de certains enjeux et réalités liées au logement caractérisant ces trois villes ainsi que leur adhésion respective au mouvement des Villes en santé. Après avoir expliqué les critères de sélection, les trois programmes de logements sociaux retenus sont présentés en insistant sur les organismes mandataires, le contexte de création et les caractéristiques des programmes.

La troisième partie s'attarde à la collecte, au traitement et à l'analyse des données. En premier lieu, les outils de collecte de données sont présentés, à savoir la carte mentale, l'entretien semi-dirigé et l'analyse documentaire. En second lieu, la collecte de données est abordée par la population à l'étude et un bref retour d'expérience sur les entretiens est réalisé. À la lumière de l'influence de ma position sociale et engagée, des enjeux éthiques et des précautions pour assurer la validité des informations assemblées sont expliqués. Une brève discussion sur la mise en commun des informations ainsi que l'analyse et la présentation des résultats conclut ce chapitre.

2.1 Orientations de la recherche

2.1.1 Des questions politiques qui motivent et orientent la recherche

Position engagée et retombées attendues

Mon intérêt à lier le mouvement des Villes en santé, le *care* avec les politiques en matière d'habitation s'inscrit en continuité avec mes engagements comme militante, chercheuse et travailleuse. En effet, depuis plus de huit ans, je suis impliquée au sein d'organisations qui sont à l'œuvre pour sensibiliser la population et les pouvoirs publics et pour agir concrètement afin que les femmes accèdent à des logements adéquats, abordables, adaptés et sécuritaires à Montréal. Je fais partie d'un comité de travail portant sur le harcèlement et les violences sexuelles vécues par les locataires et chambreuses au Centre d'éducation et d'action des femmes. Je siège également sur le conseil d'administration du Réseau habitation femmes/La Chrysalide qui développe et offre des logements sociaux pour des femmes seules ou cheffes de familles monoparentales à risque d'itinérance à Montréal. Je suis par ailleurs actuellement impliquée dans la création d'un projet de logement avec elles. En tant que chercheuse féministe, je mène et collabore à des recherches visant à influencer les politiques et programmes publics : un état des lieux sur les enjeux d'habitation vécus par les Montréalaises (TGFM 2021, 2019), un avis sur les femmes en situation de handicap et le logement à Montréal (Conseil des Montréalaises 2019) et une recherche sur les pratiques organisationnelles des OSBL d'habitation pour femmes (Whitzman et Desroches 2020, 2022). Enfin, en tant que travailleuse du milieu communautaire, je suis actuellement responsable du projet femmes et rapport à la ville à la Table des groupes de femmes de Montréal. Ce projet vise à identifier avec les groupes de femmes montréalais un ensemble de changements à apporter pour rendre la ville plus inclusive et adaptée aux besoins et aux intérêts des femmes dans toute leur diversité. Comme le logement représente une importante préoccupation, une large part de mon travail y est consacrée.

Ces expériences dans le milieu communautaire et de la recherche m'amènent à interagir avec un ensemble de femmes qui ont vécu d'importantes difficultés de logement ou encore des épisodes d'itinérance. Ce contact direct me permet de comprendre comment les oppressions basées, entre autres, sur le genre, la classe, la race, les capacités, l'âge, la sexualité et la

religion interagissent de façon à bafouer leur droit à un logement sécuritaire et convenable. Pour plusieurs d'entre elles, l'accès à un appartement subventionné avec le soutien communautaire offert leur permet de quitter un contexte de violence, de (re)trouver un chez-soi, de développer un nouveau réseau et d'être en mesure de reprendre du pouvoir sur leur vie. Comme les locataires atteignent une stabilité résidentielle, peu de places se libèrent, ce qui crée un engorgement dans ces logements sociaux. Cet engorgement m'amène à constater l'intérêt croissant chez les groupes de femmes, en particulier à Montréal, pour le développement de nouveaux logements sociaux afin de mieux répondre aux besoins de leurs membres et usagères. Malgré cette motivation, la plupart de ces groupes ne disposent pas suffisamment de ressources humaines et financières pour s'y investir. De plus, en raison des difficultés associées au développement de nouveaux projets, certains groupes sont réticents à répéter l'expérience. Ces constats pratiques sont à la base des motivations à réaliser cette thèse, ce qui s'inscrit en continuité avec les postures épistémologiques des études urbaines.

Aux États-Unis, les études urbaines se sont consolidées autour de l'idée de développer des connaissances afin de répondre à la crise urbaine qui a généré d'importantes inégalités durant la deuxième moitié du 20^e siècle (Beauregard 2010). Bien que la crise urbaine n'ait pas eu la même portée au Québec, les équipes de recherche demeurent influencées notamment par les travaux étatsuniens (Breux et al. 2015). De façon générale, les apports théoriques des études urbaines ne cherchent pas uniquement à théoriser et à décrire les inégalités, mais à comprendre comment les dynamiques et la conception de l'espace des villes y contribuent. En fait, les études urbaines se distinguent, dans une certaine mesure, par le fait qu'elles sont motivées par un certain militantisme ou du moins un engagement à servir la collectivité (W. M. Bowen, Dunn et Kasdan 2010 ; Bacqué et Gauthier 2011). Ces recherches visent, entre autres, à informer des interventions publiques, et ce, dans le but de favoriser le changement social. Dans mon cas, cette thèse n'est pas qu'un travail théorique. Il s'agit d'une recherche qui s'inscrit en continuité avec mes engagements pour que les femmes accèdent à des logements qui soient abordables, convenables et sécuritaires.

En ce sens, cette thèse entend étudier des expériences qui ont surmonté les obstacles pour améliorer l'offre de logements sociaux, et ce, pour dégager des pratiques innovantes et des recommandations politiques. L'idée est d'également comprendre comment le mouvement des Villes en santé peut appuyer ou créer un contexte favorable à la création de tels programmes. Ce lien est particulièrement indiqué dans le contexte de la crise sanitaire associée à la COVID-

19 qui devrait inciter les gouvernements à intégrer les questions de santé dans leurs politiques. La mise en relief des liens entre le logement social et le *care* pour créer et maintenir une Ville en santé pourrait, d'une part, contribuer à ce que ce mouvement élargisse son spectre d'action qui est souvent autour des saines habitudes de vie, et d'autre part, à ce que ces stratégies municipales en promotion de la santé soutiennent davantage le *care* au sein des villes.

Cette thèse s'inscrit au sein de deux champs qui dominent les études urbaines au Québec, à savoir la gouvernance des villes ainsi que les modes de transformation de celles-ci (Cloutier, Collin et Poitras 2011). Cette recherche s'inscrit plus spécifiquement dans le sillage des études qui s'intéressent et théorisent le virage participatif qui permet à une pluralité d'intervenant·es de forger l'action publique. Ces écrits s'inscrivent souvent dans deux tendances opposées avec d'un côté les « idéalistes » qui y voient un potentiel de renouvellement démocratique et de l'autre côté, les « ultra-critiques » qui ne voient qu'une reproduction du monde actuel inégal (Blondiaux 2008). Cette opposition est également présente dans les écrits sur le logement social. Certain·es associent le virage à une logique néolibérale de privatisation et de désengagement de l'État qui ralentit le nombre de nouvelles unités (Carroll et Jones 2000 ; Hackworth et Moriah 2006 ; Suttor 2016 ; Klein et Copas 2010 ; Vakili-Zad 1996). D'autres y voient plutôt un contexte de dévolution propice à l'innovation (Bouchard, Frohn et Morin 2010 ; Dansereau et Aubrée 2005 ; Whitzman 2018b ; Wekerle 1993). Ces deux perspectives sont résolument cruciales pour comprendre le logement social au Canada. Cependant, plusieurs angles morts sont inexplorés, notamment sur le plan de l'échelle d'analyse. Comme ces travaux s'intéressent surtout aux actions et inactions gouvernementales, les processus associés à la création de nouveaux logements sociaux demeurent dans l'ombre. En effet, très peu de recherches s'attardent aux origines des nouveaux programmes ou encore approfondissent les démarches à l'échelle communautaire pour élargir et entretenir le parc de logements sociaux. Bien souvent, ces démarches sont associées à du travail technique qui traduit des investissements en unités selon un certain rythme de production.

Mon implication communautaire m'amène à vouloir effectuer une lecture plus qualitative et nuancée de l'engagement dans le développement de logements sociaux. J'ai le privilège de côtoyer des pionnières du milieu de l'habitation à Montréal. Ces dernières me font cerner les dimensions politiques, les tensions et les choix parfois déchirants associés au développement et à la gestion du logement social pour les femmes dans un contexte néolibéral où les ressources sont limitées. Ainsi, je crois qu'il s'avère important d'étudier ces démarches pour rendre compte

de ces expériences tout en saisissant les apports et limites de cette participation des intervenant-es communautaires à l'action publique. Cette recherche s'inscrit donc en continuité avec les travaux en études urbaines et en santé publique qui tentent de dépasser l'opposition entre les idéalistes et les ultra-critiques qui, bien souvent, restent dans des termes théoriques (Mykhalovskiy et al. 2019 ; Bacqué et Gauthier 2011). Ces travaux empiriques, comme celui-ci, tentent de réaliser des analyses critiques et constructives. Cela permet de souligner les difficultés de la mise en œuvre de ce virage tout comme les conditions qui permettent de concrétiser de nouvelles façons de faire la ville afin d'identifier des changements à apporter. Cette analyse critique est structurée par l'éthique du *care* féministe qui découle également de ma position engagée et inscrit ma recherche dans les études féministes.

Analyse critique par l'éthique du care féministe

Dans des sociétés traversées par des inégalités socioculturelles, économiques et politiques, certaines populations se retrouvent en situation d'autorité dans la production de connaissance. Dans ce contexte, les recherches s'intéressent alors aux réalités des populations dominantes, puis l'interprétation du monde et des faits sociaux se voit influencée par des préjugés idéologiques (Chung 2018). Ces connaissances tendent donc à reproduire ces inégalités. Par opposition, les études féministes se distinguent des approches classiques en constituant un projet sociopolitique visant à produire des connaissances utiles pour enrayer les inégalités liées notamment aux rapports de genre (Ollivier et Tremblay 2000 ; Ramazanoglu et Holland 2002). Comme énoncé précédemment, cette recherche vise à dégager des pistes d'action pour soutenir l'amélioration de l'offre de logements pour répondre aux besoins des milliers de femmes et de familles en situation ou à risque d'itinérance. Ces programmes représentent donc un des moyens qui permettent d'atténuer les inégalités qui s'inscrivent dans le système d'habitation dominé par des logiques marchandes.

Les études féministes sont également un projet scientifique qui se démarque sur le plan des approches pour l'élaboration de connaissances. De nombreuses recherches en études féministes tentent de dépasser les approches traditionnelles qui ont historiquement engendré des savoirs androcentriques en ignorant les réalités vécues par les femmes comme le *care* au nom de la recherche de l'universel (Ollivier et Tremblay 2000). Ainsi, différentes autrices, dont Parker (2016), soulignent que les villes sont généralement construites, gouvernées, étudiées et

représentées par des approches positivistes qui tendent à renforcer les inégalités basées notamment sur le genre, la race et les autres rapports de pouvoir. Ces perspectives dominantes dans les études urbaines expliquent que d'importants enjeux et thèmes demeurent inexplorés comme la place du *care* dans le mouvement des Villes en santé ou la création des logements sociaux. En cohérence avec mes valeurs, cette thèse s'appuie sur les éthiques du *care* féministes.

En tant que lentille théorique, ces éthiques portent une attention aux diverses formes de *care* qui, bien souvent, sont passées sous silence puisqu'elles sont dévalorisées ou participent de pratiques banales invisibilisées (Tronto 2013 ; M. J. Williams 2017 ; Barnes 2012). Cette attention accordée au *care* permet de démontrer le rôle qu'il occupe pour permettre aux individus de bien vivre et rendre la société possible. Cependant, cette éthique féministe va au-delà de la description et d'une glorification du *care*. Comme le souligne Puig de la Bellacasa (2017), « [t]o *care* can feel good; it can also feel awful. It can do good; it can oppress. ». (p.1). Cette éthique féministe implique donc de déconstruire le *care*. Cela demande, entre autres, de s'attarder aux facteurs qui encouragent certains individus à prendre la responsabilité de l'offrir et de le soutenir alors que d'autres s'en exemptent (Puig de la Bellacasa 2017 ; Tronto 2013). Cette lentille porte aussi une attention aux façons dont le *care* s'inscrit dans un contexte injuste. Cela implique de diriger l'attention vers les relations de domination, de négligence et d'exclusion liées au *care* qui alimentent des inégalités fondées sur le genre, la race, les capacités, la classe et l'âge (Held 2006 ; Imrie et Kullman 2016 ; Puig de la Bellacasa 2017 ; Tronto 2013).

Dans l'analyse des politiques publiques, cette éthique féministe amène à examiner la place des attitudes et considérations liées au *care* dans les délibérations, mais également l'influence des politiques sur le maintien et la protection de ces relations (Hankivsky 2005 ; Barnes 2012 ; Stensöta 2015). Dans un contexte néolibéral, les espaces, les relations et les modalités du *care* se transforment. L'éthique du *care* féministe demande d'aller au-delà de critiques simplistes qui qualifient des interventions spécifiques de bonnes ou mauvaises. Au contraire, il est crucial d'embrasser la complexité afin de comprendre les tensions et les contradictions qui affectent à la fois l'offre et la réception du *care* (Held 2006 ; Puig de la Bellacasa 2017). Cette analyse critique exige de déconstruire le *care*. Pour y arriver, plusieurs chercheuses, dont Held (2006), conceptualisent le *care* comme un ensemble de valeurs et de pratiques qui sont étroitement liées. Il ne suffit pas d'être sensible ou préoccupé par une situation problématique, ces valeurs doivent se traduire en actions concrètes, faute de quoi les besoins ne seront pas comblés

(Tronto 2013). À l'inverse, lorsque les soins ne sont pas réellement attentifs, réactifs et respectueux, ils peuvent conduire à des interventions inappropriées, empreintes de contrôle, axées sur le profit ou même abusives (Engster 2007 ; M. Green et Lawson 2011). Cette déconstruction permet aussi d'identifier des initiatives qui résistent et perturbent les situations d'inégalités dans l'offre et la réception du *care* (Puig de la Bellacasa 2017 ; Held 2006).

Ainsi, cette recherche s'inscrit dans la continuité des travaux qui emploient cette lentille pour montrer les dimensions profondément politiques du logement et les façons dont le *care* se conforme, permet de résister ou même d'offrir des voies alternatives aux normes néolibérales (voir entre autres M. J. Williams 2016, 2017, 2020 ; E. R. Power et Bergan 2018 ; Staeheli 2003 ; Emejulu et Bassel 2018 ; Morse et Munro 2018 ; Mee 2009 ; Thompson 2018 ; E. R. Power et Mee 2019 ; E. R. Power 2019 ; Bowlby 2019). Cette thèse apporte une contribution à ce champ en pleine expansion puisque la création de logements sociaux et le mouvement des Villes en santé demeurent des thèmes inexplorés jusqu'à maintenant. Cette lecture critique par le *care* vise également à offrir des réflexions plus théoriques, dimension souvent marginalisée en études urbaines au Québec (Cloutier, Collin et Poitras 2011). Pour poursuivre le positionnement et la justification des orientations de cette recherche, la prochaine section définit les repères conceptuels qui sont ensuite opérationnalisés dans les objectifs spécifiques.

2.1.2 Définition des concepts et articulation des objectifs spécifiques

Pour rappel, la question de recherche est la suivante : comment l'adhésion au mouvement des Villes en santé appuie-t-elle la création de logements sociaux pour promouvoir la santé et résoudre les déficits de *care* au sein des communautés ? Cette thèse défend l'hypothèse que les stratégies associées au mouvement des Villes en santé peuvent soutenir le développement de nouveaux programmes de logements à condition que les processus mis en œuvre soient ancrés dans une éthique du *care*. Ainsi, cette recherche interroge les liens entre la création de logements sociaux avec les Villes en santé et le *care*.

Villes en santé, politiques en matière de logement et care

Au Canada, les logements sociaux avec soutien communautaire sont majoritairement sous la responsabilité d'OSBL. Ceux-ci empruntent des dénominations et des modalités différentes

selon les contextes locaux et les populations visées, notamment dans le reste du Canada (ex. : housing with support, supportive housing, etc.). Ces programmes offrent du logement locatif abordable temporaire ou permanent pour répondre, de façon globale, aux besoins des ménages. L'abordabilité est généralement rendue possible par le recours à des subventions qui ajustent le coût du loyer au revenu des ménages. Parfois, les loyers ne sont pas subventionnés, mais fixés à un niveau abordable pour des ménages à faible revenu (et non par rapport au prix médian du marché). Ensuite, ces logements sont liés à des services de soutien individuel ou collectif sur place, entre autres, pour favoriser la stabilité résidentielle et réduire la vulnérabilité des locataires. Ce soutien varie selon la population ciblée, la mission de l'organisation et le type de logement offert. Les services associés dépendent surtout des ressources disponibles. L'expression programme de logements sociaux est employée dans cette recherche afin d'englober la portion matérielle relative aux unités d'habitation, lieux communs et immeubles ainsi qu'aux services, activités, règles et fonctionnement.

Dans le cadre de cette thèse, la création de nouveaux programmes de logements avec soutien communautaire pour répondre aux besoins des femmes cheffes de familles monoparentales est envisagée comme une politique publique. Les politiques publiques correspondent à « un ensemble de décisions interreliées prises par un acteur politique ou un groupe d'acteurs concernant la sélection des objectifs et des moyens pour les atteindre dans une situation où ces décisions relèvent de la compétence de ces derniers » (traduction libre Jenkins 1978, 5). De façon générale, ces décisions visent à maintenir l'ordre social et politique et à résoudre des problèmes publics lorsque des situations paraissent comme non conformes aux normes établies (Lascoumes et Le Galès 2012). La création de programmes de logement sociaux avec soutien communautaire a notamment pour objectif de prévenir et lutter contre l'itinérance des femmes cheffes de familles monoparentales.

Le logement social est l'un des domaines où il y a co-construction et co-production de l'action publique. En effet, les gouvernements n'interviennent pas seuls, mais bien avec une pluralité d'intervenantes issues, entre autres, du secteur privé et communautaire (Vaillancourt 2014). Dans le logement social, la co-construction s'opère, par exemple, dans l'élaboration de cibles, de plans d'action, de programmes et de cadres de référence pour le développement d'unités et le soutien offert (par exemple: Perron et Roy 2007 ; Ontario Gouvernement 2017 ; BC Housing 2019). Dans certaines circonstances, la participation se limite à la mise en œuvre des politiques, ce qui suit une logique de co-production de l'action publique. Il est notamment question des

organisations qui créent et administrent des logements sociaux en bénéficiant de subventions gouvernementales pour soutenir, en partie ou en totalité, les différentes dimensions de leur travail (construction, loyers, soutien communautaire, services, etc.). La majorité des logements sociaux sont sous la responsabilité d'OSBL (30 %) et de coopératives (26 %) (SCHL 2019a). Bien que ces unités soient gérées par le secteur communautaire, elles sont comptabilisées dans les bilans des stratégies et plans d'action gouvernementaux.

Dans un premier temps, cette recherche met en lien la création des logements sociaux avec le mouvement des Villes en santé. Ce mouvement est envisagé comme une des approches en promotion de la santé qui constitue une perspective influençant le champ de la santé publique depuis plus d'une trentaine d'années. La santé n'est plus envisagée comme étant une absence de maladie ou d'infirmité, mais un état complet de bien-être physique, mental et social (OMS 1999). Dans cet ordre d'idées, la santé publique doit agir au-delà des causes et risques associés aux maladies. Ces actions doivent plutôt viser l'ensemble des déterminants sociaux qui soutiennent le bien-être physique, mental et social des populations qui implique bien davantage que des soins curatifs (Rootman et O'Neill 2012). Cette recherche s'appuie sur la définition de la promotion de la santé de l'OMS (1999) :

un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus, mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé. La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé. (p.1-2)

Des programmes et projets sont développés pour traduire ces idées en mesures concrètes pour agir sur les enjeux, les populations et les milieux de vie affectés par des inégalités de santé persistantes. Les Villes en santé représentent un des programmes établis par l'OMS visant à ce que les municipalités s'engagent à créer et à améliorer « en permanence les environnements physiques et sociaux et développe[r] les ressources communautaires qui permettent aux individus de se soutenir mutuellement pour accomplir toutes les fonctions de la vie et réaliser pleinement leur potentiel. » (OMS 1999, 14) Comme souligné dans la revue des écrits, les villes qui adhèrent à ce mouvement prennent des orientations et des stratégies bien différentes. Toutefois, l'objectif demeure le même, à savoir susciter la venue d'un flux continu de

changements politiques pour promouvoir la santé. Cette thèse s'attarde, d'une part, aux moyens déployés par les gouvernements locaux pour contribuer aux efforts de promotion de la santé à l'échelle urbaine. Ainsi, une attention est portée aux politiques, plans d'action, stratégies et programmes de financements municipaux associés à l'adhésion au mouvement des Villes en santé. Cette recherche s'intéresse, d'autre part, à la perception de la place et de la contribution des nouveaux programmes de logements sociaux au sein des efforts déployés pour créer et maintenir une Ville en santé.

Cette recherche met en lien la création de nouveaux programmes de logements sociaux dans un deuxième temps avec le *care*. À la suite de Tronto (2009), le *care* est défini comme mentionné dans le chapitre précédent à la page 11 :

une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, continuer ou réparer notre « monde » de telle sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie.
(p.143)

Tout comme plusieurs spécialistes, cette recherche insiste sur la dimension relationnelle du *care*. Bien que ces relations prennent des formes variées, celles-ci doivent impliquer à la fois des attitudes associées au fait de « se soucier de » et des activités qui permettent de « prendre soin de » (Tronto 2013 ; Held 2006 ; Noddings 2002 ; Hankivsky 2005 ; Engster 2007). Il convient d'ajouter la définition de Engster (2007). Celui-ci précise que le *care* correspond aux interventions visant à ce que les personnes puissent répondre à leurs besoins, développer ou maintenir leurs capacités et, autant que possible, éviter tout dommage et souffrance non nécessaire. Ces actions peuvent être dirigées vers les personnes elles-mêmes, fournir les ressources nécessaires aux soignant·es (*carer*) ou encore aux organisations, institutions et politiques qui rejoignent les individus. Pour que ces actions répondent réellement aux besoins, celles-ci doivent être pensées et exercées de façon attentive, sensible et respectueuse. Dans le cadre de cette recherche, ces actions sont vues comme celles visant à combler les déficits de *care*.

Dans le cadre de cette recherche, le *care* est employé en tant qu'éthique pouvant guider les réflexions et actions des parties engagées dans la création des programmes de logements sociaux. En opposition aux normes néolibérales qui reposent sur l'autonomie et l'indépendance,

ces éthiques partent du postulat que les êtres vivants sont fondamentalement fragiles, vulnérables et dépendants. Pour cette raison, l'ensemble des individus sont engagés dans une pluralité de relations pour offrir ou recevoir du *care*. Ainsi, le *care* est un besoin universel à soutenir. Il faut porter une attention particulière aux plus vulnérables (Lawson 2007 ; Noddings 2002 ; Tronto 2013 ; Barnes 2012). Adopter une éthique du *care* dans la pratique implique des processus complexes et des actions continues. Ceux-ci visent à établir ou à soutenir des relations de *care* et à assurer une juste répartition des responsabilités et ressources qui y sont associées (Tronto 2013). Le *care* est abordé par son caractère construit. Il est envisagé comme étant forgé, de façon continue, par un contexte social, politique, économique, culturel et temporel. Ce contexte influence notamment les personnes jugées responsables, les lieux d'exercice, sa visibilité et les inégalités associées (Held 2006 ; Tronto 2013 ; E. R. Power 2019). S'intéresser au *care* implique donc de déconstruire ce contexte. Cette recherche s'inscrit en ce sens en interrogeant l'influence de nouveaux logements sociaux sur l'organisation du *care*.

Enfin, cette recherche reconnaît que ces processus de création s'inscrivent dans un contexte de néolibéralisation. Peck, Brenner et Theodore (2018) définissent la néolibéralisation comme un processus continu de restructurations étatiques et sociétales guidées par une « vision idéalisée du marché et des libertés individuelles, combinant une conception utilitariste de la rationalité du marché et de l'individualisme compétitif avec de profondes aversions pour la redistribution sociale et la solidarité » (traduction libre, p.6). La néolibéralisation n'est pas un système stable ou un état final spécifique. Il s'agit plutôt d'un processus complexe de restructurations inégales, multiscalaires, multidimensionnelles et illimitées qui génère un ensemble d'échecs, de crises et de contradictions. Ces processus continus révèlent des manifestations plurielles et singulières d'*actually existing neoliberalism* qui varient dans le temps et l'espace (Brenner et Theodore 2002 ; Peck, Brenner et Theodore 2018). Ces manifestations sont le résultat de destructions créatrices qui engendrent le démantèlement de l'État et la déréglementation des systèmes redistributifs (roll-back). Elles impliquent également le déploiement de nouveaux modes de régulation et de gouvernance (roll-out). L'objectif est alors de stimuler la concurrence, le libre choix, la liberté et l'efficacité, et ce, tout en essayant de réparer les problèmes et les contradictions du passé. Cette néolibéralisation comporte d'importantes variations géographiques puisque ces processus similaires s'inscrivent dans des contextes variés, marqués par leurs propres histoires, institutions, crises, conflits et expériences, conduisant à des manifestations très distinctes.

À partir de ces précisions conceptuelles, il est maintenant possible d'explicitier les objectifs spécifiques. Pour répondre à la question générale et vérifier l'hypothèse de recherche, il faut déconstruire les démarches associées à la création des programmes de logements. Il est alors possible de comprendre les liens avec le *care* et le mouvement des Villes en santé. Dans la prochaine section, quatre objectifs spécifiques sont ainsi articulés. Des dimensions et caractéristiques susceptibles d'opérationnaliser chacun des objectifs sont ensuite présentées.

Cadre opératoire

Les deux premiers objectifs spécifiques traitent des liens entre le *care* et les programmes de logements sociaux avec soutien communautaire. Comme le stipule l'hypothèse, le *care* constituerait une éthique alternative pouvant expliquer la concrétisation de nouveaux programmes de logements sociaux. Cette éthique pousserait les communautés à surmonter les obstacles liés notamment à l'économie politique néolibérale qui valorise, entre autres, les solutions axées sur le marché, les libertés individuelles et la réduction de la redistribution sociale. Ainsi, le premier objectif spécifique s'attarde à l'influence du *care* sur la création des programmes de logement :

1. Comprendre l'influence des éthiques du *care* sur les orientations des démarches associées à la création de nouveaux logements sociaux.

Ce premier objectif vise à saisir si des intentions et des actions associées au *care* figurent dans les récits relatifs à la création des logements sociaux. La recherche vise également à comprendre l'influence du *care* dans ces processus. L'idée est de retracer comment les intentions associées au *care* se construisent, si celles-ci sont partagées ou encore créent des tensions. Cette recherche implique aussi de voir si les intentions et les actions associées au *care* permettent de surmonter les idées et politiques néolibérales qui influencent la possibilité d'élargir l'offre de logements sociaux. Il serait alors possible de saisir si les actions posées dans le cadre de la création des programmes de logements sont cohérentes ou en contradiction avec certaines intentions associées au *care*. Finalement, cet objectif cerne les obstacles rencontrés par les communautés pour concrétiser les intentions liées au *care*.

Comme il est illustré dans le tableau 2.1 (voir p.99), le premier objectif implique de s'attarder à l'influence du *care* sur les orientations des processus politiques mis en œuvre. Les écrits

d'Hankivsky (2005) permettent d'opérationnaliser le *care*. Cette dernière indique que la sensibilité contextuelle, la réactivité et l'attention aux conséquences des choix sont trois valeurs pouvant participer des processus politiques et font en sorte que le *care* constitue une priorité qui oriente l'action publique. Premièrement, la sensibilité contextuelle part du « postulat qu'il est moralement important de reconnaître que tous les êtres humains sont des individus spécifiques et concrets plutôt que des êtres abstraits et génériques » (traduction libre, p. 32) et que « les gens sont façonnés par leur contexte, y compris leurs circonstances sociales, économiques, politiques, historiques et géographiques » (traduction libre, p. 33). Par conséquent, l'élaboration des politiques prend en compte et cherche à agir sur des dynamiques et contextes, provenant de différentes échelles, qui génèrent les inégalités. Comme les politiques ne peuvent répondre aux besoins de tous et toutes, l'attention devrait être dirigée en priorité vers ceux et celles qui en ont le plus besoin. Le deuxième principe est la réactivité aux besoins des autres. La réactivité « va au-delà d'une simple sympathie envers les autres, ou même de la prise en compte de leurs besoins tels que nous les percevons » (traduction libre, p.35). Cela exige plutôt un engagement qui demande d'écouter et d'observer comment les individus eux-mêmes expriment leurs expériences et besoins de façon à réellement comprendre leurs causes, mais aussi la meilleure façon d'y répondre. La réactivité demande de favoriser le dialogue avec les principaux intéressés par un changement politique, ce qui permet d'accorder un espace et une écoute à des populations qui sont généralement marginalisées des processus politiques (Hankivsky 2005). Le troisième principe est l'attention aux conséquences du choix. Alors que la « perspective de justice traditionnelle ne prend pas systématiquement en compte les effets de nos jugements et de nos actions [...] l'éthique du *care* s'intéresse expressément aux résultats concrets et aux effets pratiques et matériels choix et décisions sur la vie des gens de certains » (traduction libre, p. 38). Dans cette perspective, les processus politiques doivent prendre le temps et l'espace pour saisir comment chaque décision engendre un ensemble d'effets sur la santé, le bien-être et la sécurité des populations (Hankivsky 2005).

Cette recherche vise à cerner si ces valeurs influencent les orientations des processus politiques mis en œuvre pour créer les programmes de logements sociaux. Les intérêts, idées, institutions et réseaux sont les orientations qui sont étudiées. Selon Palier et Surel (2005), les intérêts, idées et les institutions, également appelés les « 3 i », constituent les principaux facteurs des changements politiques. Les intérêts correspondent aux motivations, préférences et revendications mises de l'avant par les intervenant-es pour justifier leur engagement. Les idées sont des croyances, approches et philosophies qui circulent entre les parties prenantes et

font en sorte que certaines logiques d'action s'imposent de manière à orienter l'action publique. Enfin, les décisions, dispositifs, règles et normes qui émanent des institutions peuvent influencer les ressources et contraintes qui façonnent l'action publique. Comme le recommandent Shearer et al. (2016), les réseaux, qui sont composés des individus et de leurs relations, sont considérés comme un quatrième facteur pouvant expliquer un changement politique.

Tableau 2.1 Opérationnalisation de l'objectif spécifique 1

Objectif	Dimensions	Caractéristiques
1. Comprendre l'influence des éthiques du care sur les orientations des démarches associées à la création de nouveaux logements sociaux.	Valeurs du care	Sensibilité contextuelle
		Réactivité
		Conséquence des choix
	Orientations des processus politiques mis en œuvre	Idées
		Intérêts
		Institutions
		Réseaux

Source : Autrice

Le deuxième objectif poursuit l'étude du lien entre le *care* et la création des programmes de logements :

2. Comprendre comment la création des programmes de logements sociaux vise à résoudre un déficit de *care*.

Cet objectif vise à cerner si les démarches établies influencent l'organisation du *care* afin de remédier à des problèmes constatés. Pour y arriver, la collecte de données approfondit les événements déclencheurs et motivations à amorcer la création d'un programme de logement social. Cela permet de cerner si ces démarches visent à intervenir sur les capacités et ressources liées au *care*. La recherche s'intéresse aux motivations qui amènent une organisation et ses partenaires à vouloir transformer des éléments du contexte sociomatériel associé au *care*. Il est important de s'attarder aux moyens concrets déployés par les organisations pour exercer du *care* envers certains individus, groupes, objets et environnements. Cela implique, par exemple, de se pencher sur les réflexions et décisions associées à l'aménagement, aux visées, règles et modes de fonctionnement des programmes, au soutien offert aux locataires ainsi qu'aux liens avec le quartier. Il est ainsi possible de saisir, si et comment, ces démarches visent à remédier à un déficit de *care* constaté. Dans une

perspective critique, la recherche creuse les éléments qui s'arriment ou s'opposent au contexte politique néolibéral qui privatise le *care*. Pour y arriver, l'analyse situe les relations et espaces associés au *care* établis dans le cadre de ces programmes le long du continuum public-privé.

Sur le plan de l'opérationnalisation de cet objectif, la recherche se penche dans un premier temps sur les phases des processus politiques mis en œuvre. Comme indiqué dans le tableau 2.2, cette dimension se décline en cinq caractéristiques qui constituent les principales étapes qui permettent la création des projets de logement. L'émergence constitue le point de départ du processus politique. Cette phase correspond aux actions par lesquelles « des situations perçues comme posant des problèmes publics sont mises à l'agenda du gouvernement ou d'une autre instance officielle dans un but de régulation » (Lemieux 1994, 14). La formulation correspond à l'élaboration et l'adoption de mesures pour réguler un problème qui est jugé comme étant d'ordre public (Lemieux 1994). La mise en œuvre est la réalisation des différentes interventions qui traduisent concrètement une décision ou encore un mandat (Mégie 2014). L'évaluation correspond à l'analyse notamment de l'efficience, l'efficacité et la pertinence des interventions réalisées par rapport aux engagements et décisions (Lemieux 2006). Les processus politiques ne se dévoilent pas linéairement, mais de façon circulaire en raison de moments de rétroaction qui influencent les phases précédentes (Lemieux 2002). La rétroaction implique l'émergence de nouveaux problèmes publics, des constats de lacunes qui demandent une reformulation de la politique, une réorientation de la mise en œuvre ou une autre évaluation.

Tableau 2.2 Opérationnalisation de l'objectif spécifique 2

Objectif	Dimensions	Caractéristiques
2. Comprendre comment la création des programmes de logements sociaux vise à résoudre un déficit de <i>care</i>	Modalités pour résoudre un déficit de <i>care</i>	Sollicitude
		Prise en charge
		Exercice de soins
		Rétroaction
		Prendre soin avec
	Phases des processus politiques mis en œuvre	Émergence
		Formulation
		Mise en œuvre
		Évaluation
		Rétroaction

Source : Autrice

Pour répondre à ce second objectif, cette recherche vise à comprendre si ces phases associées à la création des programmes de logement déploient des moyens pour résoudre un déficit de *care*. L'opérationnalisation du *care* repose sur les travaux de Fisher and Tronto (1990) et Tronto (2013). Ces dernières proposent une typologie de cinq modalités du *care* qui sont associées à des qualités morales. La sollicitude (*caring about*), qui demande de l'attention, implique de repérer les perspectives et points de vue exprimés par les autres afin de reconnaître les besoins à combler. Ensuite, la prise en charge (*taking care*), qui repose sur la responsabilité, implique de déterminer s'il est possible de combler les besoins, et ce, en s'engageant à employer les moyens nécessaires et adéquats pour y répondre. Ces deux premières modalités réfèrent aux dispositions pour « se soucier de ». Cette recherche explore les phases des processus mis en œuvre afin de cerner l'existence et la source d'un déficit de *care*, mais également identifier les moyens déployés pour y remédier. Les deux modalités suivantes impliquent les actions concrètes pour « prendre soin de ». La troisième modalité est l'exercice de soins (*care giving*) où les intervenant-es voulant et pouvant intervenir déploient, avec compétence, des ressources matérielles et humaines pour concrétiser les interventions planifiées. La quatrième modalité est la rétroaction (*care receiving*, expression parfois traduite par réception des soins) qui implique de s'intéresser aux bénéficiaires afin de vérifier si les interventions sont bien prodiguées et surtout si elles répondent aux besoins. Cette modalité, qui demande de la réceptivité, permet de modifier ou réajuster les pratiques si nécessaire.

La cinquième modalité ne correspond pas à une activité en soi, mais est une orientation normative. Elle vise à ce qu'il y ait continuellement des réflexions et des actions sur le contexte conditionnant l'organisation et l'exécution du *care*. Le « prendre soin avec » (*caring with*) implique de voir le *care* comme un enjeu, une préoccupation publique, et non en tant que responsabilité reléguée aux familles et au marché. Cela demande de réfléchir avec confiance et solidarité au contexte sociopolitique qui conditionne les ressources, les responsabilités et les capacités liées au *care*. En d'autres termes, cela implique de porter une attention aux arrangements matériels, temporels et spatiaux qui conditionnent les capacités de *care* à l'échelle individuelle et collective (E. R. Power 2019). Un tel état d'esprit permet d'envisager des moyens pour réorganiser les ressources et responsabilités pour que le *care* s'exerce en continuité avec les engagements en matière de justice, d'égalité et de liberté. Concrètement, cette modalité implique d'engager les bénéficiaires et prestataires, de manière équitable, dans des délibérations visant à formuler des politiques pour résoudre les problèmes, tensions et

inégalités liés à l'organisation du *care*. Cette thèse analyse les phases de processus de création pour cerner si elles permettent de prendre soin avec les programmes de logement.

Les deux derniers objectifs spécifiques touchent les liens entre la création des programmes de logement et le mouvement des Villes en santé. Considérant que le logement constitue un important déterminant et une échelle pour promouvoir la santé, cette thèse vise à :

3. Comprendre comment les stratégies mobilisées à Montréal, Toronto et Vancouver pour devenir des Villes en santé influencent la création de programmes de logements sociaux.

Cet objectif spécifique poursuit l'analyse des démarches associées à la création des programmes de logement, et ce, en s'attardant à l'influence du mouvement des Villes en santé. Cette influence est cernée par la place accordée à l'habitation dans les stratégies officielles des trois municipalités pour promouvoir la santé. Une attention est également dirigée vers les moyens émanant de ces stratégies qui influencent la création des programmes. L'idée est de cerner si des politiques ou des programmes municipaux associés au mouvement des Villes en santé facilitent d'une certaine façon certaines étapes ou influencent les orientations poursuivies lors de la création des logements sociaux. En principe, ce mouvement repose sur la mobilisation communautaire et la construction de coalitions intersectorielles désirant s'engager dans des actions pour promouvoir la santé. Cette recherche explore également les motivations des partenaires associés à la création des logements sociaux. Ainsi, il est possible de cerner si l'idée de développer des Villes en santé ou même de promouvoir la santé des locataires a suscité un engagement dans les processus de création.

Sur le plan de l'opérationnalisation, la première dimension de cet objectif correspond aux stratégies pour créer des Villes en santé. Hancock (2009) soutient qu'il y a quatre piliers caractéristiques pour établir une gouvernance pour créer une Ville en santé. Le premier pilier est un engagement politique pour la promotion de la santé qui se déploie notamment par le biais d'un plan d'action ou de programmes pour soutenir diverses initiatives pour créer une Ville en santé. Cet engagement concerne les élus et les fonctionnaires municipaux ainsi que les autres paliers qui peuvent accroître les pouvoirs et ressources pour promouvoir la santé. Le second pilier correspond à l'intégration de la santé au sein de processus décisionnels extérieurs au domaine de la santé. Une telle intégration permet d'adopter des politiques favorables à la santé, par exemple dans le domaine de l'habitation, les loisirs, l'éducation, le développement urbain et les transports. Le troisième pilier est le travail intersectoriel. Celui-ci vise à développer des

solutions innovantes, notamment pour remédier aux inégalités de santé engendrées par l'interaction d'un ensemble de dynamiques sociales, économiques et politiques, provenant de différentes échelles. Les Villes en santé suscitent et s'appuient sur une mobilisation communautaire pour renforcer les capacités de la population et des organisations locales à s'engager à réaliser des initiatives sur les déterminants sociaux de la santé. Comme l'indique le tableau 2.3, ces éléments associés aux Villes en santé sont mis en relation avec les phases et orientations des processus approfondis par les deux premiers objectifs.

Tableau 2.3 Opérationnalisation de l'objectif spécifique 3

Objectif	Dimensions	Caractéristiques
3. Comprendre comment les stratégies mobilisées à Montréal, Toronto et Vancouver pour devenir des Villes en santé influencent la création de programmes de logements sociaux.	Stratégies pour créer des Villes en santé	Engagement politique pour la promotion de la santé
		Intégration de la santé dans les politiques publiques
		Partenariats intersectoriels
		Soutien à la mobilisation communautaire
	Phases des processus politiques mis en œuvre	Émergence
		Formulation
		Mise en œuvre
		Évaluation
		Rétroaction
	Orientations des processus politiques mis en œuvre	Idées
		Intérêts
		Institutions
		Réseaux

Source : Autrice

La recherche interroge finalement la contribution des programmes de logement aux efforts pour développer des Villes en santé, et ce, en poursuivant l'objectif suivant :

4. Comprendre comment les partenaires associés à la création de logements sociaux perçoivent la contribution des nouveaux programmes au développement de Villes en santé.

Pour cet objectif, le recherche doit vérifier si les parties prenantes considèrent que les programmes de logement contribuent aux efforts de promotion de la santé. Dans l'affirmative, il faut interroger les retombées envisagées. Pour y arriver, l'analyse s'attarde aux dimensions des programmes qui sont perçues comme influençant la santé. L'attention est tournée sur les visées touchant la réduction de l'exposition à des risques et la création de milieux de vie sains. Il est, par exemple, question de certaines dimensions des unités d'habitation, du soutien offert, des espaces communs, des travaux associés et au contexte de création des programmes. Il importe de saisir si cette reconnaissance est uniformément partagée entre les parties prenantes.

L'opérationnalisation de ce dernier objectif repose sur les sept dimensions du logement qui creusent les inégalités de santé (tableau 2.4). Selon Dunn et al. (2004), des populations sont plus fréquemment exposées et vulnérables face à des conditions d'habitation défavorables à la santé en raison d'inégalités liées au genre, capacités, âge, autochtonie, ethnicité, statut migratoire, mode d'occupation, situation familiale ou revenu. Ces dimensions sont les risques physiques (ex. : moisissure et vermine), la conception physique des unités de logement (ex. : taille et adaptation aux besoins), les dimensions psychologiques (ex. : appréciation et sentiment de contrôle sur l'environnement), les dimensions sociales (ex. : relations dans le ménage et dans le voisinage), les dimensions politiques (ex. : enjeux locaux et l'influence des politiques sur la disponibilité, l'abordabilité et la qualité des logements), les dimensions financières (ex. : prix des loyers et revenu disponible) et la localisation (ex. : services et ressources à proximité).

Tableau 2.4 Opérationnalisation de l'objectif spécifique 4

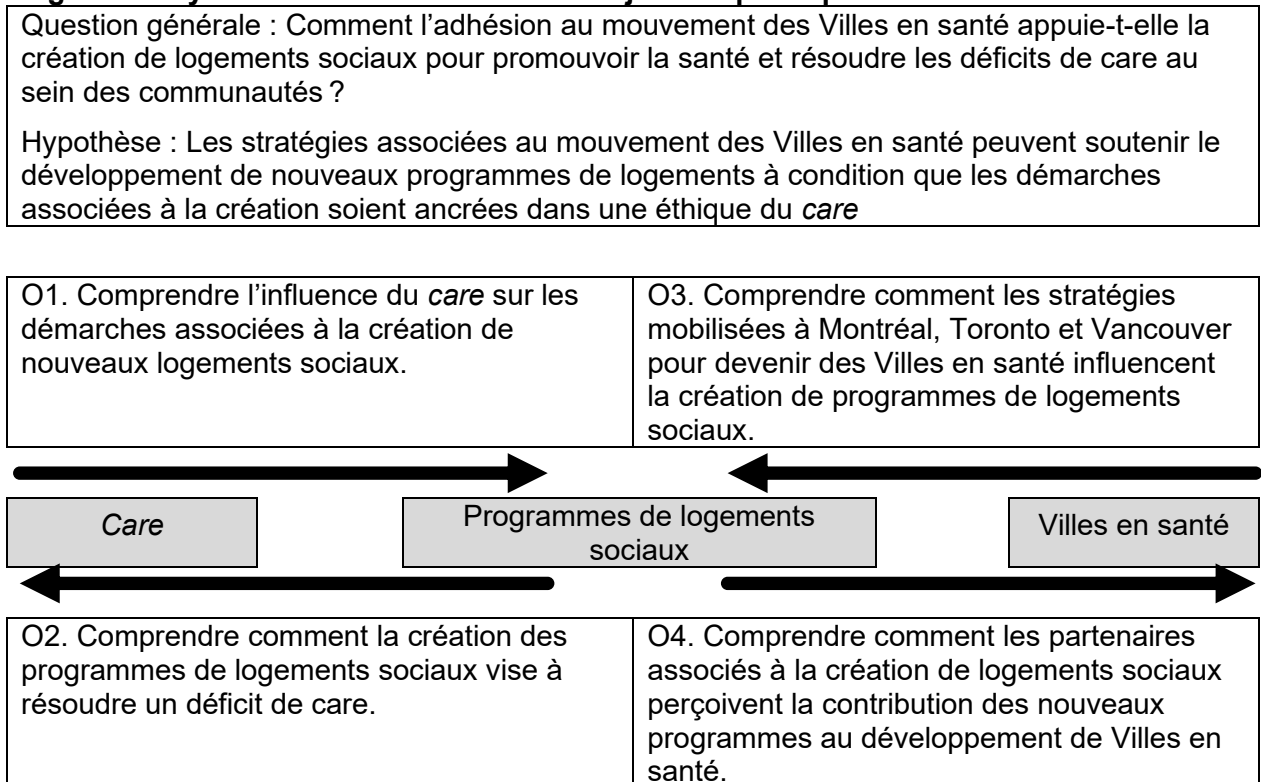
Objectif	Dimensions	Caractéristiques
4. Comprendre comment les partenaires associés à la création de logements sociaux perçoivent la contribution des nouveaux programmes au développement de Villes en santé.	Dimensions du logement	Risque physique
		Conception physique
		Dimensions psychologiques
		Dimensions sociales
		Dimensions politiques
		Dimensions financières
		Localisation
	Cibles en promotion de la santé	Enjeux
		Milieux
		Populations

Source : Autrice

La seconde dimension de cet objectif correspond aux cibles en promotion de la santé. Frohlich, Poland et Shareck (2012) soutiennent que les interventions en promotion de la santé ont trois principales cibles pour réduire les inégalités de santé. D'abord, certains enjeux sont ciblés comme l'itinérance, le décrochage scolaire et l'insécurité alimentaire qui sont associés à différents problèmes de santé mentale et physique. Ensuite, des actions sont dirigées vers des milieux qui engendrent des problèmes de santé comme les déserts alimentaires, secteurs mal desservis en matière de transport actif, les îlots de chaleur et les quartiers qui concentrent la pauvreté. Enfin, des interventions ciblent des populations qui sont plus fréquemment exposées à des risques pour leur santé telles que les femmes cheffes de familles monoparentales, les communautés autochtones, les personnes en situation d'itinérance, réfugiées ou immigrantes.

Comme illustré dans la figure 2.1, les quatre objectifs permettent d'explorer les liens entre le mouvement des Villes en santé, le *care* et la création de programmes de logements sociaux avec soutien communautaire.

Figure 2.1 Synthèse de l'articulation des objectifs spécifiques



Source : Autrice

2.2 Stratégie de vérification

2.2.1 Comparaison de processus politiques

Étude des processus politiques par l'éthique du care féministe

La plupart des écrits sur le mouvement des Villes en santé au Canada sont des études de cas uniques. Cette approche permet notamment de préciser et d'expliquer les particularités de la gouvernance locale. Cependant, les cas uniques offrent une généralisation limitée (Yin 1994). Dans le champ de l'étude des politiques publiques et des études urbaines, l'analyse comparée est centrale (Boussaguet et Dupuy 2015 ; Béal 2012). Bacqué et Gauthier (2011) soulignent que la comparaison constitue une importante voie à emprunter pour étudier l'action publique qui s'appuie sur une approche participative comme le mouvement de Villes en santé et le développement de logements sociaux. La comparaison va au-delà de la description des expériences locales et parvient à cerner les dynamiques communes (Baumgartner, Green-Pedersen et Jones 2006). Cela permet d'obtenir des données contextualisées tout en offrant la possibilité de réaliser une certaine montée en généralité (Béal 2012).

Cette recherche s'appuie sur l'étude et la comparaison de cas liés à la création de logements sociaux. L'approche comparative est souple et emprunte des méthodes variant selon les objets et le nombre de cas étudiés. En dehors de sa vocation explicative, il n'existe aucun consensus quant aux objectifs et méthodes à employer. Deux éléments structurent généralement la planification des études comparatives, à savoir le type de comparaison et les concepts et théories mobilisés pour encadrer la collecte et l'analyse (Gazibo et Jenson 2004 ; Gauthier 2009). Comme souligné précédemment, les programmes de logements sociaux sont envisagés en tant que politiques publiques. Ces actions répondent, entre autres, à des besoins d'habitation exprimés par les femmes cheffes de familles monoparentales. Plusieurs, dont Sabatier (2007), soutiennent que l'étude des politiques publiques demande d'aller au-delà du contenu des décisions : il faut saisir l'ensemble des conditions dans lesquelles elles sont élaborées. Ainsi, l'attention de cette recherche est centrée sur les processus politiques mis en œuvre à l'échelle des communautés pour créer ces nouveaux programmes. En utilisant l'angle des processus politiques, il devrait être possible de cerner les liens avec le *care* et le mouvement des Villes en santé comme articulé dans les objectifs spécifiques.

Sur le plan des théories mobilisées pour étudier les processus politiques, des chercheur-es développent et actualisent des cadres théoriques depuis le début du 20^e siècle. Les ouvrages spécialisés sur l'étude des politiques publiques recensent, par exemple, l'approche par les courants multiples, l'équilibre ponctué, *l'Institutional analysis and development framework*, le modèle d'innovation et de diffusion, la théorie de la construction sociale des politiques publiques, l'approche séquentielle, *l'Advocacy coalition framework*, la théorie des réseaux sociaux et la théorie de l'acteur-réseau (voir notamment Fischer, Miller et Sidney 2006 ; Sabatier 2007, 1999 ; Sabatier et Weible 2014 ; Fischer et Miller 2006). La plupart de ces cadres proposent des explications et des hypothèses pour comprendre la façon dont les processus mènent à des changements politiques. Ces cadres mettent l'accent sur certains éléments qui expliquent la rationalité guidant l'action publique (ex. : institutions, réseaux, intérêts, rapports de pouvoir et idées) (Weible et Sabatier 2006 ; Bernier, Lachapelle et Paquin 2011).

La plupart de ces cadres centrent l'attention sur les actions et décisions gouvernementales. Comme souligné précédemment, le mouvement des Villes en santé tout comme le logement social reposent sur une nouvelle organisation de l'action publique où les gouvernements n'ont plus le monopole du pouvoir et des responsabilités. Ils s'inscrivent dans un virage global où les processus politiques impliquent une pluralité d'intervenant-es qui ne tirent pas forcément leur légitimité des élections. Boisvert et Brodeur (2010) soutiennent que les approches traditionnelles pour l'analyse des politiques publiques ne sont pas nécessairement adaptées à ces nouveaux contextes. De plus, ceux-ci observent un délaissement des cadres traditionnels pour l'analyse des politiques. Il y aurait un recours à des approches sociologiques pour rendre compte des interactions entre les nombreux intervenant-es qui prennent part à l'action publique. En ce sens, l'éthique publique offre des outils et angles d'approche permettant d'analyser ces phénomènes contemporains (Boisvert et Brodeur 2010). Plusieurs, dont Hankivsky (2005), soutiennent que les éthiques du *care* proposent des outils pertinents pour poser un regard critique sur l'action publique. En ce sens, cette thèse utilise l'éthique du *care* féministe comme cadre pour organiser la comparaison et l'analyse des processus mis en œuvre pour la création de logements sociaux.

Dans le cadre de cette thèse, l'éthique du *care* féministe est employée comme lentille pour analyser les phases et les orientations des processus associés à la création des programmes de logements sociaux (objectifs 1 et 2). Plus spécifiquement, cela implique de s'attarder à la place du *care* dans les délibérations et les actions associées aux processus de création. Il est alors possible de saisir s'il y a des intentions et actions concrètes pour établir ou renforcer des

relations et des capacités de *care*. Le recours à cette éthique féministe constitue une contribution originale qui approfondit les valeurs qui guident la construction de logements sociaux portés par les communautés. Le *care* représente une voix différente pour envisager ces nouvelles modalités de l'action publique. Centrer l'attention sur le *care* met au jour des actions et perspectives qui sont généralement ignorées ou tenues pour acquises par les cadres habituels pour l'analyse des politiques publiques (Hankivsky 2005). Cela permet également de dégager des pistes pour entreprendre des transformations afin de mieux soutenir le *care* qui est souvent délégué aux plus marginalisés.

Il est important d'éviter les analyses élogieuses du *care* déployé. La recherche accorde donc une attention aux inégalités et rapports de pouvoirs qui traversent le *care*. Pour y arriver, une attention est portée à l'influence de l'économie politique néolibérale sur les délibérations, décisions et actions associées aux processus de création. La recherche s'attarde également aux façons dont les différents rapports de pouvoir interagissent de manière à façonner des situations de privilège et d'oppression dans l'organisation du *care*. Cela implique d'abord d'examiner les inégalités dans la répartition et l'accès aux ressources et opportunités, mais aussi des responsabilités et du travail associé au *care* qui marquent les processus de création. L'analyse interroge ensuite les façons dont les programmes visent à transformer (ou non) l'organisation inégale du *care*. Cela permet de vérifier si les programmes visent et contribuent à résoudre un déficit de *care* et à lutter contre certaines inégalités associées aux ressources et responsabilités associées. Ainsi, l'éthique du *care* féministe constitue le cadre qui structure l'analyse et l'interprétation des cas. Comme expliqué dans la prochaine section, cette recherche a également recours à deux approches heuristiques pour disposer d'une base commune pour la collecte et l'organisation des données concernant les cas à l'étude.

Approches heuristiques pour étudier des processus politiques

De manière générale, les théories et cadres existants pour analyser des processus politiques cherchent à isoler et approfondir certains facteurs explicatifs des changements. À l'opposé, les approches heuristiques sont des cadres qui facilitent l'exploration et l'organisation d'informations concernant le processus et ne sont pas liés à des hypothèses quant aux facteurs expliquant l'adoption d'une politique publique. Plusieurs, dont Shearer et al. (2016), soutiennent qu'il n'y a pas de théorie universelle pour expliquer les changements politiques. Tout comme Cairney et

Heikkila (2014), cette recherche voit les théories et cadres d'analyse comme des outils disponibles pour construire des explications plus complètes. Cette thèse s'appuie sur l'approche séquentielle et les « 3i+r » pour dégager un ensemble de variables et dynamiques qui permettent ensuite de dégager les liens avec le *care* et les Villes en santé.

L'approche séquentielle consiste à structurer et à rationaliser les éléments qui participent du processus politique en les séquençant (Jacquot 2014). Malgré l'absence de consensus quant aux nombres et noms des stades, l'idée demeure la même. Le processus politique correspond à une série de stades : par exemple, l'émergence, la mise à l'agenda, la formulation, la décision, la mise en œuvre, l'évaluation et la rétroaction. Ceux-ci se présentent rarement de façon parfaitement ordonnée et successive notamment parce que certaines phases se chevauchent ou ne sont pas réalisées (Jacquot 2014). Cette approche descriptive était populaire dans les années 1970 et 1980. Cependant, elle a été vivement critiquée entre autres pour son manque d'ancrages théoriques et sa simplification de processus politiques complexes (DeLeon 1999). À l'heure actuelle, cette approche est employée par plusieurs chercheur-es qui se penchent sur l'action publique dans un contexte de gouvernance locale (voir entre autres Liu et al. 2013 ; Aurich-Berheide et al. 2015 ; Niforou 2012). Plusieurs emploient cette approche afin d'explorer des domaines peu étudiés pour le moment. Considérant la lacune documentaire concernant les liens entre la création de logements sociaux, le *care* et les Villes en santé, l'approche séquentielle apparaît pertinente. Dans le cadre de cette recherche, le séquençage des processus mis en œuvre pour la création des programmes de logements sociaux rejoint deux des objectifs spécifiques. Cela permet de cerner les façons par lesquelles les phases associées à la création des programmes intègrent des valeurs liées au *care* (objectif 1). L'approche séquentielle permet également de cerner l'influence du mouvement des Villes en santé. La recherche cible les liens avec les stratégies Villes en santé dans les phases des processus mis en œuvre par les communautés (objectif 3).

Pour approfondir les orientations des processus mis en œuvre, cette thèse mobilise une analyse par les intérêts, idées, institutions et réseaux, également appelés les « 3i+r ». Pour Palier et Surel (2005), les « 3i » explorent de façon inductive les politiques publiques en s'attardant aux principales variables employées en science politique pour expliquer les changements politiques. Les intérêts cernent les motivations, préférences, revendications, stratégies et grands arguments avancés par les intervenant-es qui prennent part à l'action publique. Comme le

soulignent Palier et Surel (2005), l'entrée par les intérêts incite à décomposer un certain nombre d'éléments et dynamiques des processus politiques :

Poser le problème de la recherche en termes d'intérêt consiste à identifier quels sont les acteurs pertinents dans le domaine observé et à insister sur certaines dynamiques fondamentales, comme les logiques de l'action collective, les calculs et les stratégies déployées par les acteurs en fonction des coûts et bénéfices attendus des conflits éventuels ou des coopérations envisageables, les conséquences des anticipations faites par les individus ou par les organisations impliquées dans l'action publique. (Palier et Surel 2005, 12)

Les travaux en économie politique reposent généralement sur l'analyse des jeux d'intérêts portés par les intervenant-es qui guident la rationalité de la prise de décision. Selon cette logique, ils et elles sont motivé-es par des intérêts économiques (Surel 2009). Comme il a été souligné tout au long de la revue de la littérature, l'économie politique néolibérale s'oppose aux postulats des éthiques du *care* et au développement de Villes en santé par la voie du logement social. Il semble donc pertinent d'analyser les intérêts individuels et collectifs des intervenant-es engagé-es dans les processus de création afin de cerner l'influence des motivations économiques et liées au *care*.

À l'instar de l'approche cognitive, le fait de s'intéresser aux idées permet de comprendre les visions du monde en jeu et saisir comment elles structurent l'action publique. Frève (2011) définit l'idée comme suit :

L'idée peut être définie ici comme un ensemble de connaissances, d'éléments acquis, qui permet aux acteurs de se représenter le monde d'une certaine façon, de se représenter eux-mêmes dans ce monde et d'y agir en y trouvant du sens. Les idées influencent donc la façon dont les acteurs se représentent les problèmes à résoudre dans ce monde imaginé, de même que les solutions. (Frève 2011, 127)

Comme le souligne Surel (1998), cet intérêt pour les idées est porté par certains modèles comme l'*Advocacy Coalition Framework* (ACF). L'ACF vise à comprendre des cas complexes où il y a d'importants conflits, désaccords sur les objectifs et litiges techniques entre plusieurs intervenant-es impliqué-es à des niveaux de gouvernement différents. L'ACF souligne que le changement survient au gré des interactions dans les sous-systèmes politiques composés

d'individus adhérant à des croyances communes concernant les problèmes publics ainsi que les solutions à mettre en place pour y remédier. Les politiques publiques reflètent donc les valeurs portées par la coalition qui domine un sous-secteur politique (Weible et Sabatier 2006). Le mouvement des Villes en santé s'appuie sur la collaboration d'un ensemble de partenaires autour de l'idée de promouvoir la santé. Pour cette raison, Clavier et O'Neill (2017) soutiennent que l'ACF constitue une théorie adaptée pour étudier leurs processus politiques. L'ACF permet de reconnaître que les gouvernements n'ont pas le monopole du pouvoir et que l'action publique repose sur des coalitions politiques formées d'individus de différents secteurs investis pour la promotion de la santé. De plus, Suttor (2016) soutient que les idées, notamment sur le rôle de l'État, sont centrales dans les politiques et interventions en matière de logement. En s'attardant aux « 3i », il est possible de cerner l'influence des idées associées au *care* et au développement de Villes en santé dans la création de logements sociaux. Il faut demeurer critiques de ces idées puisque les intervenant-es lié-es au logement emploient diverses visions pour justifier leur travail qui sont parfois visions contradictoires (Whitzman 2018a).

En continuité avec les approches néo-institutionnalistes⁶, le troisième i s'intéresse aux décisions, dispositifs, règles et normes qui émanent des institutions. Ces éléments influencent notamment les ressources et contraintes qui façonnent l'action publique. Selon Lecours (2002), les approches néo-institutionnalistes explorent « l'impact des institutions sur le comportement des acteurs, leurs stratégies, leurs préférences, leurs identités, leur nature et même leur existence [et] [...] la question du développement institutionnel » (Lecours 2002, 3). Dans les processus politiques, le processus d'institutionnalisation se produit par le cumul de décisions ou de dispositifs. Palier et Surel (2005) soutiennent que s'attarder à l'action publique par les dynamiques institutionnelles demande « de repérer quels sont les traits institutionnels susceptibles de peser sur les processus étudiés » (Palier et Surel 2005, 14). Cet angle permet de saisir les effets des institutions ou de l'institutionnalisation afin d'évaluer si cela procure des ressources et opportunités ou encore pose des contraintes (Surel 2009). Plusieurs éléments institutionnels structurent le système d'habitation (ex. : lois, normes et code du bâtiment, etc.) et

⁶ Lecours (2002) et plusieurs autres soulignent que les approches néo-institutionnalistes renvoient à trois branches qui abordent différemment les problèmes sociaux et politiques. L'institutionnalisme historique repose sur le concept de *path dependency* (le sentier de la dépendance). Les événements sociopolitiques seraient conditionnés par le contexte institutionnel qui porte un ensemble de règles et de pratiques. Ensuite, l'institutionnalisme des choix rationnels considère que les institutions, qui posent les balises et les règles du jeu politique, constituent le résultat de choix rationnels effectués par des intervenant-es qui veulent rendre le monde plus efficace. Enfin, l'institutionnalisme sociologique soutient que les institutions sont le reflet de symboles et pratiques culturelles et à leur tour influencent les perceptions des intervenant-es. Ce faisant, les nouvelles institutions devraient s'inscrire en continuité. Dans ce contexte, les changements politiques s'opèrent lentement et graduellement.

les ressources disponibles, dynamiques et contraintes pour développer du logement social (Suttor 2016, 2011, 2014). Dans le cadre d'une comparaison de processus, il s'avère donc crucial de s'attarder à l'influence des institutions, d'autant plus que le contexte varie entre les provinces et même les villes au Canada.

Shearer et al. (2016) soulignent que les intérêts, les idées et les institutions sont trois importants facteurs qui interagissent dans les changements politiques. Leur étude révèle que ces trois variables ne sont pas suffisantes pour expliquer les changements politiques en matière de santé publique au Burkina Faso. Cette équipe de recherche démontre l'interdépendance de ces variables : un changement endogène ou exogène dans les intérêts, idées ou institutions influence le processus de manière à modifier les deux autres variables ainsi que la structure des réseaux politiques. Ce sont ces interactions avec les réseaux qui engendrent un changement de politique. Plusieurs théories et cadres employés pour interpréter les changements politiques insistent sur le rôle des réseaux comme l'ACF (Weible et Sabatier 2006), la théorie des réseaux sociaux (Adam et Kriesi 2007), la théorie de l'acteur-réseau (Akrich, Callon et Latour 2006) et la théorie des régimes urbains (Mossberger et Stoker 2001). Ainsi, Shearer et al. (2016) soulignent qu'en plus des intérêts, idées et institutions, l'analyse des processus politiques doit prendre en compte la composition et de transformation des réseaux. Dans le cadre de la recherche, les réseaux correspondent à l'ensemble des intervenant-es et de leurs relations ainsi que leurs modes et structures de gouvernance qui leur permettent d'agir.

L'ajout de la question des réseaux avec les « 3i » est repris par quelques recherches touchant les politiques en matière de santé et de logement (Murphy et Hearne 2019 ; S. L. Smith et Hunsmann 2019). Dans cette recherche, cela vise à saisir les interactions entre ces quatre facteurs. De cette façon il est possible de comprendre, par exemple, comment les intérêts rassemblent ou créent des conflits, les idées circulent et évoluent ainsi que l'influence des institutions sur la composition et la structure des alliances et partenariats. C'est en s'appuyant sur ces deux approches heuristiques et l'éthique du *care* féministe que la collecte de données est articulée et justifiée dans la prochaine section.

2.2.2 Le choix des terrains

Montréal, Toronto et Vancouver

Le Canada a été un des pays leaders en matière d'engagements politiques et de développements conceptuels en promotion de la santé. En 1984, la Ville de Toronto accueillait la conférence internationale *Au-delà des soins de santé* qui comportait l'atelier nommé Healthy Toronto 2000. Ces événements ont stimulé l'articulation et la diffusion des principes du mouvement mondial des Villes en santé (Hancock et al. 2017). Le *Projet des communautés canadiennes en santé*⁷ a été lancé en 1988 (*Canadian Healthy Community Project*) (Lacombe, Lévesque et Poirier 2002 ; Hancock 2002 ; Hancock et al. 2017). Ce projet est l'initiative de l'Institut canadien des urbanistes, la Fédération canadienne des municipalités et l'Association canadienne de santé publique. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social avait alors financé ce projet dans une centaine de municipalités. Celles-ci s'engageaient, par une résolution officielle, à mettre sur pied un comité intersectoriel en promotion de la santé (Manson-Singer 1994). L'objectif était de renforcer les capacités des gouvernements locaux à identifier et agir sur leurs enjeux de santé publique et intégrer la santé dans les processus politiques (Barr et Mucha 2009 ; McMullan 2002 ; Witty 2002).

En 1991, le projet pancanadien a cessé d'être financé. Les écrits indiquent que le gouvernement fédéral s'est retiré en raison du contexte politico-économique de la lutte au déficit (Witty 2002). Malgré ce retrait du fédéral, des démarches ont continué d'être soutenues par les gouvernements provinciaux et locaux (McMullan 2002 ; Hancock 2002 ; Hancock et al. 2017). De plus, des réseaux provinciaux ont appuyé les communautés dans leurs actions, entre autres, en organisant des événements qui permettent le réseautage et la diffusion des politiques innovantes (Hancock et al. 2017 ; Ouellet, Forget et Durand 1993). Actuellement, le Canada compte plusieurs centaines de *Communautés en santé* de différentes tailles qui ont des orientations et modes de fonctionnement uniques. Ces différences s'expliquent par les enjeux, les alliances et réseaux existants, la culture politique et les cadres législatifs locaux. Ces contextes influencent leur manière d'aborder les enjeux touchant les déterminants sociaux de la santé (Simos et de Leeuw 2017 ; Harpham, Burton et Blue 2001).

⁷ Au Canada, l'expression *Communauté en santé* est à celle de Villes en santé notamment pour favoriser la participation des municipalités rurales et des quartiers.

Cette recherche réalise une comparaison avec un faible nombre de cas afin de saisir l'éthique qui prévaut et les liens avec les Villes en santé puisque cela requiert de s'attarder à un certain niveau de détails. Quelques écrits sur le mouvement au Canada s'intéressent à plusieurs expériences locales ; cependant, celles-ci appartiennent généralement à une même municipalité ou province (voir par exemple, Fortin et al. 1994 ; McMullan 2002 ; Ouellet, Forget et Durand 1993). Ce type de comparaison peut mener à des explications relevant du contexte politique, institutionnel et réglementaire. Ainsi, cette recherche étudie des cas appartenant à des provinces différentes afin de comprendre les événements, dynamiques et facteurs qui convergent dans des contextes distincts. La réalisation d'une comparaison demande tout de même la sélection de cas présentant certaines similitudes (Rohlfing 2013). Ici, les éléments communs se trouvent dans le contenu des politiques étudiées et le contexte général des villes. Ainsi, cette recherche se penche sur des projets de logement avec soutien communautaire pour femmes cheffes de familles monoparentales à Vancouver, Montréal et Toronto. Comme le soulignent les données présentées au tableau 2.5 (page suivante), ces villes partagent plusieurs points communs sur le plan démographique et des enjeux d'habitation.

Ces villes sont le cœur des trois plus grandes régions métropolitaines canadiennes, ce qui leur confère une forte attractivité et donc influence la demande de logements. Les villes de Toronto et Montréal sont respectivement la première et la deuxième ville les plus peuplées du Canada. Bien que Vancouver soit au huitième rang, il s'agit de la ville la plus dense suivie par les deux autres. Leur forte densité pose plusieurs difficultés relatives au développement de nouveaux logements puisque les terrains vacants et constructibles se font rares et donc onéreux. Comme l'indique le tableau 2.5, en comparaison avec la moyenne canadienne, ces trois villes comptent une plus grande proportion de ménages locataires, ce qui est particulièrement marqué à Montréal. Avec des taux d'inoccupation de moins de 1 %, ces trois villes doivent composer avec une importante pénurie de logements locatifs, notamment des unités ayant plus de trois chambres à coucher. Toronto et Vancouver sont particulièrement frappées par une crise de l'abordabilité puisque les loyers et prix de vente sont en pleine croissance depuis les dernières années. Alors que la valeur moyenne des logements telle qu'estimée par leur propriétaire et les coûts liés à l'habitation sont comparables entre Montréal et la moyenne canadienne, ils sont bien plus élevés à Toronto et Vancouver. Conséquemment, Toronto et Vancouver comportent davantage de ménages consacrant plus de 30 % de leur revenu aux coûts liés à l'habitation ou éprouvant des besoins impérieux en matière de logement.

Dans les trois villes, les femmes locataires cheffes de familles monoparentales figurent parmi les populations ayant le plus fréquemment des besoins impérieux en matière de logement.

Tableau 2.5 Données sur la population et le logement

	Montréal	Toronto	Vancouver	Canada
Population (2016)	1 704 694	2 731 571	631 486	35 151 728
Densité (2016)	4662,1	4334,4	5492,6	3,9
Ménages selon le mode d'occupation (2016)				
Propriétaires	36,70 %	52,80 %	46,90 %	67,80 %
Locataires	63,30 %	47,20 %	53,10 %	32,20 %
Inoccupation des logements locatifs (2019)				
Tous les logements	1,6 %	1,5 %	1 %	2,2 %
3 pièces ou plus	0,8 %	1 %	0,6 %	1,5 %
Valeur des logements telle qu'estimée par le propriétaire (2016)				
Valeur moyenne	430 072 \$	754 015 \$	1 414 191 \$	443 058 \$
Frais moyens de logement selon le mode d'occupation (2016)				
Propriétaires	1 337 \$	1 682 \$	1 714 \$	1 313 \$
Locataires	835 \$	1 242 \$	1 296 \$	1 002 \$
Ménages consacrant plus de 30 % de leur revenu aux coûts liés au logement (2016)				
Propriétaires	21,1	27,4	27,8	16,6 %
Locataires	36,5	46,8	44,3	40 %
Ménages éprouvant des besoins impérieux en matière de logement (2016)				
Tous les ménages	15 %	23,3 %	19,8 %	12,7 %
Familles biparentales	6,5 %	17,2 %	11,5 %	4,9 %
Familles monoparentales	22,5 %	39,6 %	34,1 %	25,1 %
Menées par une femme	23,5 %	41,3 %	35,5 %	27,4 %
Locataires	30,8 %	55,8 %	48 %	41,6 %
Propriétaires	7,8 %	21 %	23,3 %	14,6 %
Menées par un homme	17,9 %	30 %	27,3 %	16,5 %

Sources des données : Statistique Canada (2016b, 2016c, 2016d, 2016a) et SCHL (2020b, 2019b)

Un autre important point commun qui justifie le choix de ces trois municipalités est leur adhésion au mouvement des Villes en santé. À Toronto, l'adhésion au mouvement s'est réalisée à travers des actions du service de santé publique municipal (Toronto Public Health, TPH). En 1978, TPH a publié un rapport avant-gardiste concernant les déterminants de la santé. Le département de

santé publique a réorganisé sa structure afin de développer de nouvelles pratiques plus décentralisées pour promouvoir la santé (Hancock et al. 2017). Après certaines phases de consultation auprès de la communauté et de partenaires, la Ville a adopté le rapport Healthy Toronto 2000 qui établit les lignes directrices pour créer une Ville en santé. Dans cette foulée, la Ville a mis en place le Bureau Ville en santé indépendant du service de santé publique. Ce bureau avait comme mandat principal de travailler, de façon horizontale, avec les services de la ville pour insuffler des changements et bâtir des partenariats pour la promotion de la santé et détecter les menaces pour la santé (Hancock et al. 2017 ; Perkins et Shields 1998 ; Macfarlane, Wood et Campbell 2015). Les actions de ce bureau étaient soutenues principalement par des élu·es et des personnes clés de la société civile. Le bureau favorisait l'établissement de collaborations entre plusieurs secteurs d'activité, soutenait l'implication de la population, des entreprises, du secteur communautaire et du gouvernement municipal en santé (Hancock et al. 2017). Dans cette foulée, des espaces de concertation et des politiques ont été établis. Celles-ci visaient, par exemple, à améliorer la qualité de l'air, la sécurité urbaine, les aîné·es, l'emploi chez les jeunes et les services aux personnes et familles en situation d'itinérance (Hancock et al. 2017 ; Schugurensky et Myers 2008).

La plupart de ces initiatives ont cessé à la suite de la fusion des six municipalités de la communauté urbaine de Toronto en 1998. Comme les élu·es nouvellement en place ont dirigé leurs efforts sur les questions environnementales, la santé n'était plus une priorité pour la Ville (Hancock et al. 2017 ; Macfarlane, Wood et Campbell 2015). Le bureau Ville en santé a été dissout. Puis, les comités associés ont été intégrés dans d'autres départements ou ont graduellement cessé leurs activités. Bien que certains comités aient perduré, ils ne disposent plus de mandats clairs concernant le travail intersectoriel et la mobilisation de partenaires dans une perspective de promotion de la santé (Hancock et al. 2017 ; Schugurensky et Myers 2008). L'Ontario Healthy Communities Coalition, qui a été établie en 1992, a pu soutenir certains groupes, coalitions et réseaux locaux et régionaux, qui travaillent au développement d'initiatives pour développer des communautés en santé.

Malgré ce désengagement, certaines orientations persistent, notamment l'intégration de la santé dans un certain nombre de politiques et plans d'action municipaux. Les plus récents plans d'action en habitation reconnaissent que les interventions en matière de logement sont cruciales pour créer des milieux de vie favorables à la santé et donc pour promouvoir la santé (City of Toronto 2019, 2009). Par ce plan d'action, les élus s'engagent à travailler dans une perspective

de logement d'abord (*housing first*) pour prévenir et combattre l'itinérance, entre autres, en améliorant l'offre de logements abordables. À Toronto, le développement de projets de logements sociaux ou abordables repose entre les mains des organismes à but non lucratif qui répondent à des appels de projets ou saisissent des opportunités de développement. Un exemple d'action municipale déployée pour accroître l'offre de logements abordables par la Ville est d'offrir des terrains pour le développement et d'accélérer le processus d'approbation des projets (City of Toronto 2009).

L'approche des Villes en santé fait son retour à Toronto en 2008. Le gouvernement provincial mandate alors les services de santé publique pour travailler avec les municipalités afin d'élaborer des politiques et des environnements sains (Macfarlane, Wood et Campbell 2015). TPH intègre cette approche dans son plan stratégique 2015-2019 et met sur pied une Direction des politiques publiques favorables à la santé. Leur mandat est de produire, synthétiser et diffuser des données probantes sur des enjeux de santé publique. Ces initiatives visent les déterminants environnementaux, sociaux et économiques de la santé, ce qui reprend les orientations des Villes en santé. Comme le service de la santé publique de Toronto fait partie du gouvernement municipal, ceux-ci peuvent directement influencer les décisions des élus (Hancock et al. 2017 ; Macfarlane, Wood et Campbell 2015). Certains de leurs rapports soulignent que le logement est un domaine à investir pour promouvoir la santé, accroître l'équité et réduire les inégalités particulièrement auprès de populations structurellement mal-logées (TPH 2011, 2016). Ces rapports visent à inciter la ville à prendre des actions concrètes pour développer des milieux de vie favorables à la santé. Ils recommandent, par exemple, des changements dans les règlements de zonage afin de favoriser la mixité des usages et la construction de logements abordables.

Lors de la première conférence internationale sur la promotion de la santé à Ottawa en 1987, l'idée des *Villes et Villages en santé* a été introduite auprès d'intervenantes du Québec. Au cours de cette même année, Rouyn-Noranda a été la première municipalité canadienne à adhérer au mouvement. Des dizaines de municipalités ont suivi et se sont associées pour créer le Réseau québécois des Villes et Villages en santé⁸ (RQVVS). Ce réseau mise sur l'échange de pratiques entre municipalités et le leadership des élus à soutenir les initiatives pour améliorer la qualité de vie locale (Hancock et al. 2017 ; O'Neill et al. 1990). En 1990, la Ville de Montréal a

⁸ En décembre 2019, le réseau québécois des Villes et villages en santé fusionne avec Carrefour action municipale et famille afin de former l'Espace MUNI qui dispose d'un programme nommé Communautés en santé.

adhéré au réseau et a mis en place le programme Vivre Montréal en santé avec un ensemble de partenaires, dont la santé publique. Ce programme visait notamment à appuyer la concertation intersectorielle de quartier qui était vue comme l'axe principal pour développer une Ville en santé (Vivre Montréal en santé 1993).

Au cours des années 1970 et 1980, le mouvement communautaire, surtout à Montréal, avait développé des initiatives pour stimuler la concertation intersectorielle en vue de l'amélioration de la qualité de vie et de la résolution des différents enjeux locaux. Dans cette foulée, des citoyen·nes, organisations communautaires, institutions, églises, partenaires économiques et syndicats ont travaillé, par exemple, à l'amélioration de la sécurité et ont lutté contre la pauvreté et les inégalités sociales (Sénécal et al. 2010 ; Gazzoli et Sauermann 2012 ; Cloutier et Sacco 2012). Certaines de ces coalitions ont utilisé l'appellation quartier en santé et même adhéré au RQVVS avant l'arrivée du programme municipal (Gazzoli et Sauermann 2012). Vivre Montréal en santé visait à favoriser et soutenir l'implantation de comités « quartier en santé » pouvant broser une analyse commune des enjeux touchant les déterminants sociaux de la santé et du bien-être. L'idée était de définir un plan d'action, des stratégies et des interventions spécifiques au quartier pour améliorer la qualité de vie et ainsi avoir des impacts sur la santé individuelle et collective (Initiative montréalaise de soutien au développement social local 2006 ; Ouellet, Forget et Durand 1993 ; Cloutier et Sacco 2012 ; Gazzoli et Sauermann 2012). Vivre Montréal en Santé a également permis l'établissement de comités sous le leadership de représentant·es de la Ville pour rassembler un réseau intersectoriel autour d'enjeux liés aux déterminants sociaux de la santé comme la sécurité alimentaire.

Les élu·es nouvellement en place en 1994 ont délaissé le Programme Vivre Montréal en Santé et certains espaces comme Nourrir Montréal qui travaille sur les enjeux de sécurité alimentaire (Bertrand 2004). La Ville continue de soutenir la concertation intersectorielle de quartier sous le thème du développement social et local. Ce thème efface graduellement les liens avec le mouvement des Villes en santé (Initiative montréalaise de soutien au développement social local 2006 ; Ville de Montréal 2015). Montréal continue de s'associer au mouvement en poursuivant une approche décentralisée misant sur les initiatives communautaires et intersectorielles. Dans son plan d'urbanisme (2006), l'adhésion au mouvement des Villes en santé est explicitée sous l'objectif « améliorer la qualité des milieux existants » qui se concrétise par des interventions menées par divers partenaires. Une attention particulière est dirigée vers plusieurs actions à entreprendre pour « soutenir des milieux de vie de qualité, diversifiés et

complets ». Ces actions concernent notamment la revitalisation, les interventions en matière de logement, l'aménagement d'espaces publics et privés, les mesures liées aux transports collectifs et l'apaisement de la circulation.

La réalisation de ces initiatives est soutenue par la Ville de Montréal, souvent en partenariat avec la Direction de la santé publique. La Ville dispose de programmes pour que les communautés évaluent les besoins et mettent en œuvre des interventions pertinentes. Certains programmes sont axés sur les saines habitudes de vie (Montréal métropole en santé) et le développement durable par l'aménagement du territoire (Quartiers 21) (Ville de Montréal 2016 ; Montréal métropole en santé 2017). D'autres programmes offrent des ressources pour soutenir les Tables de quartier (Initiative montréalaise de soutien au développement social local) et la revitalisation urbaine (stratégie intégrée de revitalisation urbaine) (Ville de Montréal 2015, 2006). Le mouvement des Villes en santé est explicité dans un certain nombre de ces programmes et initiatives et quelques-unes de ces initiatives s'associent au RQVVS. L'habitation est l'un des axes d'action possibles pour la revitalisation ou encore le développement social local. Les communautés mènent ou soutiennent, par exemple, des interventions pour améliorer le stock existant, de l'éducation aux droits des locataires et dans certains cas, de nouveaux projets de logements sociaux (Sénécal, Leduc-Primeau et Odile 2016).

En Colombie-Britannique, un réseau provincial pour les *Communautés en santé* a été établi en 1989. Celui-ci a rapidement cessé ses activités à la suite des coupes budgétaires du gouvernement fédéral (Hancock et al. 2017). Bien que plusieurs municipalités et organisations aient individuellement continué à adopter des politiques et programmes favorables à la santé, le mouvement, à l'échelle provinciale, s'est essouffé (Barr, Pedersen et Rootman 2006). En 2005, le gouvernement provincial a soutenu le retour du mouvement. D'une part, un financement récurrent a été octroyé au *BC Healthy Community initiative* qui offre de la formation, des outils, des conseils et des programmes pour soutenir les municipalités et les organisations communautaires à promouvoir la santé (Hancock et al. 2017 ; Miro et al. 2015). D'autre part, le ministère de la Santé a mis à jour et redéfini les fonctions de la santé publique, notamment en reconnaissant l'importance de l'aménagement et de la planification du territoire (Miro et al. 2015). Dans cette foulée, trois des cinq autorités régionales de santé publique se sont rassemblées pour renforcer leurs capacités à collaborer pour créer des Villes en santé. Ce projet leur a permis de réaliser des changements organisationnels pour conseiller et collaborer

avec les municipalités afin qu'elles intègrent la santé dans l'aménagement et la planification du territoire et du transport (Miro et al. 2015).

À Vancouver, l'engagement à devenir une Ville en santé est donc plus récent qu'à Montréal et Toronto. En 2011, le Conseil municipal adopte une nouvelle approche de développement qui intègre entre autres la question de la santé (Neufeld 2013). En 2013, la Ville établit un protocole formel de collaboration avec la Vancouver Coastal Health (VHC) pour intégrer la santé dans les prises de décision de certains secteurs, dont le logement et la lutte à l'itinérance (Neufeld 2013). Suivant les conseils de VCH et une vaste consultation de la population et d'organisations issues de divers secteurs d'activité, la Ville dévoile sa stratégie *A Healthy City for All* en 2014. Celle-ci s'inscrit explicitement en continuité avec le mouvement des Villes en santé (City of Vancouver 2014). Cette stratégie vise à susciter une intégration intersectorielle. Elle constitue le pilier social d'une planification en matière de développement durable (les piliers économiques et environnementaux étant respectivement l'*Economic Action Strategy* et le *Greenest City Action Plan*). Puis, ses 13 axes d'action, qui comportent des cibles à court et à long terme touchant les déterminants sociaux de la santé, intègrent les orientations et actions contenues dans les stratégies sectorielles. Par mesure de cohérence, les orientations et valeurs associées à la promotion de la santé sont désormais intégrées dans les stratégies sectorielles et plans d'action locaux (City of Vancouver 2014). La réalisation des cibles repose sur un ensemble de partenaires publics, privés et communautaires issus de divers secteurs d'activité. Le suivi de la stratégie est assuré par une table intersectorielle, la *Healthy City for All Leadership Table* qui est composée de représentant·es de la Ville, d'OSBL, d'entreprises, du milieu de la recherche et de résident·es. Le conseil municipal assure également le suivi des stratégies et plans d'action à travers les séances du conseil (City of Vancouver 2014).

La stratégie de Vancouver comporte un axe dédié aux questions liées à l'habitation qui vise à ce que des logements abordables, avec un degré varié de soutien, soient disponibles pour l'ensemble des Vancouverois·es. Les deux principaux objectifs de cet axe sont de mettre fin à l'itinérance chronique et d'accroître l'offre de logements abordables, notamment pour les populations plus vulnérables. Les moyens pour atteindre les cibles fixées dans le cadre de la stratégie sur le logement et l'itinérance (*Vancouver Housing and Homelessness Strategy*) sont la création de 2900 logements avec soutien communautaire, de 5000 logements sociaux (qui en incluent 1000 en maison de chambre) et de 5000 logements locatifs (City of Vancouver 2015). Dans cette stratégie, le logement est décrit comme un prérequis pour avoir une Ville en santé,

pour le développement économique et plus globalement pour répondre à la mission de la Ville (City of Vancouver 2017). Pour atteindre les cibles, la Ville introduit certains changements politiques et règlementaires pour encourager la mixité sociale et le développement de logements rarement développés par le secteur privé (locatif, grandes unités et abordable aux ménages à faible revenu). De plus, une agence est établie pour coordonner les partenariats entre les développeurs privés, les OSBL et le gouvernement municipal pour le développement de ces projets résidentiels. Pour développer des logements destinés aux ménages à faible revenu, la Ville développe des partenariats avec des OSBL, par exemple en offrant des subventions, des terrains ou encore des opportunités de développement (City of Vancouver 2017).

Malgré l'hétérogénéité des stratégies pour développer des Villes en santé, l'amélioration de l'offre de logements, notamment pour les populations à faible revenu, est l'un des champs d'action à entreprendre. Le développement de nouveaux logements sociaux relève, dans les trois cas, d'une mobilisation du secteur communautaire et les municipalités sont plutôt en appui aux démarches de ce dernier.

Choix et présentation des programmes de logements

La sélection des cas se base sur plusieurs critères pour avoir un certain degré de similitudes. Il faut donc chercher des programmes de logements sociaux avec soutien communautaire pour femmes cheffes de familles monoparentales. Ce faisant, le loyer doit être abordable pour un ménage à faible revenu et il doit y avoir sur place des activités qui permettent de soutenir les mères et leur famille. Au sein de ces programmes, les femmes doivent être considérées comme étant autonomes, ce qui signifie qu'elles disposent de leur propre logement. De plus, le soutien ne vise pas à répondre à leurs besoins de base, mais à les aider dans leurs diverses démarches pour aller de l'avant avec leur vie (ex. : retour aux études, recherche d'emploi, référencement, etc.). La recherche s'intéresse également à des projets récents et de taille similaire, c'est-à-dire moins de 30 unités, qui ont ouvert au cours des 10 dernières années sur le territoire des trois villes.

En raison des difficultés associées au développement de nouveaux logements sociaux, un nombre limité de programmes qui s'adressent aux femmes ont été développés au cours des dernières années. Ainsi, il est plus ardu de trouver des projets correspondant à ces critères

surtout à Toronto. Par des recherches sur le web et quelques échanges par courriel avec des intervenant-es du milieu, j'ai ciblé quelques programmes dans chaque ville. Puis, j'ai eu le privilège de réaliser des séjours de préterrain à Toronto et Vancouver. Ces séjours m'ont permis de rencontrer des organisations ayant récemment créé des programmes de logements sociaux dédiés aux femmes et ainsi mieux saisir le contexte local. Lors de ces rencontres, je présentais le projet de recherche ainsi que la démarche de collecte de données visant à documenter les processus associés à la création des programmes de logement. Je pouvais alors confirmer si le programme correspondait aux critères, mais surtout voir s'il y avait un intérêt à collaborer de leur part.

Alors qu'à Montréal et à Vancouver, les organisations ont rapidement accepté, deux organisations à Toronto ont refusé de participer par manque de temps et de ressources à y consacrer. En raison de la pénurie de logements abordables, les organisations qui soutiennent ces programmes sont bien souvent débordées et ont conséquemment moins de temps pour s'impliquer dans une recherche. Pour d'autres, ce contexte difficile constituait une forme de motivation à participer puisque les représentantes des organisations voyaient la pertinence sociale liée au fait de documenter les démarches permettant la création de nouveaux logements dédiés aux femmes. J'ai finalement trouvé trois organisations, soit Mon Toit, mon Cartier à Montréal, le Young Women's Christian Association (YWCA) Metro Vancouver et Massey Centre for Women à Toronto. Ces dernières ont signé une entente stipulant qu'elles s'engagent à collaborer à la recherche, et que le nom de leur organisation et des programmes soient cités dans d'éventuelles publications qui découleraient de la recherche. Il est à noter que les organisations étaient invitées à ajouter des conditions. L'une des organisations partenaires a demandé à être tenue au courant des publications liées à cette thèse qui mentionnent leur nom. Cet engagement a été respecté. Chaque fois qu'un article a été soumis à une revue, j'ai notifié la personne-ressource par courriel en lui envoyant le manuscrit indiquant clairement les passages qui font explicitement référence à leur initiative. À la suite de la signature de l'entente, les organisations ont, si possible, fourni des documents ainsi que les noms et contacts des personnes clés à rencontrer. Les prochains paragraphes introduisent ces programmes tout en spécifiant le contexte associé au développement de logements sociaux.

Depuis 1996, le gouvernement ontarien a délégué la responsabilité pour le logement social entre les mains des gestionnaires de services qui se déploient à l'échelle municipale. Ce transfert s'est réalisé sans un engagement politique, une transformation des pouvoirs des villes

et des ressources fiscales suffisantes pour répondre aux besoins de logement (Hackworth et Moriah 2006 ; Suttor 2016). Le développement se fait principalement par le biais des fournisseurs de logements municipaux ou privés à but non lucratif qui accèdent aux quelques programmes fédéraux, provinciaux et municipaux disponibles (Suttor 2016). Les obstacles résident donc dans la difficulté à accéder à des fonds pour soutenir le développement de nouveaux projets. En 2010, la province a réalisé un certain retour en lançant sa *Stratégie à long terme de logement abordable* qui vise à ce que l'ensemble de la population dispose d'un logement abordable, convenable et adéquat. Depuis 2011, la province exige que les municipalités élaborent des stratégies de logement et de lutte à l'itinérance sur dix ans et que celles-ci soient mises à jour tous les cinq ans (Gouvernement de l'Ontario 2016). Toutefois, peu de fonds sont dédiés au développement de nouveaux logements sociaux puisqu'une large part des investissements sont alloués à des allocations et subventions utilisées sur le marché privé. Ainsi, les municipalités peinent à atteindre leurs cibles de nouveaux logements abordables associés à leur plan d'action (Adamo et al. 2016).

En 2013, le Massey Centre, qui intervient sur la santé mentale des enfants et qui soutient les jeunes mères et femmes enceintes, crée le programme *New Lives Start Here*. Il s'agit de leur premier programme résidentiel où les femmes peuvent demeurer sur un plus long terme. Ce programme se déploie dans 10 maisons de ville — dont l'organisme disposait — qui sont situées à côté de leur complexe de service dans le quartier East York. Les femmes ont, pour une durée de quatre ans, un logement dont le loyer est ajusté à leurs revenus. Elles bénéficient du soutien d'une travailleuse sociale qui leur est associée et d'autres programmes du centre comme le service de garde. Le programme est destiné aux jeunes femmes qui sont cheffes de familles monoparentales âgées de 18 à 25 ans et qui se trouvent en situation d'itinérance ou mal-logées et inscrites ou qui désirent entreprendre des études postsecondaires. Sur le plan financier, en plus des fonds associés au fonctionnement de l'organisme, elles ont le soutien de quelques dons privés et une subvention pour les loyers de la Ville de Toronto.

En Colombie-Britannique, les politiques et programmes provinciaux établis depuis 1990 favorisent l'attribution de supplément au loyer sur le marché privé, le financement de services d'hébergement d'urgence ainsi que de logements permanents ou transitoires avec soutien. Ces investissements sont destinés principalement à des personnes en situation d'itinérance aux prises avec des problèmes de santé mentale et de consommation (Klein et Copas 2010). Les principaux obstacles au développement de logements sociaux sont liés au manque de terrains

disponibles pour le développement et la résistance des riverain·es. Ceux-ci craignent que l'arrivée d'un projet change la dynamique de leur quartier (ex. : hausse de la criminalité, du bruit et du flânage) et que cela affecte la valeur de leur propriété (BC Housing 2018). Depuis quelques années, Vancouver atteint ses cibles en matière de développement de logements sociaux et abordables, entre autres grâce à un partenariat financier impliquant la Ville, VCH et la Street to Home Foundation (Adamo et al. 2016).

En 2017, le YWCA (Young Women's Christian Association), qui est une organisation dédiée à l'offre de services aux femmes et aux filles dans une perspective d'égalité, ouvre la *Cause We Care House*. Ce programme est situé au-dessus du nouveau point de service de bibliothèque néçá?mat ct⁹ dans le quartier du Downtown Eastside. Le YWCA y offre 21 appartements abordables et permanents à des femmes cheffes de familles monoparentales en situation de pauvreté. Ces logements sont assortis d'un soutien qui se déploie par des activités dans les espaces collectifs et le centre de services sur place et dans les autres programmes du YWCA à travers la ville. Ce programme est une construction neuve développée par le biais d'un partenariat qui implique plusieurs organisations publiques et privées ainsi qu'une vaste collecte de fonds.

Enfin, le programme AccèsLogis Québec, établi en 1997 à la suite de pressions d'organisations communautaires, soutient le développement de logement social et communautaire. À chaque budget, le gouvernement réserve certaines sommes à ce programme qui permet aux coopératives, offices municipaux et OSBL d'habitation de développer des projets de logement pour les ménages à revenu faible ou modeste. Les logements peuvent comprendre du soutien communautaire sur place pour assurer la stabilité résidentielle et favoriser l'inclusion sociale des locataires (Bouchard, Frohn et Morin 2010 ; Perron et Roy 2007). Jusqu'en 2016, Montréal était mandataire du programme provincial. Depuis l'obtention du statut de métropole, la Ville est responsable des opérations et des budgets associés. Les intervenant·es éprouvent des difficultés à utiliser ce programme puisque les montants admissibles pour la construction ne correspondent pas aux coûts réels. En effet, les montants n'étaient pas indexés, ajustés aux réalités régionales et certaines dépenses nécessaires n'étaient pas couvertes comme la décontamination des sols (FQCH 2018).

⁹ néçá?mat ct peut se traduire par « nous ne faisons qu'un » dans la langue hən̓q̓əmiñəm̓ (Musqueam) pour honorer la nation Coast Salish et ses territoires traditionnels non cédés sur lesquels la bibliothèque est située.

En 2016, l'OBNL d'habitation Mon Toit, mon Cartier termine son premier projet de logement social nommé *Grandir jusqu'au toit!* Ce programme est destiné aux femmes monoparentales à faible revenu prioritairement du quartier Bordeaux-Cartierville. L'immeuble comprend 14 appartements dont le coût du loyer est ajusté au revenu des ménages. Les femmes disposent du logement et du soutien offerts sur place pour une durée de 3 à 5 ans dans le but d'entreprendre un projet de vie qui les prépare à leur transition vers une plus grande autonomie. Ce projet est issu de rénovations majeures d'un immeuble existant. Un organisme qui œuvre auprès des familles du quartier et qui dispose d'un service de halte-garderie s'est établi au rez-de-chaussée. Le projet est soutenu financièrement et majoritairement par les programmes publics disponibles et complété par des fondations privées.

Bien que ces trois cas présentent plusieurs similitudes, ces programmes s'inscrivent dans des milieux bien différents. À Vancouver, le Downtown Eastside est un quartier central associé à d'importants enjeux de pauvreté, d'itinérance, de consommation d'opioïdes et de gentrification. À Montréal, Bordeaux-Cartierville est situé en périphérie et est associé à un quartier d'accueil pour l'immigration et marqué par d'importantes inégalités socioéconomiques chez les résident·es. Le quartier East York s'apparente à une banlieue. En comparaison avec Toronto, le quartier accueille moins de ménages immigrants et les revenus sont légèrement supérieurs à la moyenne. Les programmes diffèrent également sur le plan de la population ciblée, du temps que les familles peuvent résider dans les logements et du niveau de soutien offert. Les trois organismes ont des missions distinctes et des années d'expérience dans l'offre de logements sociaux. Les cas présentent des divergences concernant le niveau de construction requis ainsi que le type de milieu dans lequel ceux-ci s'inscrivent. Des différences sont aussi notées dans les structures de financement qui reflètent le contexte politique provincial. À partir de ces trois cas, il est maintenant possible de justifier les choix pour la collecte de données.

2.3 Collecte des données

2.3.1 Choix des instruments de collecte

L'étude et la comparaison de cas demandent d'être systématiques, et ce, en ayant recours à un même protocole méthodologique (Gauthier 2009). Cela requiert également de collecter une grande quantité de données idéalement provenant d'un large éventail de sources, et ce, pour

assurer leur validité (Tansey 2007). La collecte de données tente de dévoiler le plus d'informations possible sur les processus mis en œuvre. Ces informations visent à dégager des similitudes et divergences entre les cas en ce qui a trait aux liens entre les Villes en santé et le *care*. La rencontre de personnes clés constitue un des moyens privilégiés dans la plupart des études concernant les processus politiques puisqu'elle permet d'obtenir une dimension diachronique sur les événements (Pinson et Pala 2007). Parfois, seul le témoignage de certains individus impliqués dans le processus peut fournir certaines informations qui dévoilent les facteurs cruciaux qui mènent à un changement politique (Tansey 2007). Cette recherche emploie deux outils de collecte de données pour saisir le témoignage de personnes clés, à savoir la carte mentale et l'entretien semi-dirigé.

Entrevues, cartes mentales et analyse documentaire

Les cartes mentales prennent des formes variées qui ne se limitent pas à une compréhension spatiale et géographique des phénomènes. Elles peuvent être des dessins, schémas, lignes de temps ou d'un autre type de représentation graphique tel que vécu et perçu par les dessinateurs et dessinatrices (Dandoy et Matagne 2011). Malgré cette diversité, les cartes mentales permettent aux individus de « représenter visuellement les idées d'un sujet à propos d'un objet donné [...] [afin] de capturer à la fois les représentations, des idées et leur contexte » (Loiseau et Brunet 2011, 27). Dans le cadre de cette recherche, la carte mentale touche les processus mis en œuvre pour la création des programmes de logements. Il s'agit principalement d'une activité pour briser la glace qui offre un moment pour se remémorer un processus qui parfois remonte à de nombreuses années. Comme ils et elles sont appelé·es à se situer dans les processus illustrés, cet outil permet de mieux comprendre leur degré d'implication et donc la fiabilité des informations recueillies.

Comme le soulignent Loiseau et Brunet (2011), les consignes données lors de l'emploi des cartes mentales pour la collecte de données doivent être générales et neutres de façon à stimuler la spontanéité. Les interviewé·es étaient invité·es à schématiser les démarches associées au développement de nouveaux programmes de logements sociaux pour les femmes et d'y situer leur implication avec un crayon de couleur. La consigne est légèrement différente selon si les participant·es sont associés ou non au cas à l'étude. Celle-ci était énoncée à l'oral et était inscrite sur des feuilles à leur disposition. Je leur ai également offert un crayon à la mine et

une gomme à effacer. Je suggérais de prendre une quinzaine de minutes pour effectuer l'exercice. Idéalement, une fois la carte mentale complétée, les modifications apportées étaient réalisées avec un stylo.

Cet exercice a suscité de l'enthousiasme, en particulier chez ceux et celles qui ont plus de facilité à schématiser leur pensée. Il était attendu que certaines personnes auraient une réticence ou encore de l'hésitation face au dessin, par exemple, par peur de ne pas être un bon dessinateur (Loiseau 2011). Pour éviter ce type de réactions, j'ai bien précisé que la qualité du schéma n'est nullement prise en compte et mentionné la possibilité de le modifier au fil de la rencontre si d'autres éléments leur venaient à l'esprit. J'ai également proposé de réaliser la carte mentale pendant que des explications étaient fournies si cela pouvait les rendre plus à l'aise. Lorsque les participant·es manquaient d'inspiration, je suggérais d'utiliser des mots et façons d'illustrer (ex. : ligne du temps, réseaux impliqués, liste d'étapes, mots-clés ou dessin libre). Comme l'indique l'annexe 2, des questions de relance générales et non directives ont été posées, au besoin, afin de stimuler leur réalisation. Malgré ces encouragements, trois interviewées ont refusé de réaliser une carte mentale ce qui a été respecté.

Considérant que les cartes mentales sont réalisées dans un temps relativement court, elles résument les étapes ou les modes d'organisation. Malgré les explications fournies par les participant·es pendant ou après la réalisation, il s'agit tout de même d'une représentation simplifiée et limitée de la réalité. Pour accéder aux détails nécessaires afin de répondre aux objectifs de recherche, j'ai eu recours à l'entretien semi-dirigé. Dans le cadre de cette recherche, les cartes mentales sont davantage un outil d'étayage pour faciliter l'amorce et la réalisation de l'entretien. À partir de la carte mentale, j'ai pu ajuster la grille d'entretien et même référer à des éléments illustrés pour valider la compréhension du récit de l'interviewé·e.

L'entretien semi-dirigé est un mode de collecte de données donnant un accès direct aux individus impliqués. L'entretien repose sur une relation interpersonnelle qui s'établit au fil de la conversation et permet d'aborder certaines thématiques cruciales pour la recherche (Savoie-Zajc 2009). En ce sens, je vois les entretiens comme une co-construction de sens qui s'établit entre les interlocuteurs et interlocutrices au fil des échanges. Cette thèse s'appuie sur la définition de Savoie-Zajc (2009) qui voit l'entretien « comme une interaction verbale entre des personnes qui s'engagent volontairement dans pareille relation afin de partager un savoir d'expertise, et ce, pour mieux dégager conjointement une compréhension d'un phénomène d'intérêt pour les personnes en présence ». (p.339) Ainsi, je reconnais que les personnes

rencontrées constituent des expert-es disposant de savoirs concernant la santé publique et le logement social dans les trois villes. L'entrevue constitue donc un des outils permettant de transférer ces connaissances. En ayant amorcé la rencontre avec un exercice de carte mentale, il était possible de développer une compréhension conjointe du phénomène en utilisant deux médiums, à savoir la parole et le dessin.

Dans le cadre de cette recherche, je reconstruis les processus politiques à partir des visions entretenues par les principales personnes impliquées. Selon l'épistémologie des points de vue (*standpoint theory*), les savoirs ne sont pas neutres et objectifs, mais reposent plutôt sur des connaissances situées et partielles (Charron 2016). Comme le souligne Haraway (1988), le monde n'est pas lisible en soi puisque les réalités sont dynamiques et mouvantes. Le monde devient compréhensible à travers un ensemble de visions qui me sont transmises. Comme ces visions sont incarnées par des individus, celles-ci sont partielles et partiales puisqu'elles sont forgées par leur position sociale et les contextes dans lesquels elles et ils évoluent. L'épistémologie des points de vue n'appelle pas à un relativisme total (Haraway 1988). Ces visions ne sont pas la vérité pour autant, elles représentent la vérité selon la personne rencontrée. Ces vérités partielles et partiales sont des savoirs situés. À partir de ces savoirs situés, qui sont remis dans leur contexte, il est possible d'envisager une lecture globale des phénomènes.

Contrairement aux approches qui cherchent à développer une représentation objective des réalités, l'épistémologie des points de vue appelle à saisir la complexité, les contradictions et les facteurs de structuration d'une situation (Haraway 1988). La force des savoirs situés réside dans la communauté et dans l'accumulation et l'analyse de ces visions de manière à saisir et approfondir les tensions ainsi que les récurrences. Ainsi, je reconnais que les participant-es détiennent un regard subjectif sur les événements qui ont mené à la création des programmes de logement. Ce regard est conditionné particulièrement par leur position sociale et leur rôle par rapport aux cas qui, dans mon cas, a été posé par le biais de la carte mentale. Il est donc normal que certains points de vue ou discours concernant un même processus se contredisent. La tenue de multiples entrevues permet l'accumulation de points de vue sur les cas et offre de reconstruire les processus mis en œuvre. Cela permet également de saisir les tensions et contradictions dans les narratifs. Cette recherche compare les points de vue afin de saisir les convergences au sein et entre les cas concernant les objectifs spécifiques.

J'ai opté pour un mode d'entrevue semi-dirigé afin de laisser les participant·es expliquer leur point de vue tout en recadrant à l'aide de questions que je souhaite explorer en raison des objectifs de recherche. Cette interaction entre la liberté de parole et le recadrement permet une construction conjointe d'un discours qui offre un éclairage riche sur le phénomène étudié (Savoie-Zajc 2009). J'ai recadré et relancé la discussion à l'aide des grilles d'entretiens et certaines informations mentionnées par d'autres entrevues en vue d'une triangulation. Cette grille, qui est présentée dans la prochaine section, aborde les principaux éléments associés aux objectifs spécifiques.

Les entretiens comportent certaines limites concernant la validité des informations, notamment parce que la mémoire des individus n'est pas infaillible, ceux-ci pouvant oublier ou encore mélanger certains éléments. En outre, les dires des interviewé·es peuvent se contredire puisqu'ils et elles ne livrent pas la vérité, mais leurs opinions ou leurs interprétations des événements (Tansey 2007 ; Pinson et Pala 2007). De plus, l'entrevue s'inscrit dans un espace-temps unique, mais aussi planifié et orienté vers des objectifs associés à la recherche. Ainsi, les informations avancées par les participant·es peuvent être biaisées par une désirabilité ou le contexte de l'entretien. Comme ces programmes ont été établis par des intervenant·es communautaires, ils et elles sont généralement fier·es et donc plus hésitant·es à critiquer les démarches. Elles et ils ont également tendance à minimiser les tensions et conflits qui ont marqué les processus et partenariats surtout chez ceux et celles qui y demeurent engagés. Pour accroître la validité des données, cette recherche a saisi le contexte entourant les informations obtenues par entretien et à les valider par le recoupement avec d'autres entrevues ou documents (Pinson et Pala 2007). Certaines précautions sont également prises pour assurer la validité. Celles-ci sont expliquées dans la section dédiée aux enjeux de l'éthique de la recherche à la fin du chapitre.

J'ai finalement eu recours à l'analyse de documents. Je me suis penchée sur des textes publiés au maximum 10 ans avant l'ouverture des programmes puisque ces démarches demandent généralement plusieurs années pour se concrétiser. Au total, plus de 200 documents ont été rassemblés. Certains ont été fournis par les organisations et d'autres ont été trouvés par le biais d'une recherche sur le web. J'ai sélectionné 20 documents par ville à la suite de la réalisation des entrevues afin de retenir ceux pouvant approfondir et compléter les points de vue des interviewé·es. Le tableau 2.6 à la page suivante catégorise ces documents.

Tableau 2.6 Synthèse des documents retenus pour l'analyse documentaire

Thèmes	Montréal	Toronto	Vancouver	Total
Processus et programmes	9	7	7	32
Le mouvement des Villes en santé	9	12	10	20
Contexte d'émergence	2	1	3	8
Type				
Publics généraux	9	12	12	31
Publications de l'organisation mandataire	7	8	2	19
Médiatiques	4	0	6	10
Année de publication				
2006	1			2
2007	1			1
2008				0
2009	1	1		0
2010	1		2	3
2011	1	2	2	4
2012	2	2		3
2013		5	5	11
2014	2		3	5
2015	6	7	4	16
2016	3	2	2	9
2017	2	1	1	3
2018			1	3

Source : Autrice

Les documents sont divisés en trois thèmes : les processus mis en œuvre pour créer les programmes de logements (32/60), le mouvement des Villes en santé (20/60) et des événements qui participent du contexte d'émergence (8/20). L'analyse a porté sur trois types d'écrits : 31 documents publics généraux (ex. : plans d'action, programmes et politiques touchant notamment le logement, la santé publique et les Villes en santé), 19 publications des organisations mandataires des programmes (ex. : brochures, plans d'action et rapports annuels, procès-verbaux, demandes de subventions, évaluations, ententes et règlements généraux) et 10 écrits médiatiques (ex. : articles de journaux, billets de blogues et reportages). À noter qu'aucun document médiatique n'a été retenu pour le cas de *New Lives Start Here*. Comme il

ne s'agissait pas d'une démarche impliquant une nouvelle construction ou une rénovation majeure, cette initiative a reçu peu d'attention médiatique. Les documents sélectionnés ont été publiés ou rédigés entre 2006 et 2018. La zone en gris dans le tableau indique la période durant laquelle les intervenant·es étaient engagé·es dans le processus de création des programmes. Comme l'illustre le tableau, plus de la moitié (31/60) des documents retenus ont été publiés ou rédigés pendant le processus de création puisqu'il s'agit de la période qui intéresse la recherche.

L'analyse documentaire est employée pour dégager les moyens officiels employés par les municipalités pour devenir des Villes en santé et pour approfondir et compléter les entrevues. Les documents ont été sélectionnés pour remplir trois objectifs. Les documents permettent premièrement de valider des informations mentionnées par un nombre limité de participant·es (ex. : conflits avec des partenaires, obstacles et oppositions aux projets). Toutefois, ces éléments ont parfois suscité une réaction dans les médias ou figurent dans des procès-verbaux. Les documents visent deuxièmement à compléter le contexte et des éléments factuels avancés par un nombre limité d'interviewé·es tels que des dates, des compositions de comité et certaines séquences d'actions. Troisièmement, l'analyse de document sert à dégager les liens avec les moyens associés aux stratégies pour faire de Montréal, Toronto et Vancouver des Villes en santé. Cela impliquait de cibler des expressions telles que « villes en santé », « métropole en santé » et « quartier en santé » ainsi que des références explicites au mouvement diffusé par l'OMS dans les plans d'actions et politiques associées aux processus de création.

Le tableau 2.7 (page suivante) est une synthèse du cadre opératoire de cette recherche. Chaque objectif opérationnalisé est associé aux modes de collecte de données. Les entretiens semi-dirigés sont les principaux matériaux mobilisés pour les études de cas. Les cartes mentales et l'analyse documentaire sont mobilisées en appui aux données recueillies par le biais des entretiens. Les prochains paragraphes expliquent comment les grilles d'entrevue (annexe 2) sont conçues pour répondre aux objectifs de recherche.

Tableau 2.7 Synthèse du cadre opératoire

Objectif	Dimensions	Caractéristiques	C	E	A
1. Comprendre l'influence des éthiques du <i>care</i> sur les orientations des démarches associées à la création de nouveaux logements sociaux.	Valeurs du <i>care</i>	Sensibilité contextuelle			
		Réactivité			
		Conséquence des choix			
	Orientations des processus politiques mis en œuvre	Idées			
		Intérêts			
		Institutions			
		Réseaux			
2. Comprendre comment la création des programmes de logements sociaux vise à résoudre un déficit de <i>care</i> .	Modalités pour résoudre un déficit de <i>care</i>	Sollicitude			
		Prise en charge			
		Exercice de soins			
		Rétroaction			
		Prendre soin avec			
	Phases des processus politiques mis en œuvre	Émergence			
		Formulation			
		Mise en œuvre			
		Évaluation			
		Rétroaction			
3. Comprendre si et comment les stratégies mobilisées à Montréal, Toronto et Vancouver pour devenir des Villes en santé influencent la création de programmes de logements sociaux.	Stratégies pour créer des Villes en santé	Engagement politique pour la promotion de la santé			
		Intégration de la santé dans les politiques publiques			
		Partenariats intersectoriels			
		Soutien à la mob. comm.			
	Phases des processus politiques mis en œuvre	Émergence			
		Formulation			
		Mise en œuvre			
		Évaluation			
		Rétroaction			
	Orientations des processus politiques mis en œuvre	Idées			
		Intérêts			
		Institutions			
		Réseaux			
4. Comprendre comment les partenaires associés à la création de logements sociaux perçoivent la contribution des nouveaux programmes au développement de Villes en santé.	Dimensions du logement	Risque physique			
		Conception physique			
		Dim. psychologiques			
		Dim. sociales			
		Dim. politiques			
		Dim. financières			
		Localisation			
	Cibles en promotion de la santé	Enjeux			
		Milieux de vie			
		Populations			

C : Cartes mentales

E : Entretiens semi-dirigés

A : Analyse documentaire

Source : Autrice

Articulation des entrevues avec les objectifs spécifiques de recherche

Après la réalisation et l'explication de leur carte mentale sur les démarches associées au développement de nouveaux de logements sociaux, cinq séries de questions ont été posées aux personnes-clés. L'ordre de ces questions invite les interviewé·es à parler d'abord de leur expérience liée aux logements sociaux. Les questions sur les liens avec le mouvement des Villes en santé et la portée des initiatives pour la promotion de la santé sont posées à la fin de l'entretien puisqu'il s'agit de thèmes moins explicites dans leur travail. Il est à noter que les grilles d'entrevue sont traduites pour les participant·es de Vancouver et Toronto. De plus, les questions sont légèrement différentes pour les personnes directement impliquées dans les cas comparativement aux intervenant·es périphériques. En dépit de légères différences de formulation, l'organisation des grilles demeure la même.

La première série de questions s'attarde aux processus pour comprendre si et comment les nouveaux logements sociaux visent à résoudre des déficits de *care* (objectif 2). Ces questions mobilisent l'approche séquentielle pour amener les participant·es à découper et décrire les démarches associées à la création des programmes en moments clés. Pour chaque phase, des relances sont posées pour déceler si ces actions visent à résoudre un déficit de *care*. Ces relances sont articulées à partir des modalités du *care* de Fisher and Tronto (1990) et Tronto (2013) telles que décrites précédemment. Ainsi, la première question touche le contexte entourant l'émergence de l'idée de créer des logements sociaux. Les relances concernent l'influence de l'attention et de la sollicitude à l'égard des besoins des femmes cheffes de familles monoparentales. La seconde question aborde la formulation des programmes. La relance vise cette fois à cerner les personnes et les organisations qui prennent davantage de responsabilités pour répondre aux besoins identifiés. La troisième question concerne la mise en œuvre, soit l'ensemble des activités entreprises pour concrétiser ces nouveaux logements. La relance demande qui sont les personnes davantage impliquées dans ces actions. La quatrième question touche à l'évaluation du programme de logement ou de son processus de création. La relance interroge si, quand et comment les locataires peuvent s'exprimer et être entendues. Pour documenter la phase de la rétroaction, je demande aux participant·es les obstacles rencontrés à chacune des phases décrites. Ces obstacles indiquent, par exemple, la nécessité de reconnaissance de nouveaux problèmes, de reformuler les programmes, de réorienter la mise en œuvre et de réévaluer leurs approches. Cette série de questions me permet, en somme, de cerner si les intervenant·es voient les déficits de *care* comme des préoccupations et comment

les initiatives de logement visent à y remédier. Les cartes mentales et les entrevues sont les principaux matériaux employés pour retracer les processus et les liens avec les modalités du *care*. Je mobilise, au besoin, des documents pour compléter ou confirmer certaines informations nommées par un nombre limité de personnes interviewées.

Une seconde série de questions concerne les processus de création sous l'angle des orientations. Cette série s'organise autour des idées, des intérêts et des institutions, et ce, afin de comprendre les réseaux impliqués dans les démarches. La première question touche les principales idées qui facilitent ou posent des obstacles à la création de logements sociaux pour les femmes. En s'intéressant à ces idées, il est possible de cerner qui sont les personnes qui les diffuse et donc de comprendre les organisations et individus clés à ces démarches. La seconde question touche les réseaux engagés dans la création des logements en interrogeant les intérêts qui rassemblent et suscitent la mobilisation ou qui au contraire créent des conflits. J'interroge, dans un troisième temps, l'influence des institutions sur les processus de création afin de saisir le soutien de programmes ainsi que les obstacles associés à certains règlements et modes de fonctionnement. Cette attention aux institutions permet également de comprendre la place et le rôle des représentant·es d'institutions dans les partenariats et alliances. Pour amener les interviewé·es à expliquer la force des idées, intérêts et institutions sur les processus de création, je les relance en demandant si ces éléments sont présents de façon ponctuelle ou continue de leur expérience.

Une troisième série de questions explore la place du *care* dans ces orientations. Ces questions interpellent l'influence des trois valeurs du *care* définies par Hankivsky (2005) : la sensibilité contextuelle, la réactivité et l'attention aux conséquences des choix. Ainsi, je demande si les processus de création (1) tentent de s'adapter au contexte local, (2) font participer les femmes visées et (3) offrent des moments et espaces pour réfléchir aux effets potentiels sur la santé, la sécurité et le bien-être des femmes. En guise de relance, les interviewé·es sont invité·es à identifier les facteurs et dynamiques qui facilitent ou posent obstacle à l'intégration de ces valeurs. Les informations de cette deuxième et troisième série de questions visent à répondre à l'objectif de comprendre l'influence des éthiques du *care* sur les orientations des démarches associées à la création de nouveaux logements sociaux (objectif 1). À noter que certains éléments concernant cet objectif sont cernés dans les cartes mentales et que quelques informations complémentaires sont tirées de documents.

La suite de l'entrevue concerne le thème de la santé. Les trois programmes de logement n'ont pas de liens explicites avec les Villes en santé. Pour cette raison, aucune question n'aborde de front le mouvement mondial chez les personnes directement associées aux programmes de logement. Une question sur l'approche et les moyens employés par les municipalités pour adhérer au mouvement des Villes en santé est néanmoins posée aux intervenant·es périphériques qui disposent d'une expertise dans le milieu de la santé publique. Comme mentionné précédemment, la recherche mobilise l'analyse documentaire pour dégager les stratégies et moyens mobilisés par les municipalités pour prendre part au mouvement des Villes en santé. À partir des documents recensés, j'identifie les activités et moyens mobilisés en ce sens à Montréal, Toronto et Vancouver. Une attention particulière est portée sur les activités et moyens qui sont liés aux interventions en matière d'habitation. À partir de ces éléments, il est possible de dégager des liens avec les programmes de logement, et ce, au moyen des entrevues. Une série de questions est posée à l'ensemble des interviewé·es concernant l'influence des quatre piliers pour créer une Ville en santé. Cette série cherche à comprendre si les quatre piliers de la gouvernance, définis par Hancock (2009), soutiennent le développement de nouveaux projets de logements sociaux. Concernant l'engagement politique pour la promotion de la santé, j'interroge les perceptions relatives à l'implication d'élu·es et de la fonction publique dans les processus de création. Je demande ensuite de qualifier le niveau de mobilisation communautaire ainsi que le rôle des collaborations intersectorielles. Enfin, en lien avec les politiques favorables à la santé, je demande si certains programmes ou politiques influencent les processus de création. Pour chacune de ces questions, les relances demandent si ces influences sont ponctuelles ou continues. J'interroge également les interviewé·es à savoir si la présence (ou l'absence) de ces éléments constitue une force ou encore un obstacle à la concrétisation des initiatives de logements sociaux. Les informations obtenues par le voie de l'analyse documentaire complétée par les entrevues permettent de comprendre si et comment les stratégies Villes en santé influencent la création de programmes de logements sociaux (objectif 3).

La dernière série de questions interroge la contribution de ces logements pour promotion de la santé. Bien que la santé ne soit généralement pas un objectif explicite des programmes étudiés, j'amène les interviewé·es à partager leurs perceptions quant aux liens avec la santé. Je demande si les logements sont conçus pour répondre à certaines préoccupations relatives à la santé des femmes. Des relances sont organisées à partir des trois cibles pour la promotion de la santé (Frohlich, Poland et Shareck 2012). Je demande aux participant·es si les initiatives visent

à résoudre certains enjeux, agir sur des milieux de vie et des populations associés à des inégalités de santé. Je poursuis la discussion sur le même thème en approfondissant les dimensions des programmes de logement qui, selon les interviewé·es, influencent directement ou indirectement la santé des femmes. Lorsque nécessaire, des exemples de dimensions sont mentionnés. Ceux-ci correspondent aux dimensions des logements qui conditionnent la santé selon Dunn et al. (2004). Ces informations permettent de répondre à l'objectif spécifique portant sur la perception de la contribution de ces initiatives communautaires pour le développement de Villes en santé (objectif 4). Pour cet objectif, seules des données issues des entrevues sont employées. Pour achever ce chapitre méthodologique, la prochaine section présente l'échantillonnage pour les entrevues. Un retour d'expérience sur la collecte de données est ensuite réalisé.

2.3.1 Échantillonnage et considérations pour la validité et l'éthique de la recherche

Population à l'étude et recrutement

Dans le cadre de cette recherche, la population à l'étude correspond aux personnes qui sont impliquées dans les champs de la santé publique et de l'habitation à Montréal, Toronto et Vancouver. Parmi cette population, il importe de discerner deux catégories. La première comprend les personnes directement engagées dans au moins une des étapes associées à la création des programmes de logement à l'étude. Certain·es travaillent ou s'impliquent bénévolement chez les organismes mandataires. Cette catégorie inclut également les partenaires qui proviennent de différents domaines, secteurs et échelles. Alors que certain·es ont une implication accrue, d'autres apportent un appui ponctuel, par exemple, lors de consultations. Comme les projets sont établis depuis quelques années, des personnes n'occupent plus leur poste. Ces ancien·nes font partie de la population à l'étude puisqu'ils et elles détiennent des informations et points de vue concernant les processus de création de ces programmes.

La deuxième catégorie de la population à l'étude est formée d'intervenant·es périphériques associé·es au milieu de l'habitation et de la santé publique qui ne sont pas impliqués dans les cas. Ils et elles peuvent fournir des informations sur le contexte dans lequel les cas s'inscrivent, par exemple, les politiques et les programmes associés à l'habitation, au soutien

communautaire, à la santé publique et au mouvement des Villes en santé. Comme ces individus ne sont pas impliqués dans les cas, ceux-ci peuvent offrir une perspective plus critique sur le développement de logements sociaux et parfois les programmes eux-mêmes. De plus, ces derniers complètent la compréhension du contexte local, car ils dirigent des initiatives semblables, travaillent auprès des populations ciblées ou sont associés aux programmes de financement disponibles.

La recherche emploie un échantillonnage non probabiliste par « boule de neige » en partant des personnes ciblées qui suggèrent ensuite d'autres personnes à rencontrer. Les organisations qui ont accepté de collaborer ont identifié les premières personnes clés. Pour la seconde catégorie de la population à l'étude, j'ai amorcé le recrutement avec mes contacts dans le milieu de l'habitation et de la santé publique. Dans les deux cas, j'ai réalisé le premier contact par voie de courriel en expliquant l'objectif de recherche et leur rôle dans la collecte de données. J'ai ensuite fixé des rendez-vous pour tenir l'entrevue avec les personnes intéressées. Comme j'utilise un échantillonnage par « boule de neige », d'autres personnes ont été suggérées au fil de rencontres. À la fin de chaque entrevue, je demandais quelles seraient les personnes que je devrais rencontrer pour compléter la collecte de données. Certain·es ont rapidement répondu à l'invitation. Pour les autres, j'ai dû les relancer par courriel ou même par téléphone afin d'obtenir une réponse. Un important frein au recrutement était que plusieurs avaient l'impression d'avoir joué un rôle marginal dans la création des projets. J'ai dû expliquer que tous et toutes avaient des connaissances partielles des processus et initiatives. Pour pleinement comprendre les cas, j'avais besoin de croiser une pluralité de points de vue d'un grand nombre de personnes pour saisir diverses perspectives et informations inédites. Cette justification les a généralement convaincu·es.

Comme l'indique le tableau 2.8, j'ai interviewé au total 52 personnes dont 35 ont été impliquées dans la création des trois programmes et 16 le sont encore. Dans l'étude de processus politiques, le nombre d'entrevues nécessaire n'est pas une question de « représentativité statistique, mais plutôt de saturation des informations » (Pinson et Pala 2007, 580). Ainsi, la recherche ne visait pas à obtenir un échantillon représentatif de la population, mais suffisamment d'informations pour comprendre les processus mis en œuvre et les différentes visions des personnes impliquées. L'atteinte de la saturation constitue une approche ardue puisque cela demande aux chercheur·es de simultanément échantillonner, collecter et analyser les données afin de déterminer l'utilité de faire des entrevues supplémentaires (S. E. Baker et

Edwards 2012). Dans les trois cas, j'ai été en mesure de rencontrer la quasi-totalité des personnes qui ont eu une implication significative sur la création des programmes. Ce tour d'horizon par les personnes directement impliquées m'a amenée à ressentir une saturation des données, puisque vers les dernières entrevues réalisées je n'apprenais plus d'information ou de perspective inédite sur les cas.

Tableau 2.8 Synthèse des entrevues réalisées

	Montréal	Toronto	Vancouver	Total
Nombre d'interviewé-es	19	11	22	52
Durée moyenne de la rencontre (minutes)	81	67	57	68
Implication dans le cas				
Directement impliqués	16	7	13	36
Encore impliqués	8	4	6	18
Périphériques	3	4	9	16
Secteur d'activité				
OBNL	8	8	8	24
Citoyen	3	1	0	4
Élu	1	0	1	2
Institutions	7	2	8	17
Entreprises privées	0	0	5	5
Genre				
Féminin	13	11	17	41
Masculin	6	0	5	11
Représentation				
Représentant-es d'organisations	10	3	10	23
À titre personnel	9	8	12	29
Lieu de la rencontre				
Bureau	7	6	9	22
Salle de réunion	7	5	9	21
Lieu public	3	0	2	5
Autre (chez la personne, par téléphone)	2	0	2	4
Cartes mentales réalisées	19	10	20	49
Temps moyen pour la réalisation	16	11	13	14
Explications pendant	8	4	4	16
Explications après	11	6	16	33

Source : Autrice

Les premières entrevues ont été réalisées à Montréal avec une première série entre les mois de mai et juillet 2017 auprès des personnes directement impliquées. J'ai terminé la collecte en avril et mai 2018 en rencontrant des intervenant-es périphériques. Au total, 19 entrevues ont été réalisées et celles-ci ont duré en moyenne 81 minutes, ce qui est plus long que dans les autres villes. Cela peut s'expliquer par l'absence de différence de langue. Quelques rencontres ont été

particulièrement longues (plus d'une heure trente) à Montréal. Parmi ces 19 personnes, 16 ont été directement liées à la création du programme *Grandir jusqu'au toit!*. Huit des interviewé-es étaient encore impliqués au moment de la rencontre. Comme j'évolue dans le milieu du logement communautaire à Montréal, je dispose d'une bonne compréhension du contexte local. J'ai donc réalisé une proportion moins élevée de rencontres avec des intervenant-es périphériques qu'à Toronto et Vancouver. La plupart des personnes étaient associées à des OBNL (8/19), qui interviennent auprès des familles, des femmes et dans le milieu de l'habitation, ainsi que des institutions (7/19) municipales, régionales et provinciales en habitation et santé. La majorité était des femmes (13/19). Un peu plus de la moitié (10/19) des personnes m'ont rencontrée en tant que représentant-es de leur organisation. La plupart (14/19) des rencontres ont été réalisées dans le milieu de travail de la personne comme son bureau ou une salle de réunion. À noter qu'une personne a été rencontrée par téléphone. L'ensemble des interviewé-es ont réalisé une carte mentale et la majorité ont fourni les explications après l'avoir réalisée (11/19).

Les 11 rencontres à Toronto ont été effectuées entre le mois de février et mai 2018 et étaient d'une durée moyenne de 67 minutes. La plupart des personnes rencontrées (7/11) sont liées à la création de *New Lives Start Here* et quatre y demeurent impliquées. La majorité (8/11) évolue au sein d'un OBNL qui intervient notamment auprès des femmes, du logement et des familles. Toutes étaient des femmes. La plupart des personnes (8/11) m'ont rencontrée à titre personnel. Toutes les rencontres se sont tenues dans le milieu de travail, c'est-à-dire dans leur bureau ou une salle de réunion. Toronto est la seule ville où je n'ai pas réalisé d'entrevue officielle avec une personne de la santé publique. Le département de santé publique de Toronto dispose d'un imposant protocole lié à l'éthique de la recherche nécessaire pour interviewer un-e représentant-e. Pour cette raison, j'ai décidé de ne pas les rencontrer de façon officielle. Une discussion informelle a tout de même été menée avec un employé qui m'a fourni des éléments de contexte et surtout identifié les documents clés pour comprendre comment la Ville de Toronto s'engage à devenir une *Ville en santé*. Enfin, presque tous les interviewé-es (10/11) ont amorcé l'entrevue par la carte mentale qui a plus fréquemment été expliquée après sa réalisation (6/10).

Enfin, 22 entrevues ont été menées à Vancouver avec une durée moyenne de 57 minutes. Plus de la moitié des rencontres (13/22) ont été réalisées auprès de personnes qui étaient liées à la création du projet associé à la *Cause We Care House*. Tout comme à Montréal, un peu plus de la moitié (6/18) des personnes qui étaient directement impliquées le sont encore et la plupart

sont associés à des OBNL et des institutions. Ces similitudes peuvent s'expliquer par le type d'initiative étudié. En effet, les nouvelles constructions engagent un grand nombre de personnes et d'organisations qui gravitent ponctuellement autour de la démarche. Bien souvent, une fois le projet complété, leur implication se termine. La majorité était des femmes (17/22). Tout comme à Toronto, la majorité (12/22) m'a rencontrée sur une base personnelle, ce qui était plus fréquent pour les fonctionnaires ainsi que les gens du secteur privé qui n'avaient pas nécessairement l'autorisation de parler au nom de leur organisation. La plupart des entrevues (18/22) ont eu lieu dans leur milieu de travail. Il est à noter que deux personnes ont été rencontrées par téléphone puisque ces rendez-vous ont été fixés après la fin de mon séjour à Vancouver. J'ai, à deux reprises, interviewé deux personnes d'une même organisation en même temps qui étaient plus à l'aise de procéder ainsi. Ces rencontres ont permis des échanges riches durant lesquelles ils et elles en ont eux-mêmes appris davantage sur les processus mis en œuvre. La majorité des interviewé·es (20/22) ont réalisé une carte mentale et ont fourni les explications après la réalisation (16/20). Ce tour d'horizon des enjeux méthodologiques et des biais inhérents à la recherche se termine par une discussion sur ma position par rapport à l'objet de recherche.

Précautions éthiques

Pour assurer l'objectivité, les recherches ont traditionnellement été menées par des individus qui ne sont pas à priori familiers avec le terrain étudié, et ainsi, qui occupent une position d'*outsider*. Ces recherches tendent à renforcer la domination des expert·es sur leurs sujets et l'objet de leur recherche et ont, de ce fait, accentué des inégalités sociales (Ollivier et Tremblay 2000 ; Chung 2018). Depuis les dernières décennies, il est admis d'avoir une position d'*insider* par rapport à la recherche en étudiant des situations et des groupes avec lesquels les chercheur·es sont lié·es. Cette position d'*insider* par le partage d'une identité ou d'expériences vécues, par exemple, est plus répandue dans les recherches portant sur des populations marginalisées. Dwyer et Buckle (2009) soutiennent qu'il n'y a pas de position idéale pour mener une recherche puisque les deux engendrent des biais qui peuvent s'introduire dans la collecte et l'analyse. En fait, Hellawell (2006) considère qu'idéalement, les chercheur·es sont à la fois intérieurs et extérieurs, et ce, afin de pouvoir mener une recherche combinant empathie et détachement.

Il faut donc penser à ma position sur le continuum *insider-outsider* afin d'en saisir l'influence. Cela permet de cerner les biais et les défis qui en découlent et de mettre en place des moyens et précautions pour minimiser les impacts. Comme souligné en début de chapitre, je suis socialement engagée dans le milieu féministe et de l'habitation à Montréal. Par mes implications, j'ai eu l'occasion de faire de la défense de droits, de penser aux façons d'offrir du logement social et de formuler des recommandations politiques. J'ai également eu l'opportunité de réaliser de la représentation, par exemple, dans des espaces de concertation, des conférences et auprès d'élu·es. De plus, j'ai le privilège de côtoyer des actrices clés en habitation et du milieu féministe. Cette implication fait également de moi une des actrices engagées sur le logement et les femmes à Montréal, ce qui me procure, dans une certaine mesure, une position d'*insider*.

Cette proximité confère une légitimité, ce qui facilite généralement la collecte de données en raison d'une acceptation plus rapide par la population à l'étude. Cette position permet également une compréhension plus approfondie des perspectives et situations partagées par les interviewé·es, ce qui serait plus difficile avec une position totalement extérieure (Dwyer et Buckle, 2009). Dans mon cas, cette position engagée et mes valeurs féministes ont été dévoilées lorsque j'ai approché les organismes d'habitation au moment du préterrain pour repérer les programmes de logements. Cette transparence visait à mettre en confiance les organisations qui savaient d'emblée que j'étais en accord avec leur mission, ce qui les encourageait à accepter de collaborer. Cela a facilité la prise de contact, lors de certaines entrevues. J'ai davantage dévoilé ma position à Montréal lorsque les interviewé·es évoquaient des situations avec lesquelles j'étais familière telles que les programmes en place ou encore les acronymes associés au milieu de l'habitation. Cela leur permettait d'aller plus en profondeur sur leurs perceptions au lieu de fournir des explications factuelles.

La position d'*insider* est souvent associée aux problèmes d'objectivité en raison d'une faible distance avec l'objet de recherche. La science est généralement présentée comme neutre par sa visée liée à la production de connaissances sur le monde tel qu'il est et non comme il devrait être. Selon cette proposition, les valeurs ne devraient pas interférer avec les processus scientifiques puisque cela engendre une vision biaisée de l'état du monde. Comme le souligne Mellos (2008), la méthode devrait parvenir à éliminer ces biais :

L'objectivité de la méthode est la suppression de toute influence fallacieuse qui puisse altérer la validité de notre perception des caractéristiques réelles de l'objet d'analyse au

cours de l'enquête. L'objectivité caractérise une méthode et un discours qui éliminent l'effet des lubies, des préférences et des préjugés de l'analyste. (Mellos 2008, 576)

Pour éviter les biais lors des entrevues, je me suis toujours présentée aux participant·es comme étant étudiante au doctorat en études urbaines. De plus, les rencontres se sont presque toujours amorcées par la carte mentale suivie de l'entrevue qui débutait par des questions portant sur les processus mis en œuvre pour créer du logement social. De cette façon, l'échange se centrait d'abord sur leurs expériences et perceptions, ce qui effaçait ma position sociale engagée.

Il est important de mentionner que je ne suis pas impliquée dans les cas sélectionnés. Avant le préterrain, je n'étais pas familière avec les trois programmes et aucune des personnes interviewées ne m'était réellement connue. Malgré mon engagement communautaire, les études sont mon occupation principale et la plupart de mes contrats de travail sont liés à la recherche et à l'enseignement. Ainsi, je suis davantage associée au milieu universitaire qu'au communautaire. Je suis devenue mère au cours de la collecte de données (entre le terrain à Montréal et à Toronto pour être plus précise). Néanmoins, je ne fais pas partie de la population visée par ces programmes de logements sociaux. En effet, au cours de cette recherche doctorale, je suis devenue propriétaire avec mon conjoint et récipiendaire de bourses d'études qui me procurent une situation privilégiée sur le plan de ma situation familiale, financière et résidentielle. Pour ces raisons, j'occupe également une position d'*outsider* qui, en principe, permet d'avoir une distance critique des cas. Par exemple, je n'ai pas un attachement émotif aux programmes, aux personnes associées ou encore aux locataires qui y résident. Il m'est donc plus facile de mettre de côté certains aprioris afin d'être attentive aux perspectives partagées par les personnes interviewées (Hellawell 2006).

Plusieurs soulignent que les *outsiders* ne sont pas nécessairement plus neutres, ceux-ci étant également influencés par leurs perspectives, expériences et opinions personnelles (Dwyer et Buckle 2009). En effet, différents biais sont introduits par la position sociale des chercheur·es qui est forgée, entre autres, par le genre, l'ethnicité, la classe sociale, l'âge et l'orientation sexuelle. De plus, les chercheur·es ayant cette position extérieure tendent à parler de, pour et à la place des autres. Cela a historiquement mené à des recherches empreintes de colonialisme et de préjugés qui peinent à réellement rendre compte des réalités vécues (Hellawell 2006 ; Hill Collins 2016 ; Chung 2018). Comme l'explique Alcoff (1992), parler de réalités qui nous sont extérieures est un enjeu politique puisque cela peut contribuer à renforcer des rapports de pouvoirs :

[T]he practice of speaking for others is often born of a desire for mastery, to privilege oneself as the one who more correctly understands the truth about another's situation or as one who can champion a just cause and thus achieve glory and praise. And the effect of the practice of speaking for others is often, though not always, erasure and a reinscription of sexual, national, and other kinds of hierarchies. (Alcoff, 1992 29)

Bien que l'acte de parler pour les *autres* comporte de nombreuses tensions, cela peut constituer un passage obligé pour faire connaître certaines réalités qui sont passées généralement sous silence en raison de discours dominants. En effet, les discours dominants sur le logement social avec soutien communautaire s'intéressent très peu aux initiatives dédiées aux femmes puisque l'attention est dirigée vers les personnes seules en situation d'itinérance chronique et ayant des enjeux de santé mentale qui sont majoritairement des hommes. De plus, les recherches sur les politiques en habitation s'intéressent davantage au niveau d'investissement, rôle de l'État, type de subvention et nombre d'unités livrées qu'au travail que représente la création de logements sociaux.

L'acte de parler des *autres* est chargé d'un certain nombre de responsabilités afin de livrer des discours représentant le plus adéquatement la réalité. Historiquement, le milieu académique et les mouvements sociaux ont parlé des *autres* de manière essentialiste ou réductionniste, ce qui a eu des répercussions sur leur représentation et leur pouvoir (Alcoff 1992 ; Chung 2018). Pour éviter de telles situations, il s'avère pertinent de réfléchir à la collecte de données qui permet d'étudier des réalités qui nous sont extérieures. Pour Alcoff (1992), la recherche ne permet pas de découvrir de nouveaux phénomènes, mais bien de représenter certaines réalités. Pour y arriver, il faut s'attarder au contexte de la collecte de l'information pour bien représenter et analyser les cas à l'étude. Pour réduire certaines de ces tensions, il est nécessaire de mettre en place des conditions pour favoriser un dialogue pour « parler avec » au lieu de « parler pour » les autres. De cette façon, les principales intéressées ont un certain pouvoir sur le discours qui les concerne (Alcoff 1992).

Cette recherche s'inscrit en ce sens. Je suis allée à la rencontre des personnes clés qui ont été impliquées dans les initiatives étudiées ou évoluant dans le milieu de l'habitation et de la santé publique. Ma position engagée dans le milieu de l'habitation permet ce rapprochement pour amorcer un dialogue sur des enjeux qui me concernent directement au-delà de ma recherche. De plus, je reconnais que les informations issues des rencontres ne sont pas simplement collectées, mais coconstruites lors des entrevues. Il est donc de ma responsabilité d'assurer que

les individus soient à l'aise de dévoiler leurs perspectives, qu'ils et elles puissent s'exprimer librement sur leurs expériences et perceptions. Pour accorder un certain pouvoir aux interviewé·es, mais aussi pour minimiser le niveau de dérangement et de déplacement, j'ai été très flexible quant au moment et au lieu pour réaliser les rencontres. Ainsi, presque toutes les rencontres ont été réalisées dans ou près du milieu de travail de la personne. J'ai également privilégié des entrevues individuelles à moins que des personnes d'une même organisation indiquent préférer procéder avec un·e collègue.

La création de nouveaux programmes de logements sociaux est souvent un processus fastidieux, ponctué de conflits et litiges, dont certains qui sont encore en cours. Pour cette raison, le risque de raviver des frustrations vécues était mentionné dans la lettre d'information. Lors des entrevues, j'ai précisé que les interviewé·es étaient en tout temps libres de ne pas répondre à certaines questions sans avoir à se justifier. Inévitablement, certaines questions ont rappelé des conflits et des tensions qui ont parfois engendré une certaine censure. Lorsque certains éléments semblaient sensibles ou confidentiels, j'ai rappelé que la confidentialité est assurée en tout temps et qu'il était possible de passer à un autre sujet. Chez d'autres, ces souvenirs ont ravivé de la colère et m'ont amplement fait part de leurs insatisfactions, par exemple, envers des partenaires ou encore des règles en place. Pour éviter de générer trop de colère, j'ai réorienté la discussion de manière à enclencher une réflexion constructive sur les moyens qui auraient pu être entrepris pour ne pas répéter ces impairs.

J'ai également pris certaines précautions afin d'éviter que les interviewé·es qui formulent des critiques en subissent les impacts sur leur travail, réputation et relations avec leurs partenaires et bailleurs de fonds. Un nombre limité de personnes font partie de la population étudiée et celles-ci ont parfois une certaine renommée en raison de leur poste et de leurs implications. Pour cette raison, des individus de leur milieu (ex. : collègues et partenaires) pourraient reconnaître l'identité des interviewé·es en prêtant attention aux propos qui sont rapportés dans cette recherche. Lors de la signature du formulaire de consentement, ils et elles ont été informé·es de ce risque d'identification directe. Puis, je leur donnais la possibilité de réaliser l'entrevue à titre de représentant·es de leur organisation ou encore à titre personnel. Ce choix influence la façon dont les citations sont contextualisées dans les résultats. Plus de la moitié ont parlé en leur nom personnel, ce qui leur a possiblement permis de s'exprimer plus librement. Bien que certain·es aient parlé au nom de leur organisation, je préserve leur anonymat dans la restitution des résultats, en mentionnant uniquement le type d'organisation si cela était pertinent.

Pour assurer l'anonymat, j'ai dès la transcription retiré tout élément d'identification directe en attribuant un alias associé à la ville et à l'ordre chronologique lié à la réalisation des entrevues. Dans un fichier séparé, j'ai identifié les caractéristiques de chacune des personnes rencontrées sans révéler leur identité. Les entrevues ont été retranscrites à partir de ces fichiers anonymisés en partie par des personnes extérieures qui avaient signé une entente de confidentialité (annexe 3)¹⁰.

Je reconnais que certains rapports de pouvoir peuvent s'établir dans le cadre de ces rencontres en raison de ma position sociale privilégiée et du milieu universitaire qui a un certain prestige et une autorité à l'endroit du secteur communautaire. Ce rapport de pouvoir s'exerce, par exemple, lors des entrevues où je contrôle, dans une certaine mesure, la conversation par la grille d'entretien et donc oriente le discours tenu par les interviewé·es (Savoie-Zajc 2009). Dans les trois cas, l'éthique du *care* et les Villes en santé ne font pas partie du discours officiel des organisations. Ma recherche pose le risque que je pousse les interviewé·es à adopter ce discours ou encore que ces derniers s'y conforment par désirabilité. Pour cette raison, la notion de *care* n'est pas directement employée dans les questions d'entrevue. J'aborde, par exemple, les modalités et valeurs du *care* en relance aux questions portant sur les phases et orientations des processus pour créer du logement social. Puis, les questions liées à la santé sont abordées en fin d'entrevue. Ces questions ont été précédées par une reconnaissance que, bien souvent, le développement de logement n'est pas associé à la promotion de la santé.

En suivant une éthique du *care* féministe, il est nécessaire d'aborder les tensions et contradictions inhérentes au *care*. Cette recherche jette un regard critique sur l'organisation du *care* et donc aux relations qui en découlent. Cela implique de soulever des dynamiques et moments qui tendent à reproduire des inégalités associées au *care* ou encore qui se conforment aux normes néolibérales. Il est probable que les organisations considèrent que ces critiques sont méprisantes, peuvent nuire à leur réputation ou peuvent générer des conflits avec leurs partenaires. Pour éviter de porter préjudice aux organisations concernées, leur identité n'est pas explicitée dans ces critiques. Puis, elles sont systématiquement inscrites dans leur contexte social et politique global, ce qui évite de tomber dans des reproches concernant de « mauvaises pratiques ». Ainsi, il devient possible d'avoir une réflexion constructive sur ces pratiques et

¹⁰ Les personnes qui ont assuré la majorité des transcriptions ont été rémunérées grâce à mon indemnité de recherche liée à la bourse doctorale de la Fondation Pierre Elliott Trudeau.

dynamiques. De plus, certaines organisations ont un droit de regard sur les publications qui mentionnent leur nom.

Un dernier aspect concerne la diffusion de cette thèse et le rayonnement des organisations mandataires. Un des grands défis des partenariats de recherche avec des organisations communautaires réside dans le transfert de connaissances. Pour cette raison, j'ai travaillé en collaboration avec la bédéiste et illustratrice Chloé Germain-Thérien, alias Chloloula, dans un projet de vulgarisation scientifique. La bande dessinée intitulé *Se soucier, bâtir et prendre soins* a été préparée afin de vulgariser les principaux résultats de ma thèse. Celle-ci présente un important potentiel pour donner accès à des idées complexes tout en étant accessible à des publics ayant, par exemple, un âge ou un niveau d'éducation varié. De plus, la bande dessinée, qui peut être distribuée en format papier et par le web, permet d'accroître considérablement l'auditoire et ainsi contribuer la reconnaissance du travail mené par les organisations. Cette bande dessinée disponible en anglais et en français, qui est présenté à l'annexe 4, reprend l'ensemble des sections de cette thèse et retrace l'histoire des trois cas. Par ce projet, j'offre aux organisations mandataires ces quelques pages pour honorer leur travail qui est souvent dans l'ombre. De plus, la bande dessinée leur permet d'accéder plus facilement aux résultats de cette recherche portant sur leur initiative. Ce médium se révèle plus accessible qu'une thèse ou encore des articles scientifiques.

Conclusion : mise en commun, analyse et présentations des articles

À la suite de la collecte de données, j'ai mis en commun les informations. Les entrevues, qui constituent les matériaux centraux, ont été transcrites en incluant le moment de la réalisation de la carte mentale. L'analyse des cartes mentales tout comme les documents ont été traités en suivant la même procédure que les transcriptions des entretiens. Roulston (2014) soutient que l'analyse des entrevues devrait se dérouler en trois étapes, à savoir la réduction, la réorganisation et la représentation des données. La réduction implique d'examiner le matériel afin de prendre en compte uniquement des éléments qui sont pertinents pour atteindre les objectifs. Lors de cette phase, de larges parties d'entrevues et de citations de documents ont été mises de côté puisqu'elles n'abordaient pas directement les thèmes de la thèse.

Ensuite, la phase de réorganisation implique de classer et catégoriser les données obtenues. Pour y arriver, j'ai procédé à un codage thématique avec le logiciel *NVivo*. Les sources sont

d'abord associées à des codes correspondant aux cas étudiés et au mode de collecte de données. Ce codage contextuel permet de vérifier si certaines informations sont partagées au sein et entre les cas. Ensuite, les informations récurrentes touchant les thèmes de la recherche, qui sont des phrases, des paragraphes ou encore des images, ont été regroupées sous des codes. Ces codes ont été établis suivant l'arborescence décrite dans le tableau 2.7 qui lie les dimensions et les caractéristiques associées aux objectifs spécifiques présentés précédemment à la page 130. Le codage basé sur les objectifs pose le risque de chercher à tout prix des éléments dans le matériel afin d'appuyer des aprioris concernant les cas (Roulston 2014). Au contraire, j'ai travaillé à partir du matériel pour faire émerger des thèmes récurrents. J'ai rattaché, si possible, le matériel aux codes préalablement établis. Lorsque des thèmes récurrents ne cadraient pas avec les dimensions et caractéristiques anticipées, je leur ai attribué de nouveaux codes. Je suis retournée vers la littérature pour interpréter ces récurrences inédites. Des sous-codes ont été attribués pour affiner la compréhension de certains phénomènes observés. Au fil de ce codage, des liens entre les idées se sont formés et ont permis de dégager certaines logiques concernant les phénomènes étudiés.

Pour présenter les résultats, j'ai opté pour une restitution « terme à terme » qui est structurée par les objectifs de recherche. Par opposition aux approches monographiques qui centrent l'attention sur les cas, j'ai privilégié une description brève des programmes. J'ai ensuite rapidement travaillé à une montée en généralité par le biais de description de séquences et de dynamiques communes concernant les objectifs de recherche. Cette approche permet de mettre en évidence les processus à l'œuvre, et ce, en réduisant l'influence du contexte local (Béal 2012). Cette montée en généralité a été facilitée par la réalisation de cartes mentales et des allers-retours avec la littérature afin de représenter les liens entre les éléments récurrents pour répondre aux objectifs spécifiques. Ces représentations graphiques, dont certaines sont présentées dans les chapitres suivants, ont permis une comparaison puisqu'il était possible de faire ressortir les traits communs ainsi que le caractère distinct de chacun des cas.

Les résultats de cette thèse sont présentés par le biais d'articles publiés dans des revues scientifiques évaluées par les pairs. Lors de la rédaction des articles, j'ai mobilisé plusieurs extraits d'entrevues pour répondre aux objectifs. Les entrevues de Montréal ont été menées en français, tandis que celles de Toronto et Vancouver ont été conduites en anglais. Celles-ci ont été transcrites et traitées dans leur langue d'origine. Ce n'est qu'à cette phase que certaines citations ont été, au besoin, traduites vers la langue de publication des articles. Des extraits et

des récurrences associées aux cartes mentales réalisées par les interviewé-es ont été mobilisés. Bien que ces articles soient indépendants, ceux-ci sont complémentaires puisque chacun de ceux-ci est centré sur un ou deux objectifs de recherche.

Le chapitre 3 correspond à l'article intitulé « La place des nouveaux logements sociaux avec soutien communautaire dans le mouvement des Villes en santé ». Cet article a été publié à la revue *Revue Lien social et Politiques* dans le cadre du numéro spécial « Inégalités d'appropriation du logement et de l'habitat » (Desroches 2022). Suivant les objectifs 3 et 4, l'article interroge les liens entre les Villes en santé et les programmes de logement. L'analyse des cas révèle une déconnexion entre les stratégies municipales pour des Villes en santé et les actions concrètes liées au logement social. Ce décalage est constaté, d'une part, sur le plan du soutien à la création des programmes et, d'autre part, dans la façon dont leurs contributions pour la santé sont envisagées. Ces résultats permettent de nuancer la lecture du mouvement des Villes en santé au Canada qui est souvent présenté comme s'appuyant sur des interventions locales sur les déterminants sociaux de la santé menées grâce à des investissements publics. Il appert plutôt que les municipalités dépendent d'organisations communautaires désirant mener des interventions concrètes touchant les déterminants sociaux de la santé, mais surtout capables de surmonter les lacunes relatives aux programmes et investissements publics.

Le chapitre 4 correspond à l'article « The place of *care* in social housing through a neoliberal era » qui a été publié à la revue *International Journal of Housing Policy* (Desroches et Poland 2021). Cet article répond au premier objectif spécifique en réalisant une analyse critique du *care* au sein des processus mis en œuvre par les communautés. Cet article démontre que le *care* est au cœur des idées, intérêts, institutions et réseaux qui ont influencé la création des programmes de logement. L'analyse révèle que ce *care* est, d'une part, assujéti à l'économie politique néolibérale qui influence notamment les responsabilités, les ressources disponibles, les modalités et les visées des initiatives établies. Toutefois, le fait de penser et d'agir avec une éthique du *care* incite à développer des initiatives en phase avec les besoins des femmes et ainsi à résister aux idées et attentes néolibérales. Enfin, la prise en charge communautaire pourrait constituer une forme de privatisation du *care* qui mène à la reproduction d'inégalités puisque les ressources et les capacités ne sont pas équitablement réparties.

Le chapitre 5 est intitulé « Créer des logements sociaux pour les femmes : une question de *care* qui va au-delà du privé ». Cet article a été publié aux *Cahiers de la géographie du Québec* dans

le cadre du numéro spécial « Genre, villes, territoires et sociétés » (Desroches 2020). Cet article répond au deuxième objectif en explorant et analysant les phases des processus qui ont permis la création de nouveaux logements sociaux afin de comprendre leur contribution pour résoudre un déficit de *care*. Cet article démontre que ces programmes s'inscrivent dans un contexte où certaines organisations reconnaissent que la pénurie de logements abordables affecte particulièrement les femmes cheffes de familles monoparentales. S'inscrivant dans la continuité avec leur mission, elles se sont engagées dans la création de programmes résidentiels, notamment pour transformer les conditions sociomatérielles, temporelles et spatiales afin de mieux soutenir les capacités de *care* des organisations communautaires et des femmes. L'analyse indique que ces processus ont évité de cantonner le *care* à la sphère privée, et ce, en engageant une pluralité d'espaces et d'acteurs situés le long du continuum public-privé. Cette discussion permet de démontrer que cette prise en charge communautaire du logement social est plus complexe qu'une simple privatisation des responsabilités liées au *care*.

Après ces articles, le sixième chapitre réalise une mise en commun et un approfondissement des principaux résultats. Ce chapitre offre d'abord une réponse à la question et l'hypothèse de recherche. Ces éléments constituent le point de départ d'une discussion sur le logement social comme action publique portée par les communautés, les tensions associées à la résistance au contexte néolibéral par la voie du *care*, la participation au développement de Villes en santé et le rôle potentiel du logement pour promouvoir la santé.

CHAPITRE 3 : LA PLACE DES LOGEMENTS SOCIAUX DANS LE MOUVEMENT DES VILLES EN SANTÉ

Ce premier chapitre de résultat correspond à un article publié à la revue *Lien social et Politiques* dans le cadre du numéro spécial « Inégalités d'appropriation du logement et de l'habitat » dirigé par Professeures Hélène Bélanger et Nadine Roudil. L'appel à contribution mentionnait une volonté de rassembler des travaux qui mettent en lumière les rapports socio-inégalitaires d'appropriation du logement et de l'habitat en s'intéressant aux structures qui les engendrent, aux effets chez les ménages et aux réponses sociales et politiques. Il tombait sous le sens de contribuer au troisième axe de cet appel qui interpelle l'étude des mobilisations pour le droit au logement, des interventions des gouvernements ainsi qu'au tiers secteur qui tentent de répondre aux inégalités de logement. Ma thèse vise justement à interroger la création d'initiatives pour répondre aux besoins des femmes cheffes de familles monoparentales particulièrement affectées par la pénurie de logements locatifs abordables et répondant à leurs besoins et réalités. Plus spécifiquement, cet article vise à comprendre si les pouvoirs publics qui établissent des stratégies pour faire de Montréal, Toronto et Vancouver des Villes en santé offrent des voies et moyens pour soutenir les communautés désirant améliorer l'offre de logements sociaux.

Cet article explore donc les liens entre la création des programmes de logement et le mouvement des Villes en santé (Desroches 2022). Les résultats présentés concernent l'objectif 3 qui est de comprendre si et comment les stratégies mobilisées à Montréal, Toronto et Vancouver pour devenir des Villes en santé influencent la création de programmes de logements sociaux avec soutien communautaire. Les données mobilisées sont les verbatims des entretiens avec les intervenant·es associé·es aux trois cas (n=36) ainsi que l'analyse documentaire qui permet principalement de saisir les stratégies municipales pour développer des Villes en santé. Cette analyse permet de dégager la place du logement social au sein de ces stratégies et les moyens associés qui viennent soutenir la venue des trois cas à l'étude. Pour poursuivre la réflexion sur les liens avec ce mouvement, l'article répond également à l'objectif 4 qui est de comprendre comment les communautés perçoivent la contribution des nouveaux programmes de logements sociaux avec soutien communautaire pour créer des Villes en santé. Pour cet objectif, seules les entrevues sont mobilisées. Contrairement à l'objectif 3, l'analyse s'appuie sur l'ensemble des interviewé·es (liés aux cas ou au milieu de la santé publique et du logement social) (n=52). Ce plus large échantillon permet de dégager les

différents discours sur la contribution des programmes de logements sociaux aux efforts de promotion de la santé.

Résumé

Le mouvement des Villes en santé encourage les municipalités à intégrer la santé de façon holistique et transversale afin d'établir des mesures concrètes pour réduire les inégalités en matière de santé. De nombreuses municipalités canadiennes adhérant à ce mouvement sont actuellement frappées par une crise du logement qui touche particulièrement les femmes locataires cheffes de familles monoparentales. Cet article explore les liens entre ce mouvement et la création de programmes de logements sociaux avec soutien communautaire à travers l'étude de cas à Montréal, à Toronto et à Vancouver. En s'appuyant sur des entretiens avec des personnes clés et sur une analyse documentaire, il étudie notamment les liens entre ces stratégies municipales et les processus associés à la création de logements sociaux. La recherche confronte également la vision des personnes interrogées concernant la contribution des programmes pour la santé à celles décrites dans les stratégies municipales. Les résultats soulignent que, bien que le logement social constitue un champ d'action pour les Villes en santé, les stratégies municipales ne font que soutenir ou mettre sur pied des coalitions qui, ensemble, peuvent pallier l'absence ou les insuffisances des programmes publics pour le logement social. De plus, les initiatives de logements ne sont pas pensées comme une contribution à une Ville en santé, même si les personnes clés reconnaissent leur potentiel comme leviers pour promouvoir la santé des quelques ménages qui y résident. Ces résultats suggèrent que le mouvement au Canada dépend de communautés soucieuses de leur bien-être, mais surtout qui s'organisent en réseau, parvenant ainsi à surmonter le manque d'investissements publics afin de répondre aux besoins locaux de logements.

Villes en santé; logement social; Montréal; Toronto; Vancouver; monoparentalité.

Abstract

The Healthy Cities movement encourages municipalities to integrate health in a holistic and cross-cutting way to establish tangible actions to reduce health inequalities. Many Canadian municipalities within the Healthy Cities movement are currently experiencing a housing crisis that particularly affects female renters' heads of single-parent families. This paper explores the

connections between this movement and the creation of supportive housing programs through case studies in Montreal, Toronto and Vancouver. Based on key informant interviews and document analysis, it examines the connection between these municipal strategies and the processes involved in creating social housing programs. The research also compares their vision of the contribution of these programs for health to what is described in municipal strategies. The results highlight that while social housing is part of the actions to foster healthier cities, municipal strategies only support or create coalitions that can overcome the absence or inadequacies of public programs for social housing. At the grassroots level, the housing initiatives have not been thought of as contributions to Healthy Cities, although by key informants recognize them as levers to promote the health of the few households they serve. These results suggest that the movement in Canada depends on caring communities, but more importantly, working with a network to overcome the lack of public investment to meet those needs.

Healthy cities; social housing; Montréal; Toronto; Vancouver; single-parent families.

3.1 Introduction

Le mouvement des Villes en santé¹¹ mise sur le leadership des gouvernements locaux et leur capacité à lutter contre les inégalités en matière de santé. L'approche implique que les municipalités intègrent la santé de façon holistique et transversale dans leurs politiques afin qu'elles interviennent sur les environnements physiques et sociaux de manière à offrir des conditions et des occasions suffisantes de promouvoir la santé de la population. Pour y arriver, ces gouvernements locaux doivent s'allier avec divers intervenant-es des secteurs publics, privés et communautaires pour reconnaître les facteurs qui nuisent à la qualité de vie des résident-es, et à partir desquels ils et elles mettront ensemble en œuvre des actions et collaborations innovantes touchant les déterminants sociaux de la santé (Clavier et O'Neill 2017 ; Hoeijmakers et al. 2007). Pour devenir une Ville en santé, différents champs d'action doivent être investis (Semenza 2005), dont l'habitation, qui constitue un important déterminant social de la santé (Raphael 2009). Au Canada, plusieurs municipalités adhèrent à ce mouvement depuis

¹¹ La genèse du mouvement est associée à la Conférence internationale *Au-delà des soins de santé* qui s'est tenue à Toronto en 1984 et de l'atelier qui suivait intitulé Healthy Toronto 2000. Cet atelier lançait un processus visant à ce que l'ensemble des services municipaux s'engagent à réfléchir et poser des actions pour faire de Toronto une ville en santé. Inspiré de ces événements, le réseau européen de l'OMS a lancé le projet des Villes en santé en 1986. Cette approche s'est ensuite diffusée auprès des autres réseaux régionaux de l'OMS ce qui a suscité l'adhésion de milliers de municipalités qui aujourd'hui forment un mouvement mondial (Hancock, 2017).

sa création à la fin des années 1980 (Hancock et al. 2017). Jusqu'à maintenant, les écrits sur les interventions associées à ce mouvement traitent principalement des mesures pour soutenir l'adoption de saines habitudes de vie. Ainsi, nous ignorons tout de la place qu'occupe le logement dans les démarches Villes en santé et de la façon dont il s'y intègre (Boutilier, Cleverly et Labonté 2000 ; Carter 2015 ; McMullan 2002 ; Newman et al. 2015).

Analyser la façon dont l'habitation s'intègre aux Villes en santé est plus que nécessaire en raison d'une grave pénurie de logements locatifs abordables¹² qui se manifeste dans plusieurs métropoles canadiennes (Suttor 2016). L'une des conséquences réside dans le nombre croissant de femmes cheffes de familles monoparentales qui peinent à quitter les ressources d'urgence puisqu'elles sont incapables d'accéder à un logement adéquat dans leur communauté (Schwan et al. 2020). Le logement social avec soutien communautaire est reconnu comme une solution pour permettre aux femmes cheffes de familles monoparentales à risque ou en situation d'itinérance de (re)trouver une stabilité et une sécurité résidentielle (Bassuk et Geller 2006 ; Walsh et al. 2014). Néanmoins, peu de nouveaux programmes s'inscrivant dans cette lignée voient le jour. Les stratégies pour développer des Villes en santé soutiennent-elles la création de ces programmes? Ces programmes sont-ils envisagés comme une contribution au développement de Villes en santé? L'article s'amorce par un aperçu de la littérature sur les Villes en santé tout en situant les interventions en matière de logement social au Canada. Puis, la démarche méthodologique, qui s'appuie sur des entrevues auprès d'intervenant·es clés et d'une analyse documentaire, est présentée. Les résultats soulignent que la mise en œuvre du mouvement des Villes en santé se heurte à une déconnexion entre les stratégies municipales, les actions concrètes pour soutenir la création de programmes de logements, et la façon dont leurs contributions sont envisagées. Ces résultats permettent d'avancer que le mouvement au Canada dépend notamment d'organisations communautaires soucieuses du bien-être de la population locale ce qui les incite à mener des interventions concrètes touchant les déterminants sociaux de la santé, mais surtout capables de surmonter les lacunes des programmes et des investissements publics.

¹² Il y a crise du logement lorsque le taux d'inoccupation passe sous le seuil de 3 %. Au cours des dernières années, ce taux a été au-delà de ce seuil dans ces trois villes toutefois, la pénurie demeure pour certains secteurs, les grands logements (plus de trois chambres) et ceux comportant un loyer abordable pour un ménage à faible revenu.

3.2 Villes en santé et logements sociaux au Canada

La littérature sur les Villes en santé se concentre sur ce qui était, dans les années 1970 et 1980, une nouvelle vision de la santé publique. Celle-ci a été forgée par divers travaux et événements, comme le rapport Lalonde (1974), *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, et la Conférence internationale pour la promotion de la santé, qui a donné lieu à la signature de la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* (OMS 1986). Cette vision implique de réfléchir et d'agir au-delà des causes et des risques associés aux maladies, et ce, en posant des actions pour soutenir un état de bien-être physique, mental et social. La santé est alors vue comme étant conditionnée par des déterminants et des échelles allant au-delà des individus et de leur corps (Lawrence et Fudge 2009 ; Boutilier, Cleverly et Labonté 2000 ; Newman et al. 2015). Dans cette perspective, les villes sont des acteurs clés de la lutte aux inégalités en matière de santé puisqu'elles rassemblent la majorité de la population mondiale et influencent un ensemble de déterminants sociaux.

De nombreux écrits indiquent que cet engagement des municipalités constitue un retour aux origines de la santé publique, laquelle a émergé en réponse aux problèmes de santé liés à l'urbanisation (Corburn 2017 ; Semenza 2005 ; Tsouros 2013). Ce réengagement repose toutefois sur de nouvelles modalités pour l'action publique. Certaines recherches insistent sur les nouveaux outils et les nouvelles approches, notamment l'approche *Health in All Policies*, pour intégrer la santé dans les prises de décision (Simos et al. 2015). D'autres s'intéressent aux structures de gouvernance pour établir des actions conjointes et concertées touchant les déterminants sociaux de la santé en impliquant divers domaines d'activité issus des secteurs public, privé et communautaire (Clavier et O'Neill 2017 ; Lawrence et Fudge 2009 ; Tsouros 2013).

La première caractéristique nommée pour devenir une Ville en santé est de favoriser « un environnement physique sain, sûr et de qualité (ce qui comprend la qualité du logement) » (traduction libre Hancock 2017, 71). En principe, les stratégies pour développer des Villes en santé devraient constituer un terrain fertile pour que les intervenant·es locaux prêtent attention aux besoins et aux enjeux d'habitation et travaillent ensemble à y répondre, par exemple en créant des logements sociaux. Notons par ailleurs qu'au Canada, les politiques en matière de logement social et le mouvement des Villes en santé connaissent des évolutions analogues.

Premièrement, tous deux sont issus de programmes fédéraux abandonnés au début des années 1990 : le Canada traversant alors une récession, le gouvernement emprunte un virage néolibéral, entre autres en mettant fin à plusieurs investissements sociaux pour parvenir à l'équilibre budgétaire et réduire la dette publique. Les premiers investissements majeurs du gouvernement fédéral pour le logement social, après la Deuxième Guerre mondiale, s'étaient traduits par le développement de complexes de logements sociaux dirigés par le secteur public et les communautés à travers des organisations sans but lucratif (OSBL) et des coopératives (Suttor 2016 ; Carroll et Jones 2000). Ainsi, après avoir atteint un sommet dans les années 1970, ces investissements ont été affectés par le virage néolibéral des années 1990, si bien que le financement fédéral a pris fin pour le développement des coopératives en 1993, et en 1994 pour le logement public (Suttor 2016). Le développement du logement social, parfois qualifié de résiduel, est désormais mené majoritairement par la société civile, appuyée par une mosaïque inégale de programmes fédéraux, provinciaux et municipaux (Suttor 2016 ; Carroll et Jones 2000)¹³. Du côté des Villes en santé, en 1987, un bureau national pour le « Projet canadien des communautés en santé » a été créé pour aider les municipalités à renforcer leurs capacités à identifier les enjeux de santé publique et leur pouvoir d'action de même qu'à intégrer la santé dans les politiques locales. Bien que ce projet pancanadien a pris fin en 1991, les stratégies locales ont continué à être soutenues par les provinces, des réseaux provinciaux et la société civile (McMullan 2002 ; Hancock et al. 2017).

Deuxièmement, tant la création de Villes en santé que celle de nouveaux logements sociaux s'appuient sur une logique d'interdépendance entre les gouvernements et la société civile. Le développement de Villes en santé au Canada repose en effet sur d'importantes collaborations avec des organisations non gouvernementales, lesquelles participent à la formulation des politiques et des stratégies municipales, mais surtout mènent des initiatives liées aux déterminants sociaux de la santé. Or, ces organisations dépendent des fonds publics pour financer les interventions associées à leur mission (Steedman et Rabinowicz 2006). Cette interdépendance prévaut également en ce qui concerne le logement social : la réalisation des engagements publics dans ce domaine dépend notamment de ces organisations. Pour créer les logements sociaux, elles sollicitent des subventions et répondent à des appels d'offres lancés par les gouvernements (Suttor 2016).

¹³ Les divers programmes pour la construction de logements sociaux n'ont démarché qu'une infime partie des mises en chantier annuelles, si bien qu'ils représentent moins de 4 % de l'ensemble des logements privés au Canada, alors qu'environ le tiers des ménages peinent à se loger convenablement (SCHL, 2019).

En dépit de ces rapprochements, peu de recherches traitent des interventions en matière d'habitation au sein des Villes en santé. La littérature existante soulève plusieurs critiques qui pourraient expliquer cette omission. Des recherches mettent en évidence l'influence de la néolibéralisation à travers la promotion des partenariats public-privé, la privatisation des services publics, le financement de projets visant des objectifs quantifiables et à court terme (Carter 2015 ; Boutilier, Cleverly et Labonté 2000 ; Joassart-Marcelli, Wolch et Salim 2011 ; Veal 2017). Certaines structures de gouvernance associées au mouvement des Villes en santé reproduisent des relations de pouvoir inégales entre les parties prenantes. Des intervenant·es associé·es à la santé, au secteur privé et des élu·es imposeraient, par exemple, une vision étroite de la santé comme étant une responsabilité individuelle conditionnée par les choix et les habitudes de vie. En plus de dépolitiser la question des habitudes de vie, une telle vision élude certains déterminants sociaux de la santé, qu'il s'agisse du logement, de l'équité environnementale, du revenu, du genre, de l'ethnicité ou de l'éducation (Stern et Green 2008 ; Wallerstein et al. 2011 ; Hoeijmakers et al. 2007 ; McMullan 2002 ; Carter 2015).

Cette rapide revue des écrits permet d'établir que l'habitation est l'un des champs d'action à investir pour développer des Villes en santé. Toutefois, plusieurs critiques mettent en doute le potentiel de ce mouvement pour soutenir la création de nouveaux logements sociaux. Les écrits existants semblent actuellement insuffisants pour généraliser ces constats puisqu'ils se basent sur des expériences locales en un temps donné. Comme les moyens employés par les municipalités sont uniques et évoluent sans cesse pour refléter leur contexte, il est peu probable que ces dynamiques affectent l'ensemble du mouvement. Il est donc crucial d'explorer l'interdépendance entre les gouvernements et les organisations non gouvernementales qui semble prévaloir dans le mouvement des Villes en santé et le logement social au Canada.

3.3 Méthodologie

Cet article examine la façon dont le logement social s'intègre aux Villes en santé en vérifiant, premièrement, si ces stratégies soutiennent les communautés désirant créer des logements sociaux et, deuxièmement, si ces initiatives sont reconnues comme partie intégrante du mouvement. La recherche se centre spécifiquement sur Montréal, Toronto et Vancouver. En plus d'être au cœur des trois plus grandes régions métropolitaines du pays, ces villes partagent des enjeux démographiques et d'habitation, notamment la pénurie de logements locatifs abordables et les difficultés à développer du logement social (Suttor 2016). De plus, ces

municipalités adhèrent au mouvement des Villes en santé et leurs stratégies respectives encouragent des actions en habitation (Ville de Montréal 2006 ; City of Vancouver 2014 ; TPH 2011). Pour cette raison, il est raisonnable de postuler que ces stratégies pourraient faciliter la création de nouveaux logements sociaux.

Comme le souligne le tableau 3.1, la recherche étudie la création de trois programmes de logements dédiés aux femmes cheffes de familles monoparentales. Ceux-ci comportent moins de 30 unités et ont ouvert leurs portes au cours de la dernière décennie. Ces programmes fournissent des logements qui leur sont abordables et qui sont associés à du soutien afin qu'elles puissent vivre de manière indépendante. Les principales différences entre les programmes concernent la durée des séjours, le degré de construction requis et les sources de financement.

Tableau 3.1 Synthèse des caractéristiques des cas

	Grandir jusqu'au toit!	New Lives Start Here	Cause We Care House
Ouverture	2016	2013	2017
Mandataire	Mon Toit, mon Cartier	Massey Centre	YWCA Metro Vancouver
Quartier, ville	Bordeaux-Cartierville, Montréal	East York, Toronto	Downtown Eastside, Vancouver
Loyer	Subventionné	Subventionné	Abordable pour des ménages à faible revenu
Taille	14 appartements	10 maisons de ville	21 appartements
Séjour	3-5 ans	Jusqu'à 4 ans	Permanent
Soutien sur place	Sur place et par les partenaires du quartier	Sur place au sein de leur complexe adjacent	Sur place et par les services du YWCA
Construction requise et financement	<ul style="list-style-type: none"> – Achat-rénovation par AccèsLogis Québec – Dons privés pour compléter le montage financier 	<ul style="list-style-type: none"> – Utilisation de bâtiments existants – Dons pour des bourses d'études 	<ul style="list-style-type: none"> – Espace offert par la Ville – Collecte de fonds pour construire sans prêt hypothécaire

Source : Autrice

La collecte de données repose principalement sur des entrevues auprès de 52 personnes clés réalisées entre avril 2017 et juin 2018 à Montréal (n = 19), Toronto (n = 11) et Vancouver (n = 22). La plupart des interviewé·es sont lié·es aux cas (n = 36) et les autres, issu·es des milieux de la santé publique et du logement social (n = 16). Les entretiens semi-structurés se concentrent sur les étapes pour la création des programmes, les dynamiques facilitant ou entravant l'achèvement, la structure de gouvernance, les liens avec les politiques publiques, dont celles liées au mouvement des Villes en santé, ainsi que sur la vision qu'ont les répondant·es de la contribution des programmes à la santé. Cette collecte est complétée par une analyse de 20 documents dans chaque ville (ex. : rapports publics, documents internes, articles de presse et publications organisationnelles) qui décrivent les Villes en santé et fournissent des informations complémentaires sur les difficultés souvent minimisées par les parties prenantes interrogées. Les résultats sont présentés en deux temps. En s'appuyant sur les entretiens liés aux cas et l'analyse documentaire, la prochaine section aborde les liens entre les stratégies Villes en santé et la création des programmes de logements. L'article se tourne ensuite vers les discours de l'ensemble des interviewé·es afin de confronter leur vision de la contribution de ces programmes à celle décrite dans les stratégies municipales.

3.4 Résultats

3.4.1 Influence des stratégies Ville en santé sur la création de logements sociaux

L'analyse documentaire révèle que Montréal mise sur une approche souple et décentralisée pour devenir une Ville en santé. Elle repose sur des programmes et des accords de financement pour soutenir la concertation et mener des interventions locales touchant les déterminants sociaux de la santé, par exemple Quartiers 21, les tables de concertation de quartier, la revitalisation urbaine intégrée (RUI) et Montréal — Métropole en santé. Dans son *Plan d'urbanisme*, le logement est l'un des domaines d'action reconnu pour la promotion de la santé et encouragé par certains programmes et accords de financement pour créer des « milieux de vie de qualité, diversifiés et complets » (Ville de Montréal, 2004 : 11). Les communautés sont ainsi encouragées à développer du logement social.

Chez les interviewé·e·s associé·e·s au cas de Montréal, l'émergence du programme *Grandir jusqu'au toit!* s'inscrit dans la démarche de RUI coordonnée par la table de quartier. Ce programme municipal vise à ce que les intervenant·e·s d'un secteur ayant un indice élevé de

défavorisation (Pampalon et Raymond 2003) développent un plan d'action pour améliorer la qualité des milieux de vie. Comme l'explique cette interviewée qui travaillait pour Mon Toit, mon Cartier (MTMC), l'émergence du programme de logements est associée aux efforts de revitalisation : « Ça a été basé sur un constat de la RUI, puisé à même des statistiques, que c'est une catégorie de la population qui est mal desservie dans le quartier et qui a peu ou pas de ressources. » (M-07) Celle-ci indique que l'évaluation des besoins avait attiré l'attention vers les ménages qui habitent des logements locatifs dégradés, dont les familles monoparentales dirigées par une femme font partie. À travers leurs discussions, les intervenant·e·s auraient reconnu un manque de ressources dédiées à ces familles en situation de vulnérabilité — vulnérabilité associée, entre autres, à un faible réseau social, aux difficultés d'accès aux services de garde, aux défis liés aux facteurs culturels, au degré d'instruction plus faible et au taux de chômage plus élevé, et qui se dévoile lors d'épisodes difficiles (décès, rupture, violence conjugale), au point où les femmes peinent à répondre à leurs besoins de base, se trouvant dans des circonstances qui les empêchent d'aller de l'avant avec leur vie.

La création de logements de transition est apparue comme un moyen pour mettre fin à cette vulnérabilité et permettre à ces femmes de se réaliser, dans une perspective d'autonomie. Considérant qu'aucune organisation locale n'avait l'énergie ou l'expertise pour développer un programme de logements, une nouvelle organisation, Mon Toit, Mon Cartier, a été créée. Le financement pour la RUI permet de lancer, de soutenir et d'évaluer le processus de revitalisation. Cependant, les communautés doivent trouver d'autres bailleurs de fonds pour les initiatives structurantes. MTMC s'est tournée vers les programmes provinciaux qui offrent des subventions pour le développement du projet, le soutien sur place et les loyers.

Plusieurs ont indiqué que la RUI a suscité l'intégration de plans d'action collectifs; par exemple, MTMC a été comblée de trouver un terrain dans le secteur ciblé. Il s'agissait d'une occasion pour intervenir dans un secteur comportant des logements insalubres, du trafic de drogue, du travail du sexe et de la violence intrafamiliale. Les plans ont également intégré un espace pour reloger une organisation communautaire qui avait besoin de nouveaux locaux, ainsi qu'un toit vert et une ruelle verte liés à un plan d'action local de développement durable (financé par le programme Quartiers 21). Tous les interviewé·es ont mentionné que la réalisation a été marquée par des difficultés, des retards et des dépassements de coûts. Malgré ce processus difficile, les intervenant·es sont resté·es impliqué·es puisqu'il s'agissait d'un projet répondant à un intérêt collectif pour la revitalisation du quartier.

En bref, la RUI a amorcé le processus, suscité une mobilisation communautaire, orienté l'emplacement et la conception du programme, et même aidé à affronter certains obstacles. Le programme de RUI a été élaboré dans l'esprit du mouvement Villes en santé en reconnaissant les divers facteurs qui influencent la santé des communautés, mais aussi en s'appuyant activement sur différents secteurs d'activité (Ville de Montréal 2006). En dépit de ces liens sur papier, aucune personne interviewée n'a fait de lien avec les engagements municipaux pour une Ville en santé. Le programme avait tout simplement pour but de répondre aux besoins locaux. Cette intention résonne par ailleurs avec le cas de Toronto.

Une part des interviewé·e·s à Toronto ont indiqué que le programme avait été mis sur pied en réponse au rapport des audiences publiques des jeunes quittant la protection de la jeunesse (Provincial Advocate for Children and Youth 2012). Ceux-ci demandaient un meilleur soutien après l'âge de 21 ans, notamment pour la réalisation d'études postsecondaires et l'accès à des logements qui leur sont abordables. Ces besoins auraient été abordés dans le réseau Young Parents with No Fixed Address (YPNFA), une concertation intersectorielle d'intervenantes soutenant les jeunes parents en situation ou à risque d'itinérance. Des interviewées du Massey Centre ont indiqué que leur organisme espérait faire partie de la solution; il accueille des femmes auprès desquelles intervient parfois le système de protection de l'enfance et reconnaît les lacunes de leurs programmes résidentiels et éducatifs (limités à 6 mois après la naissance d'un enfant, l'achèvement d'études secondaires et pour les mères âgées de 16 à 21 ans).

Comme leurs logements dédiés aux séjours postnataux n'étaient pas pleinement utilisés, l'organisme les a réquisitionnés pour répondre aux besoins exprimés par les jeunes. *New Lives Start Here* est destiné aux actuelles et anciennes pupilles de la Couronne¹⁴ enceintes ou ayant des enfants qui poursuivent des études postsecondaires ou une formation professionnelle. Ce programme a été élaboré après avoir consulté des actrices du Massey Centre (usagères, employées, direction et conseil d'administration) et du YPNFA qui ont des initiatives de logements ou interviennent auprès de ces jeunes. Peu de jeunes parents correspondaient aux critères du nouveau programme. Comme l'explique cette interrogée qui travaille au sein du YPNFA, le Massey Centre aurait repensé ses critères pour mieux répondre aux besoins perçus et discutés dans ce réseau :

¹⁴ Pupille de la couronne est la traduction de *crown ward* qui est l'expression employée en Ontario pour désigner les jeunes qui sont sous en famille d'accueil et sont sous la responsabilité légale du gouvernement.

You know, so it's knowing that there was a need and then going back and figuring out where. I would say that when she was gearing it to the slightly older women, that has been an identified need. The young parent's centres like Massey typically cut off at 21. And yet, because of the changing demographics, you know, you are 22, 23 or 24, well in many categories you are still a youth, but you can't go to this particular youth residential program. As a network, I think we are excited to see that somebody was finally opening the doors for slightly older. And also, the longer term was really important. (T-07)

Elle explique qu'en étendant l'accessibilité à l'ensemble des cheffes de familles monoparentales jusqu'à 25 ans, le Massey Centre était pleinement soutenu par son réseau. D'autres partenaires interrogées ont mentionné que les organisations du réseau étaient désormais en mesure d'y diriger des familles.

Tout comme à Montréal, les interviewées ne connaissaient pas l'engagement de Toronto au sein du mouvement des Villes en santé et donc ne pouvaient établir de lien. Toutefois, l'analyse documentaire permet certains rapprochements. Toronto a été au cœur de l'émergence du mouvement des Villes en santé et a établi en 1989 un bureau pour stimuler le travail intersectoriel et l'adoption de politiques favorables à la santé. Ce bureau et plusieurs initiatives qui en découlent ont cessé leurs activités en 1998 (Hancock et al. 2017). L'approche a fait son retour en 2008 avec l'établissement d'une Direction des politiques publiques favorables à la santé ayant pour mandat de synthétiser et de diffuser des données probantes pour influencer les politiques municipales (Macfarlane, Wood et Campbell 2015).

Ces efforts ont permis d'intégrer la santé au sein des actions municipales, si bien que les interventions en matière de logement sont reconnues pour créer des environnements favorables à la santé et répondre aux besoins des populations mal-logées (TPH 2011, 2016). Certains espaces de travail intersectoriel pour faire de Toronto une Ville en santé dans les années 1990 ont poursuivi leurs activités, dont YPNFA. Ce réseau a soutenu l'amélioration de l'offre de logements dédiés aux jeunes familles une première fois en appuyant une mobilisation pour le développement d'un programme dans un bâtiment neuf à la fin des années 2000. Le YPNFA a quelques années plus tard favorisé des échanges qui ont été cruciaux pour la création du programme *New Lives Start Here* du Massey Centre.

La Ville de Vancouver s'est pour sa part dotée d'une stratégie élaborée et mise en œuvre en partenariat avec la santé publique et des intervenant·e·s locaux par le biais de la Healthy City

for All Leadership Table. La stratégie *A Healthy City for All* (2014) favorise l'intégration de politiques et de plans d'action municipaux grâce à 13 objectifs à court et à long terme liés aux déterminants sociaux de la santé. L'objectif « A Home for Everyone » réaffirme les principales cibles, établies dans le cadre de la stratégie pour le logement et la lutte contre l'itinérance (2012-2021) : mettre fin à l'itinérance et augmenter l'offre de logements abordables (comprenant du logement social et de l'abordabilité par rapport au marché). Pour y parvenir, la municipalité s'est dotée, par exemple, d'un règlement pour contraindre l'inclusion de logements sociaux ou abordables, d'un fonds de dotation spécialisé ainsi que d'un programme de subvention pour le développement.

La *Cause We Care House* a pu voir le jour grâce au développement d'un point de service de la bibliothèque municipale dans le Downtown Eastside qui, selon une fonctionnaire de la Ville interviewée, était un moyen d'atteindre des objectifs associés à la stratégie Villes en santé (ex. : « Healthy Human Services » et « Lifelong Learning »). Comme le prix des terrains a augmenté ces dernières années, des militant·e·s pour le droit au logement avaient revendiqué que la Ville utilise l'espace au-dessus de la future bibliothèque pour du logement social. Plusieurs interrogé·e·s ont indiqué que cette demande a été formulée alors que le conseil municipal s'était engagé formellement à améliorer l'offre d'habitations sociales et abordables et à éliminer l'itinérance chronique, ce qui a été réitéré par la stratégie Villes en santé. Conséquemment, certain·e·s élu·e·s ont adhéré à l'idée d'inclure du logement social et en ont fait une condition pour approuver le projet de bibliothèque.

Comme le projet de bibliothèque stagnait depuis près de vingt ans et que les élections approchaient, des membres du conseil municipal espéraient amorcer la construction rapidement. Cette interviewée, qui est une conseillère municipale, explique qu'il n'a pas été facile d'accélérer ce processus puisque des élu·e·s exigeaient l'inclusion de logements sociaux, mais les fonds nécessaires, manquaient :

So they finally get to council, and this councillor says “we are going to get the library” and this councillor is like “I won't vote for it unless there is housing” and this was in the darkest day of the Harper... there was no money for housing, we'd already scraped everything they had into these 14 projects [of supportive housing on city-owned land]. So that has just finished and there was like zero dollars. (V-17)

En l'absence de fonds publics, certain·es ont voulu construire la bibliothèque comme un projet autonome, arguant que la communauté avait suffisamment attendu. Néanmoins, la directrice générale de la Ville a approché le YWCA de Vancouver pour leur offrir l'espace. L'ensemble des interrogé·es du YWCA ont précisé que cette offre coïncidait avec leur priorité stratégique d'étendre leurs services et logements dans le quartier pour les femmes cheffes de familles monoparentales qui, trop souvent, passent à travers les mailles du filet. Au cours des mois suivants, le YWCA a mené une collecte de fonds pour développer ce projet sans le soutien d'une hypothèque, ce qui a permis d'assurer l'abordabilité sans subvention pour les loyers. Dans ce cas, la stratégie Villes en santé a réaffirmé des engagements en matière de logement, constituant, dans une certaine mesure, un levier pour l'inclusion de logements sociaux dans un projet institutionnel revendiqué par la société civile.

En somme, des répondant·es lié·es aux cas ont reconnu le rôle de moyens associés au mouvement des Villes en santé dans l'émergence, la formulation et la mise en œuvre d'initiatives communautaires. Ces moyens ont principalement stimulé la formation de coalitions mobilisées autour de démarches incluant, en totalité ou en partie, la création d'un programme de logements sociaux. Ces liens ont été établis grâce à l'analyse documentaire puisque les stratégies municipales étaient inconnues de la plupart des interviewé·es. Conséquemment, ces coalitions ne s'inscrivent pas dans un projet collectif visant à développer une Ville en santé. Cela n'a pas empêché les interviewé·e de partager leurs perceptions quant à la portée des programmes pour la santé.

3.4.2 La place des logements dans le développement de Villes en santé

Lorsque les interviewé·es ont été questionné·es sur les liens entre la santé et le logement social, plusieurs ont indiqué qu'il s'agit d'une préoccupation au sein des programmes destinés aux personnes en situation de handicap, aînées ou ayant des troubles de santé mentale et de dépendance. Cette considération est toutefois secondaire en ce qui concerne les femmes cheffes de familles monoparentales. De plus, la vaste majorité a indiqué ne pas mobiliser la lentille de la santé dans leurs activités professionnelles en habitation et ne pas avoir de données probantes concernant les impacts des programmes sur ces familles. Pour ces raisons, ils et elles répondaient à partir de leurs perceptions générales. Les paragraphes qui suivent présentent les thèmes abordés de manière récurrente par les divers·es répondant·es.

Le thème le plus fréquemment évoqué est la transformation des conditions d'habitation. L'accès au programme permet, en principe, de quitter des conditions d'habitation néfastes pour la santé, comme l'exposition à des risques (ex. : moisissure, vermine et surpopulation) ou un taux d'effort trop élevé qui cause du stress ainsi que de l'insécurité alimentaire et résidentielle. Les programmes dédiés aux femmes sont couramment associés à la possibilité de déménager vers un milieu de vie sécuritaire, notamment dans les cas de Montréal et de Vancouver, où plusieurs proviennent de maisons d'hébergement. À Toronto, l'objectif est surtout de prévenir et de mettre fin à l'itinérance chez les jeunes familles.

Plusieurs ont soulevé des impacts à plus long terme et qui vont au-delà des dimensions matérielles. L'atteinte d'une stabilité résidentielle est associée à une réduction du stress, mais également à la possibilité de s'approprier le logement pour en faire un domicile familial permettant aux enfants de jouer, d'étudier, de se reposer et d'ainsi grandir en santé et en sécurité. Cette interviewée qui s'est impliquée à MTMC a souligné, comme bien d'autres, l'importance des activités et du soutien offerts pour le bien-être des familles :

Je pense que, le fait qu'il y a une intervenante, c'est un impact sur la santé des femmes, qu'il y a une vie communautaire [...], je pense que c'est d'être dans une bulle, à l'abri des problèmes, c'est quand même un microcosme, c'est particulier comme endroit, ça fait que de l'entraide et de la solidarité peuvent se développer. (M-03)

Elle insiste sur les bénéfices associés au fait de rassembler des familles qui vivent des réalités semblables au sein d'un même complexe offrant des aires et des activités communes. Ces aménagements visent à ce que les locataires se rencontrent, brisent l'isolement et même développent des relations d'entraide ou d'amitié, éléments associés à une promotion de leur bien-être et à l'atteinte d'un équilibre mental. Ces perceptions étaient partagées par des interviewé·es associé·es à d'autres programmes de logements sociaux. Certain·es ont également reconnu l'apport du soutien des intervenantes, qui appuient les locataires dans leurs démarches pour, par exemple, mettre fin à une relation violente, maintenir leur stabilité résidentielle ou apprendre à devenir cheffe d'une famille monoparentale.

La possibilité de prendre en main sa santé est le deuxième thème le plus fréquemment abordé. Plusieurs ont évoqué les impacts de l'instabilité résidentielle, qui amènerait ces mères à ignorer certains symptômes (ex. : choc post-traumatique, dépression) et à adopter des habitudes de vie néfastes (ex. : alimentation, sommeil, sédentarité et consommation de drogues, alcool et tabac). Les programmes étaient alors présentés comme un espace-temps pour qu'elles puissent

reprendre leur santé en main. Comme le souligne cette travailleuse du Massey Centre, les organismes jouent un rôle important dans la (re)prise de contact avec le réseau de la santé et des services sociaux :

Well because we have access to say a psychiatrist, a psychotherapist, a nurse, it affects your health... [...] Because every girl here she has a primary care worker, so as part of the plan of care that is included, that she may need support with if the child is maybe slow, you know maybe not really achieving early childhood milestones, then we can help with referrals. (T-02)

Comme elle, plusieurs personnes travaillant auprès d'organisations offrant des services de santé au sein de complexes de logements sociaux voient les retombées de leur action pour ces femmes, qui peuvent reprendre en main leur santé. Ce lien est constaté même lorsqu'il n'y a pas de soins de santé sur place, les intervenantes de milieu dirigeant alors les femmes vers les services dont elles ont besoin. Dans l'ensemble des cas, la stabilité résidentielle est associée à un contexte permettant de suivre les traitements et de réaliser les démarches pour retrouver et maintenir un état de bien-être. L'accès aux programmes a souvent été présenté comme un moyen de réduire le taux d'effort et le stress, ce qui favorise l'adoption de meilleures habitudes de vie (ex. : alimentation, sommeil et activité physique). De plus, des activités sont offertes pour renforcer les capacités à bien s'alimenter (ex. : cuisine et repas collectifs et ateliers sur la nutrition).

Le troisième thème récurrent concerne le développement de l'autonomie. Dans les trois cas, des interviewé·es ont indiqué que les programmes visent à offrir aux familles une pause de leur vie, qui vient avec son lot de difficultés quotidiennes. Cette interviewée, qui a été associée au développement du projet immobilier du YWCA, voit l'accès au programme comme un important levier pour sortir d'une logique de survie, de la précarité, ce qui permet de penser au futur :

There is health outcome if you can break a cycle. If I am on income assistance, I have to make a choice between 3 things. Looking after my kids, eating or pay rent. So we eliminate some of the rent side of it. Then I have more money for food, and I have more money to look after my kids or go back and get an education. So I can get better education, and then I can get more money, and then I can treat my kids better, and all that. So it is helping to create a better cycle. (V-12)

Les trois programmes œuvrent explicitement pour que les locataires développent une plus grande autonomie, notamment sur le plan économique (ex. : retour aux études et recherche d'emploi). Dans les deux programmes transitoires, ces démarches visent, en principe, à améliorer leur situation économique pour qu'elles soient en mesure de se loger sur le marché privé. Les suivis individualisés et les activités collectives sur place soutiennent ces démarches, en plus de leur faire connaître les ressources qu'elles peuvent mobiliser au besoin (ex. : services de garde, dépannage alimentaire et outils pour la recherche d'emploi).

Les intervenant·es ayant une expérience directe avec le logement social voient donc le potentiel de ces programmes pour promouvoir la santé des ménages. Cette vision axée sur une population contraste avec celle des stratégies municipales, qui considèrent les logements sociaux comme des moyens pour intervenir sur des milieux de vie et des enjeux qui creusent les inégalités en matière de santé. Quelques personnes associées à MTMC et au YWCA ont noté des retombées pour le territoire puisque leur bâtiment participe aux efforts de revitalisation. Toutefois, plusieurs ont indiqué que ces initiatives n'ajoutent que quelques unités dédiées à certaines femmes cheffes de familles monoparentales au sein d'un système d'habitation qui demeure en crise et, ainsi, contestent la vision mise de l'avant par les stratégies municipales.

3.4.3 Discussion

Les liens entre les stratégies Villes en santé et les actions concrètes sur le plan du logement social sont ténus. Comme à l'habitude, la création de logements sociaux est reléguée aux communautés, et les stratégies municipales ne fournissent pas de nouvelles ressources, pas plus qu'elles ne facilitent le développement de logements sociaux. Les ressources publiques demeurent insuffisantes pour soutenir l'ensemble des dimensions de leurs initiatives. Le cas du YWCA pourrait être l'exception. Néanmoins, l'occupation de l'espace était à l'origine une revendication à laquelle des élu·es ont finalement adhéré. Dans les trois cas, la création de ces programmes demandait aux organisations mandataires de surpasser leurs capacités financières, d'élargir leur champ d'action habituel, voire de mettre sur pied une nouvelle organisation.

Certains moyens associés aux stratégies municipales ont, en partie, créé ou étendu des coalitions intersectorielles pour soutenir ce dépassement. Des individus, souvent des représentant·e·s d'organisations communautaires, d'institutions locales et de fondations privées,

leur ont permis d'accéder à des connaissances, à des occasions et à des partenariats. Ces coalitions ont ainsi pu franchir certains obstacles liés à l'absence ou aux insuffisances des ressources publiques pour le logement social. Dans cette perspective, ces moyens liés au mouvement des Villes en santé semblent soutenir le développement des communautés (Bourque, 2008). En effet, ils suscitent l'engagement d'intervenant·e·s au sein d'une action collective visant à répondre à un enjeu local, et ce, par une initiative concrète qui implique, en totalité ou en partie, un programme de logements sociaux. Ce rôle est conforme aux intentions du mouvement des Villes en santé, qui vise à développer les capacités des communautés à agir sur leur milieu pour promouvoir la santé. Toutefois, le thème de la santé, qui est l'essence du mouvement, est absent.

Comme l'avait constaté Whitzman (2018a), les intervenant·e·s de l'habitation reconnaissent le potentiel du logement social pour la santé. Pourtant, cette perspective n'est pas choisie pour penser et justifier leurs interventions. Ainsi, contribuer au développement de Villes en santé ne peut expliquer la motivation des intervenant·es à s'investir et à se dépasser pour répondre aux besoins en matière de logement. Malgré certaines divergences dans les processus, les interviewé·es, presque sans exception, ont parlé de leur sollicitude à l'égard de ces familles monoparentales qui peinent à se loger sur le marché privé et des lacunes des ressources locales existantes. En raison de leurs missions respectives, les représentant·es des organisations mandataires ont rappelé l'obligation morale de poser des actions concrètes pour améliorer les capacités de leur organisation à répondre aux besoins et à prendre soin des femmes cheffes de familles monoparentales. Ces intentions font écho aux travaux qui soulignent que le *care* constitue une éthique au sein des organisations qui offrent du logement social (E. R. Power et Bergan 2018).

3.5 Conclusion

Les résultats s'inscrivent en faux avec les critiques voulant que les municipalités entretiennent une vision étroite des déterminants sociaux de la santé axés sur les habitudes de vie. En effet, l'habitation participe des stratégies pour faire de Montréal, de Toronto et de Vancouver des Villes en santé, et l'amélioration de l'offre de logements sociaux est l'une des interventions à encourager. Malgré cela, les initiatives des communautés en ce sens ne s'associent nullement au mouvement. Conséquemment, la mise en pratique des stratégies municipales se heurte à une déconnexion entre leur vision et les actions concrètes. Le premier décalage réside dans

l'absence de soutien direct aux communautés souhaitant améliorer l'offre de logements sociaux. Certains moyens favorisent toutefois le développement des communautés afin qu'elles se mobilisent pour surmonter les obstacles. Le second décalage concerne la façon d'envisager le logement social. Au sein des stratégies municipales, l'amélioration de l'offre de logements sociaux est un moyen pour agir sur des enjeux et des milieux de vie qui creusent les inégalités en matière de santé. Du côté des intervenant-es sur le terrain, les programmes de logements sont vus comme des leviers pour promouvoir la santé des quelques ménages qui y résident, et ce, en transformant leurs conditions d'habitation, en favorisant la prise en main de leur santé et en soutenant le développement de leur autonomie.

Cette déconnexion permet d'apporter une nuance quant à la lecture voulant que le mouvement au Canada s'appuie sur des interventions locales menées par les communautés grâce à des investissements gouvernementaux. Les municipalités dépendent plutôt d'organisations communautaires soucieuses des besoins émergents et non comblés, mais surtout prêtes et aptes à travailler avec un réseau pour surmonter les manques de fonds publics afin d'y répondre. Comme le logement social est l'un des actions à investir pour des Villes en santé, il semble important de comprendre les motivations et attitudes requises pour agir lorsque les ressources sont limitées par la néolibéralisation. La santé étant absente des motivations énoncées, le *care* semble susciter cette mobilisation dans les trois cas. Il serait ainsi pertinent d'approfondir la réflexion sur la création de logements sociaux sous l'angle du *care*.

CHAPITRE 4 : THE PLACE OF CARE IN SOCIAL HOUSING IN A NEOLIBERAL ERA

Le chapitre précédent se conclut par le constat que les liens entre le mouvement des Villes en santé et les initiatives de logements sont ténus. Les résultats soulignent surtout que l'adhésion à ce mouvement ne peut expliquer la motivation des individus et des organisations qui se dépassent pour améliorer l'offre de logements sociaux. Les interviewé·es semblent davantage mues par une volonté générale d'entendre et de répondre aux besoins des femmes cheffes de familles monoparentales ce qui correspond au *care*. Pour cette raison, je consacre les deux prochains articles à explorer les trois cas sous l'angle du *care*. L'article 2 répond au premier objectif spécifique de la thèse: comprendre l'influence des éthiques du *care* sur les orientations des démarches associées à la création de nouveaux logements sociaux.

Ce chapitre réalise une analyse critique du rôle des éthiques du *care* dans ces initiatives menées par les communautés. En plus de rendre visibles des attitudes et actions qui souvent passent sous silence, cet article tente de comprendre si ce *care* se conforme ou encore conteste le contexte néolibéral qui influence le milieu du logement social. L'analyse critique de ces processus s'appuie sur les cartes mentales, l'analyse documentaire ainsi que les entrevues auprès des personnes ayant été impliquées dans les trois cas et des intervenant·es périphériques. Cet article, co-écrit avec mon co-directeur Blake Poland, est intitulé « The place of *care* in social housing through a neoliberal era ». Il a été publié à la revue *International Journal of Housing Policy* qui se consacre à la publication d'analyses critiques des politiques, systèmes et pratiques en matière de logement (Desroches et Poland 2021).

Résumé de l'article 2

Le manque de logements abordables au Canada touche un nombre croissant de femmes cheffes de familles monoparentales, et l'économie politique actuelle pose d'importants obstacles au développement de nouveaux logements sociaux en réponse. Cet article cherche à comprendre si les nouveaux programmes de logement menés par les OSBL d'habitation se conforment ou résistent à la néolibéralisation. En s'appuyant sur une éthique féministe du *care*, cet article explore et approfondit les idées, les intérêts, les institutions et les réseaux impliqués dans la création de nouveaux logements sociaux pour les femmes cheffes de familles

monoparentales à Montréal, Toronto et Vancouver, au Canada. Les cas révèlent que la néolibéralisation n'élimine pas le *care* dans le secteur du logement social. D'un côté, les communautés qui adhèrent et mettent en pratique les principes du *care* se conforment au retrait de l'État. Elles se mobilisent pour comprendre et répondre aux besoins urgents, et ce, en dépit des insuffisances ou de l'indisponibilité des programmes publics. D'un autre côté, les éthiques du *care* les conduisent à concevoir des programmes et des espaces centrés sur les besoins des familles ce qui constituent des résistances au contexte actuel qui entrave le développement de logements sociaux ou oriente les actions vers des solutions axées sur le marché et les attentes néolibérales. L'article se conclut par une réflexion critique sur les inégalités dans la capacité des communautés à créer des logements avec *care* pour répondre aux besoins identifiés et ainsi résister à la néolibéralisation du logement social.

Logement social; éthiques du care; néolibéralisme; villes canadiennes; femmes cheffes de familles monoparentales.

Abstract de l'article 2

The lack of affordable housing in Canada affects a growing number of female heads of single-parent families, and the current political economy presents significant obstacles to develop more social housing in response. This paper seeks to understand the extent to which new housing programmes led by community providers comply with or resist neoliberalisation. We draw on feminist ethics of care to explore and deepen the ideas, interests, institutions, and networks involved in creating social housing for female heads of single-parent families in Montreal, Toronto, and Vancouver, Canada. The cases reveal that neoliberalisation is not eliminating care in the social housing sector. On the one hand, communities that embrace and engage with the principles of care comply with state rollback by stepping up to meet pressing needs despite the inadequacies or unavailability of public programmes. On the other hand, care ethics lead them to design programmes and spaces centred on family needs, which resist the climate that hampers social housing development and orients it toward market-driven solutions and neoliberal expectations. We conclude with a critical reflection on the inequalities in communities' capacity to create housing with care to meet the identified needs and thereby resist the neoliberalisation of social housing.

Social housing; care ethics; neoliberalism; Canadian cities; female heads of single-parent families.

4.1 Introduction

A growing number of female-headed families find themselves in emergency shelters in Canadian cities due to a lack of affordable housing, rental discrimination, and long waitlists for social housing (Adamo et al. 2016). Consequently, many shelters are at full capacity and regularly turn away women and families who need immediate assistance (Maki 2019). Supportive housing¹ is recognised as a valid strategy to meet these families' complex and changing needs and realities. It provides a combination of affordable housing with flexible and adapted on-site support, which fosters residential stability, families' wellbeing, access to education and employment, and combat poverty (Bassuk et Geller 2006 ; Tremblay et al. 2009).

Although needs are acute, the current neoliberal climate reduces investments for social policies, promotes market-based solutions and hinders social housing development. However, committed communities established few new programmes in recent decades. So far, there is limited research that directly examines community actions to improve the social housing supply. This article seeks to understand the extent to which these communities comply with or resist neoliberalisation. This article argues that care ethics provide an alternative that may withstand the neoliberalisation of the housing sector.

After an overview of care, housing and neoliberalisation literature, we introduce our research methodology. A third section examines processes to create new supportive housing programmes for female heads of single-parent families in Montreal, Toronto, and Vancouver, using a comparative case study analysis, informed by mental mapping and interviews with stakeholders and document analysis. We explore these processes with a feminist care ethics lens to deepen understanding of the institutions, interests, ideas, and networks that have influenced the programmes' creation. The results bring a nuanced understanding of the potential and the limits of these community-led initiatives in the face of neoliberalisation. On the one hand, care principles motivate the work and collaborations required to create housing programmes that respond in the face of state rollback. On the other hand, care appears as an ethic that awakens resistance to neoliberal orientations and expectations. By exploring these tensions and complexities at the community level, our research documents inequalities in organisations' capacity to create housing with care and resist neoliberalisation.

4.2 Care, neoliberalism, and housing

Tronto (1993) defines care as:

a species activity that includes everything that we do to maintain, continue, and repair our 'world' so that we can live in it as well as possible. That world includes our bodies, our selves, and our environment, all of which we seek to interweave in a complex, life-sustaining web. (p.103)

Care is more than activities or labour but a way of interacting based on responsibility and an ongoing commitment to reflect and act on individuals, objects, and environments to ensure their wellbeing (Tronto 2013 ; Held 2006). While attention is often focused on interpersonal relationships, caring may be anchored in several domains (Held 2006). Recent studies have focused on the physical and infrastructural conditions that shape care in cities (M. J. Williams 2017 ; Jupp 2014 ; M. J. Williams 2016), such as how housing influences households' care capacities (E. R. Power et Mee 2019 ; E. R. Power 2019 ; Bowlby 2019). Many scholars also emphasise that care occurs within contexts that continuously influence responsibilities, resources, (in)visibility, (de)valorisation, and the inequalities involved in caring (M. Green et Lawson 2011 ; Held 2006 ; Tronto 2013 ; E. R. Power 2019). Thusly, scholars have become interested in how neoliberalisation transformed care.

Peck, Brenner et Theodore (2018) define neoliberalisation as a continuous process of state and societal restructuring guided by an "idealised vision of market rule and liberal freedoms, combining a utilitarian conception of market rationality and competitive individualism with deep antipathies to social redistribution and solidarity" (p. 6). Neoliberalisation is not a phase towards a specific end-state or even a stable system. Instead, it is a complex process involving unequal, multiscalar, multidimensional, and unlimited restructuration that generates its own failures, crises, and contradictions. This open-ended process reveals manifestations of "actually existing neoliberalism" that vary over time and space (Brenner et Theodore 2002 ; Peck, Brenner et Theodore 2018).

Neoliberalisation is based on the assumption that individuals are largely independent, autonomous, and capable of making rational choices in a free market – making care a personal responsibility (Tronto 2013). From a neoliberal perspective, only children, elders, or people with disabilities are considered "naturally vulnerable" and legitimately deserving of social assistance.

Thus, those in need of support who fail to embody these norms are projected as lazy and undeserving, creating stereotypes (e.g., “welfare queens”) (E. R. Power et Bergan 2018 ; E. R. Power et Mee 2019 ; Tronto 2013). Accordingly, neoliberal reforms transfer social care responsibilities towards the market, local governments, communities, families, and individuals themselves (Barnes 2012 ; M. Green et Lawson 2011 ; Milligan 2000 ; Sevenhuijsen 2003 ; Staeheli 2003).

Through a market lens, housing is seen “as an individual responsibility, investment and asset” (E. R. Power et Mee 2019, 13). Homeowners hold a privileged position to fulfil their care responsibilities, and they are presumed to be able to choose a dwelling designed and located with access to relationships, infrastructure, and services to support their ability to care. In addition to tenure security, they may alter their home to their needs and use it as leverage to pay for care services when needed (E. R. Power 2019 ; S. J. Smith 2005 ; Easterlow et Smith 2004). Accordingly, renting should be a transitional for youth or following marital separation, and social housing and rent subsidies as temporary and last resort. Long-term tenants and social housing tenants are seen to have failed to make the “right” decisions (and investments) (Blessing 2016 ; E. R. Power et Mee 2019).

Globally, neoliberalisation led to market-based solutions to meet housing needs, such as privatisation of public housing, introduction of affordable market rent, competition among social housing providers, fixed-term leases in social housing and promotion of homeownership (E. R. Power et Bergan 2018 ; Blessing 2016 ; Hackworth et Moriah 2006). Over the years, neoliberal reforms led to various configurations in Canada’s major cities, now facing different types and levels of housing crises. We provide here an overview of critical moments of “creative destruction” of social housing in Canada. Creative destruction involves the dismantlement and deregulation of redistributive systems (rollback) and deployment of new modes of regulation and governance (roll-out) to stimulate competition, free choice, freedom, and efficiency while repairing past problems’ contradictions (Brenner et Theodore 2002). After World War II, many governments invested in housing to provide veterans’ homes, stimulate the economy, and rebuild cities. The Canadian government funded the development of public housing complexes, non-profits, and co-ops (Gaudreault et Bouchard 2002 ; Carroll et Jones 2000). However, public housing complexes were poorly integrated, concentrating on disadvantage and stigmatising tenants (Suttor 2016 ; Madden et Marcuse 2016). In the wake of neoliberalism, the Canadian government rolled back from social housing development in the early 1990s, devolving these responsibilities to lower-tier governments (Hackworth et Moriah 2006 ; Suttor 2016).

This devolution arguably gave provinces greater freedom to experiment with new models and approaches to meet local and specific needs. It, however, led to regional disparities with distinct orientations and levels of investment. In Ontario, responsibilities for social housing were relegated to (municipal) service managers without a corresponding update of city powers or fiscal resources (Hackworth et Moriah 2006 ; Suttor 2016). In contrast, under the pressure of community stakeholders, Quebec enacted programmes to support, in particular, non-profit housing providers in new developments, rent subsidies, and on-site services (Bouchard, Frohn et Morin 2010). In British Columbia, various policies and programmes were established to encourage private market rent supplements, emergency shelter services and supportive housing for people experiencing homelessness concurrent with mental health and substance use issues (Klein et Copas 2010 ; Adamo et al. 2016).

Despite regional differences, neoliberalisation has shifted investment away from permanent social housing complexes with subsidised rents. Governments orient their investments towards affordable housings related to market cost, rent subsidies for private rentals and promotion of social mix. Residual social housing is targeted at vulnerable or at-risk populations, and its development relies mainly on community housing providers (Suttor 2016 ; MacLeod, Worton et Nelson 2017 ; Stanhope et Dunn 2011 ; August 2008). As Suttor (2016) explains, these new modalities are supported by a specific vision:

Now the rhetoric implied that local communities could meet their own needs as intrepid non-profit groups initiated projects - ignoring the utter dependence of this sector on large public subsidies and capacity-building. Increasingly, there was an emphasis on social housing as an aspect of targeted social services, rather than as a dimension of mixed or general social welfare. As social housing shrank as a share of the housing system, there was an ever-stronger logic that it should be targeted especially to high-needs groups such as abused women, Aboriginal people, young single mothers, or homeless people. (p.132-133)

Hence, scholars stress that downloading social housing responsibilities to communities is likely a result of neoliberalisation. In Canada, as elsewhere, community housing providers are competing to access the limited funding and attempting to make up for the shortfall, for example, through partnerships with the private sector or engaging in profit-generating activities (Hackworth et Moriah 2006 ; Tremblay et al. 2009 ; Thompson 2018).

Literature suggests that care ethics may guide individuals and organizations to resist neoliberalization (Askew 2009 ; M. J. Williams 2020, 2017 ; Cloke, May et Williams 2017 ; Clayton, Donovan et Merchant 2015 ; M. J. Williams 2016). These ethics recognise caring as a universal need: since individuals are fragile, vulnerable, and will, at various points, be giving and receiving care (Tronto 1993, 2013 ; Sevenhuijsen 2003). It apprehends human beings through those relationships that support the existence and the wellbeing of individuals and societies (Tronto 1993, 2013 ; Held 2006). Care ethics thus disrupt neoliberal expectations, which see the individual as autonomous, independent, and self-responsible. With state cutbacks, care may galvanise actions to build and support communities (Staeheli 2003 ; Clayton, Donovan et Merchant 2015), promote solidarity, and mobilize against state violence (Emejulu et Bassel 2018). Research suggests that care ethics lead organisations to resist alignment with neoliberal norms and expectations (E. R. Power et Bergan 2018 ; Clarke, Cheshire et Parsell 2020). However, this resistance through care does not deeply challenge neoliberalisation (Clarke et Parsell 2020): it is fragile since it is often supported by individuals who may leave and change priority (M. J. Williams 2020). Also, care may be manipulated to facilitate the acceptability and limit the contestation of neoliberal housing projects (Ruming et Zurita 2020).

Since the care literature has been developed primarily by researchers based in the United Kingdom, the United States and Australia, there has been little attention to the Canadian context. A few researchers have been interested in managing social housing from a care perspective (Thompson 2018 ; E. R. Power et Bergan 2018 ; Whitzman et Desroches 2020). As far as we can tell, the creation of these programmes and complexes remains largely unexplored. This paper aims to understand the extent to which care is an ethic involved to resist neoliberalisation in the social housing sector.

4.3 Method

This comparative case study draws on Montreal, Toronto, and Vancouver's processes to create supportive housing for under-housed female heads of single-parent families. These cities share similar demographic and housing issues, including a shortage of affordable housing, increases in homelessness among women and families, and challenges in creating social housing. The selected programmes opened in the last 10 years and house 10 to 21 families each. Since social housing policies differ across cities and have changed over time, there can be no talk of the "typical" creation process. They have various timeframes, complexities, difficulties, and

funders but invariably rely on partnerships and collaborations. Stakeholders have a partial view of the whole. Thus, many perspectives are required to reconstruct the backstory of each programme. The lead author met with 53 key informants from April 2017 to June 2018 in Montreal ($n = 19$), Toronto ($n = 12$) and Vancouver ($n = 22$).

Most interviewees have been involved in the selected cases ($n = 36$) in their role in a non-profit organisation, institution, private firm or local government. These stakeholders are generally proud of the housing initiative – especially those still directly involved- and are therefore reluctant to criticize or reveal conflicts. Thus, interviews were also conducted with key individuals running similar programmes or associated with public programmes ($n = 16$) deemed to have critical perspectives on social housing creation and more information on the local context. The first interviews were conducted with individuals identified by the organisations and our connections. We proceeded by snowball sampling, meaning that the respondents identified other key people to be interviewed.

We used the 3I + N framework (interest, ideas, institution, and network) to provide a common ground for our comparison. This framework covers the main variables to be considered when analysing policy change in political science (Palier et Surel 2005 ; Shearer et al. 2016): interests (claims, preferences, and motivations), ideas (beliefs, philosophy, and approaches), institutions (rules, policies, and standards), and networks (actors and their relationships). We invited informants to draw a mental map of the housing programme's creation milestones and locate their involvement (or the processes usually undertaken). They described their drawing before initiating the semi-structured interview. The questions covered the main stages of creating the programmes and the interests, ideas, and institutions that have facilitated or impeded the creation while emphasising the networks' role. As this data collection was part of the lead author's doctoral dissertation research, the interviews also included other themes not discussed in this paper. The interviews lasted for over an hour and were recorded with the participants' consent and transcribed. Montreal's interviews were conducted in French, the quotes used in this article are translated.

We supplemented the interviews with document analysis. We identified documents published ten years before or after the opening of the programmes. More than 200 documents were provided by the organisations or found through a web search. After completing the interviews, we selected the 20 most relevant per case to complement the respondents' perspectives, such as the difficulties, tensions, and conflicts minimised by the interviewees or to corroborate

information discussed by a limited number of people. We selected public documents (e.g., municipal action plans and policies), publications from the lead organisations (e.g., annual reports, meeting minutes and bylaws) and press materials (e.g., newspaper articles and blog posts).

We first conducted a thematic analysis of the verbatim transcripts and documents by categorising influential ideas, interests, institutions, or networks in creating housing programmes. Feminist care ethics was used to deepen the analysis. This critical lens focuses on generally neglected policy-making dimensions, such as examining if care is part of policy deliberations and outcomes, and looking for its possible impacts on care relationships (Hankivsky 2005 ; Barnes 2012). Feminist care ethics stress that care is embedded in an unfair context fuelling inequalities based on gender, race, ability, class, and age (Held 2006 ; Puig de la Bellacasa 2017 ; Tronto 2013).

We draw in our analysis on three principles that Hankivsky (2005) envisions as the foundation of care ethics. First, contextual sensitivity acknowledges that “human beings are specific, concrete individuals rather than abstract, generic beings” (p. 32) and are shaped by “social, economic, political, historical, and geographical circumstances” (p. 33). Therefore, policy development must account for these contextual factors. Second, responsiveness implies avoiding imposing our perception of the needs of others but establishing safe spaces for listening and observing “people’s articulation of who they are, what their experiences have been, what their needs are, how these needs have arisen, and how they can best be met” (p. 35). Third, consequences of choice imply moving away from the “traditional justice perspective [that] does not consistently consider the effects of our judgments and actions” and bearing in mind ways to practically and materially promote people’s wellbeing and prevent potential harm. This article examines whether these principles are embedded in the 3I + N and their interaction with neoliberalisation.

In a neoliberal era, care spaces and modalities change. Feminist care ethics stress the importance of moving beyond descriptions of care or falling into simplifications by labelling specific interventions as “good” or “bad”. We need to embrace complexity to understand the tensions and contradictions that deepen care provision and (Held 2006 ; Puig de la Bellacasa 2017). Our focus is on how caring interacts with manifestations of actually existing neoliberalism in the social housing sector. Peck, Brenner et Theodore (2018) suggest grasping temporal and spatial variations of actually existing neoliberalism. By comparing cases evolving in various cities and provinces, we seek to understand how neoliberalisation takes on different contexts marked

by their histories, institutions, crises, and conflicts, leading to multiple manifestations of actually existing neoliberalism. In the next section, we introduce the cases.

4.4 Results

4.4.1 History and organisational structure of housing programmes

As noted above, interviewees were invited to sketch how housing programmes are created and locate their involvement. It revealed the community housing provider's network's importance. In Toronto, several respondents indicated that the programme's creation started with public hearings about youth leaving care (child protection), as illustrated in the mental map below (Figure 4.1). Youth shed light on challenges in transitioning to adulthood and shortcomings of service providers such as pursuing post-secondary education and accessing affordable housing. These challenges were discussed among a network dedicated to preventing homelessness among young parents. The Massey Centre, an infant and early childhood mental health agency, was part of this network and discussions. As the organisation frequently worked with girls becoming parents while transitioning out of care, the management team desired to be responsive by transforming their programmes and services. Their complex comprises townhouses (housing units) for postnatal stays and classrooms for completing high school. After consulting their community, the management team recognised that these were insufficient and they could do more. The CEO consulted legal services to find a loophole to house mothers longer and other housing providers to define a new residential programme. The New Lives Start Here programme broadens the age of eligibility from 21 to 25, supports the completion of post-secondary education, and offers longer-term housing (4 years vs 1 year).

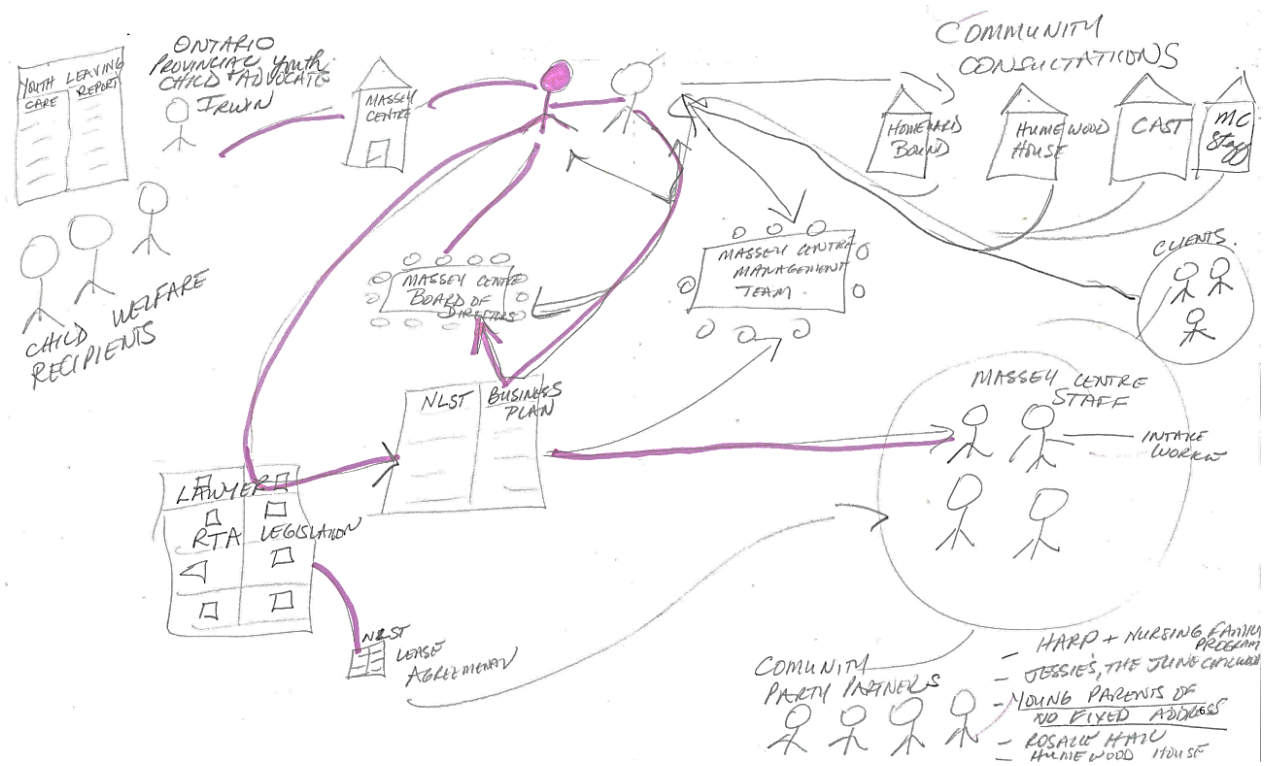


Figure 4.1 Mental map T-03

The mind map in Figure 4.1 illustrates the programme’s creation centred on the CEO and a pro bono professional with the Massey Centre community (e.g., users, staff, and board) and their network (e.g., community and institutional partners, professionals). The key arrows represent the following elements:

- The Provincial Youth Advocate shared information about the unmet needs of youth leaving care;
- Evaluation of Massey Centre practices and services with their community;
- Consultations with other housing providers to shape the new programme and ensure its regulatory feasibility;
- Adoption of the programme business plan by the Board of Directors;
- Transformation of staff responsibilities for the implementation of the programme;
- Dissemination of the new programme to their network to reach eligible families.

Whereas the Toronto case was led by a service reorganisation within a well-established agency, the Montreal case was driven by a brand new organisation. Most interviewees identified the

integrated urban revitalisation strategy as the starting point of their initiative. As illustrated in the mental map below (Figure 4.2), this city-funded programme led them to assess interventions to reduce poverty and social exclusion in a specific area. It drew stakeholders' attention to the need for more affordable housing and challenges faced by female heads of single-parent families. Representatives of local organisations, who converged through the revitalisation process, came together to develop a housing programme for these families. Since social housing was not part of these organisations' missions, they decided to set up a new community housing provider (Mon Toit, mon Cartier) that then applied for provincial grants to build the housing complex, subsidise rent, and provide on-site support. After several years punctuated with many challenges, as the mind map in Figure 4.2 illustrates, a building was renovated to house local families and a family agency that needed new offices. Their programme, called *Growing up to the Roof!*, provides to 14 families subsidised housing and onsite support for 3–5 years. With this initiative, the community aims to provide a living environment to meet and respect resident mothers' needs and rhythms to find their path, create their social safety net, and regain control over their lives.

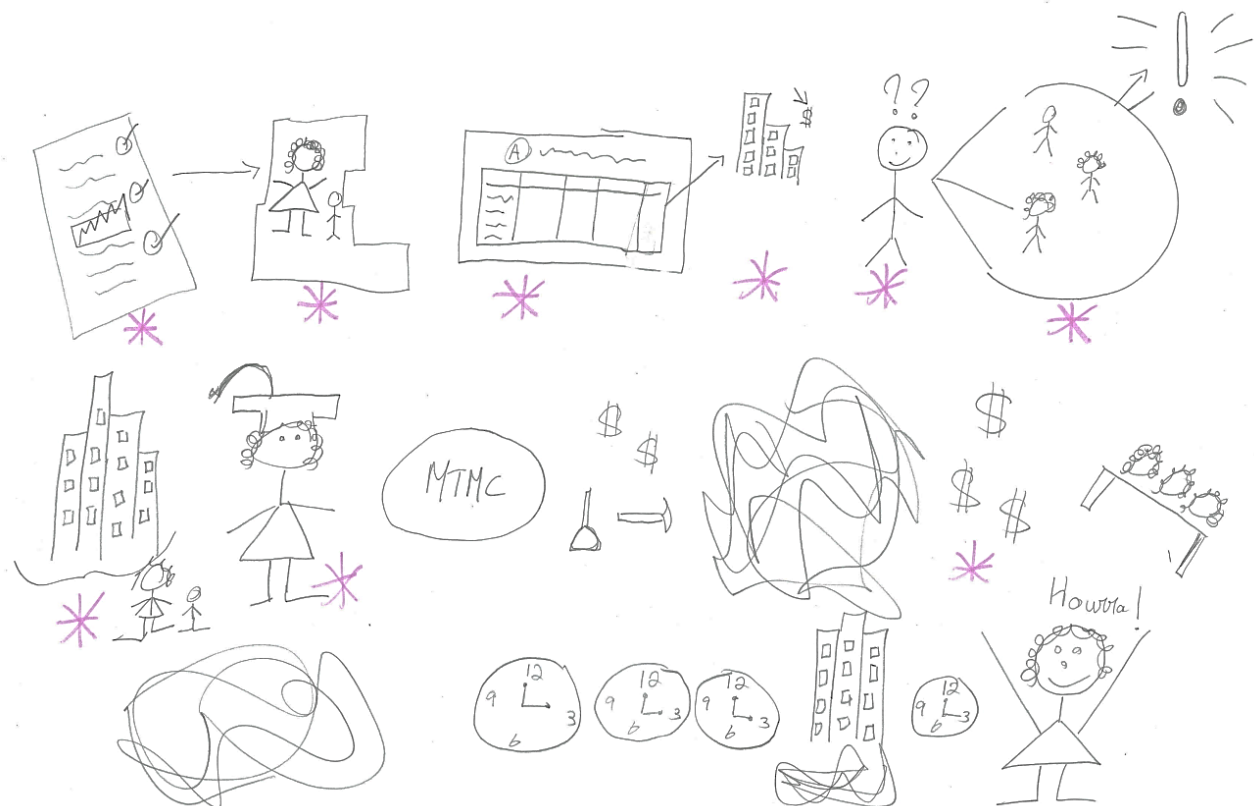


Figure 4.2 Mental map M-02

The mind map in figure 4.2 illustrates the milestones to set up the housing program according to a representative of a local organization:

- Needs assessment
- Recognition of needs and difficulties of single-parent families
- Adoption of a priority to improve social housing supply
- Stakeholders mobilized to provide social housing for these mothers
- Creation of a non-profit housing provider
- Access to funding for the construction
- Architect's mistakes and selection of a contractor with a poor reputation
- Seeking funds to hire a person to oversee the worksite
- Selection of future tenants
- Unforeseen events and problems on the worksite
- Soil contamination found that resulted in other costs and delays
- Completed building and family move-in

As the mental map below (Figure 4.3) illustrates, Vancouver's process required a range of actors. The seeds of the case study arose when local housing advocates demanded that the airspace above a new public library branch include social housing. The activists argued that the city must seize every opportunity to include social housing with the housing crisis and soaring land prices. The city later adopted this strategy. As there was no more public funding available to build social housing and subsidise rents, the City was looking for a housing provider interested and able to fundraise. The city turned to the YWCA, known for their experiences in housing and ability to fundraise. The YWCA accepted the City's offer since social housing development in that neighbourhood was one of their strategic priorities. After the extensive fundraising with private foundations, the provincial government (BC Housing) provided additional funds to maximise airspace use. In collaboration with Vancouver Public Library, the Cause We Care House was built. It now provides affordable and permanent housing for single-parent families and a YWCA point of service. This programme aims to be a steppingstone allowing women to realise their ambitions.

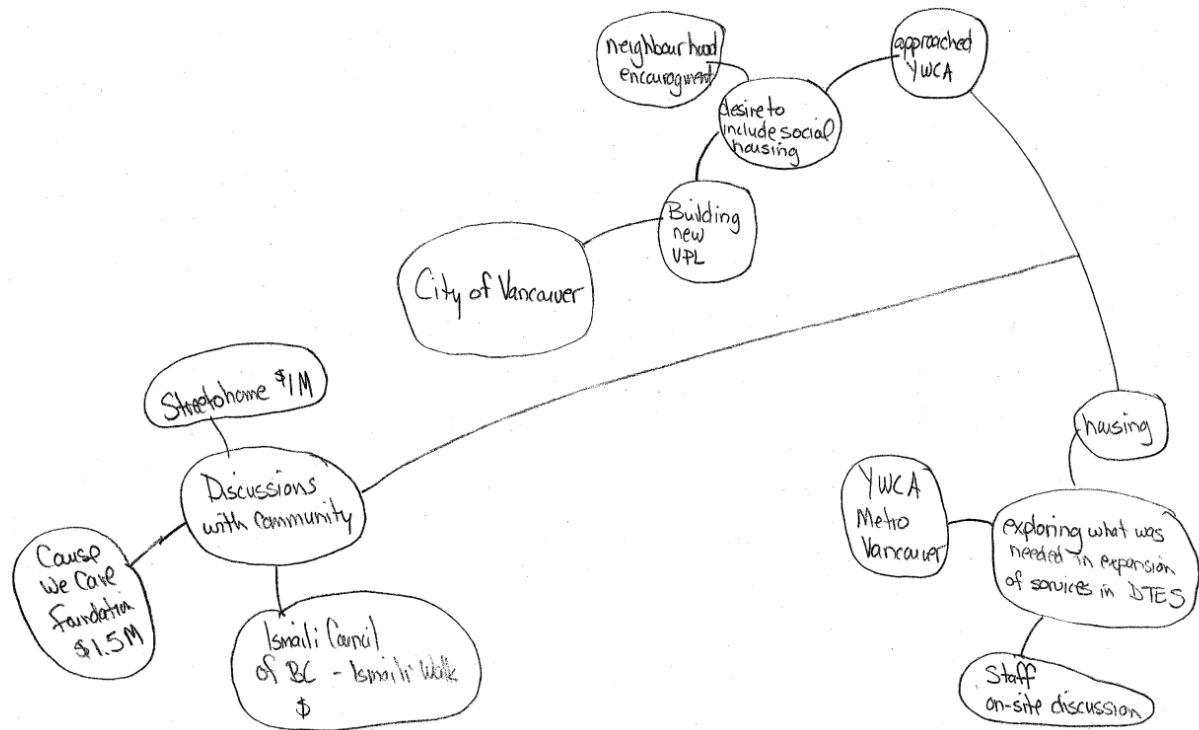


Figure 4.3 Mental map V-18

The mental map in Figure 4.3 sketched by a YWCA staff member illustrates three hubs that were key in the creation of the housing programme:

- At the bottom right, exploring what was needed in the expansion of services in the Downtown Eastside, which involves:
 - Strategic thinking for the YWCA
 - Discussion with on-site staff
 - Identification of housing needs
- At the top, for the integration of social housing above the new library branch:
 - The city's commitment to building a library
 - Housing activists' requesting the inclusion of social housing
 - The community that supported the activist idea
 - The YWCA approached to develop a housing program
- On the left, the YWCA's discussions with the communities to fundraise for the program, some major some major private donors:

- The Cause We Care Foundation
- The Street to Home Foundation
- The Ismaili Council of BC

Although lead organisations oversee the new housing programmes in all three cases, the creation relied on local institutions, citizens, private foundations, and elected officials. Their network provided information about the needs, resources and opened development opportunities. Some stakeholders became involved through direct interests – i.e., based on their needs or mission – whereas others joined through a shared interest in meeting local needs. These narratives indicate that the collective interests are based on contextual sensitivity. The desire to create social housing is not abstract but rooted in recognising both the local issues and the needs of women at risk of homelessness. This sensitivity is, to some extent, in opposition to neoliberal policies that focus on cost-effective solutions to end chronic homelessness that is visible and results in significant public expenditure (e.g., intensive care, shelters, and police) (MacLeod, Worton et Nelson 2017 ; Stanhope et Dunn 2011). As Whitzman (2006) and many others point out, women’s homelessness tends to be ignored since they are less likely to sleep in public places or use shelters. Therefore, limited attention is given to female heads of single-parent families experiencing housing difficulties and hidden homelessness (e.g., couch surfing, living in a violent household, or an insecure or overcrowded accommodation). This situation was particularly noted in Vancouver, where public resources are focused on ending street homelessness and preventing opioid overdoses. However, the YWCA have been serving these women and families for decades through their existing programmes. This daily and direct contact with women and their children has prompted YWCA staff to develop more affordable housing to meet the needs and thus complement their service continuum.

Several informants indicated that these local collective interests helped gain community and institutional support. The community initiative in Montreal was initially hampered by the city’s housing department that judged that the district already had its “fair share” of social housing and that additional units would further concentrate poverty. This fear echoes neoliberal interest in increasing the city’s attractiveness and marketability by deconcentrating (visible) poverty and fostering a “social mix” (August 2008). The collective had to prove that the district, the local organisations, and the population needed the housing programme, that it was in the common interest to locate it in that area. As many interviewees pointed out, this was facilitated by the community need assessment for the integrated urban revitalisation strategy:

This project... comes from the revitalisation process. So it is included and inclusive of that approach... As I said before, that building [that we decided to renovate] was infected with unhealthy apartments; the owner did not take care of his building... How do you say the soil was contaminated? I have already told you about the people who lived there, it was terrible [...] It is part of the revitalisation process: there are several buildings that have been rehabilitated, so it is part of a movement to create a better neighbourhood [...]

(M-08, translated from original)

This quote highlights that the collective interest in building social housing arose from the need assessment and was reinforced by the fact that their project would replace a negligent landlord that contributed to the sector's negative image. The project was then presented as a tool for revitalisation through which the local organisations involved could care for the tenants, the units, the building, and the surrounding area. This collective interest, based on a contextual sensibility, overcame the limitations of the initial social mix discourse. Mon Toit, mon Cartier secured the necessary support of local governments and institutions. Participants in all three cities noted that the convergence of interests also prevented potential conflicts with actors' direct interests, such as neighbours (e.g., Not In My BackYard phenomenon, NIMBY). This collective interest's strength also lies in stakeholders' belief in the ideas underlying the housing programmes.

4.4.2 Caring ideas resisting neoliberalisation

When participants discussed their initiative's ideas, many reported feeling a moral obligation to seize opportunities to meet pressing needs – caring for under-housed women and families. The idea seems to be rooted in principles of care (responsiveness and attention to the consequences of choices) (Hankivsky 2005), which resisted neoliberal ideas and expectations. Affordable housing was identified as a pressing need in all three cases. Interviewees stated that many female-headed single parent families are forced to live in substandard, unsafe, overcrowded, and overpriced units under the real estate market logic, which directly affects their ability to meet their other basic needs, such as food and security. Recognising the housing market's violence (Clarke et Parsell 2020 ; Easterlow et Smith 2004), all three lead organisations rejected market-driven solutions promoted by neoliberal policies. Programmes are intended to provide an alternative to private landlords who discriminate against single-parent families and real estate developers who rarely build spacious and affordable apartments. The rent is geared to the family income in Montreal and Toronto or far below market rent in Vancouver. All

interviewees framed housing as a home or a right, not a commodity or investment (Madden et Marcuse 2016 ; Thompson 2018).

Many interviewees stressed that their programme intended to meet the families' basic needs such as housing, food and safety. The idea of meeting basic needs can be consistent with neoliberal policies that no longer offer a secure safety net yet generate reactive interventions in distress situations (Blessing 2016). However, all three housing initiatives provide more than immediate services or shelters to respond to distress situations. The programmes offer long-term affordable housing with shared spaces and services to support, empower and promote the family's wellbeing. This caring idea emerges clearly in the narrative of this YWCA employee:

And if they have stable housing, if they have affordable housing, that's a base from which they can move forward in their lives. And we have a lot of other services that can help support women to move forward with their lives. So we really want to have that housing in place for them. And the other ambition we have is housing as a community, right? I think that more than anything... Our staff do support the women. The women in the building really support one another and create this amazing community for each other.
(V-22)

She emphasised that their housing programme aims to support the potential of these women who, for various reasons, have difficulty maintaining a healthy work-life balance. Thus, the apartments and the shared spaces aim to support their capacities as mothers, workers, students, friends, and neighbours. Some interviewees stated that this framing around meeting basic needs and fostering women's economic independence increased the programme's acceptability and helped attract donations. It could be argued that these programmes are part of a neoliberal shift that focuses on fostering economic independence and see social housing as temporary assistance before homeownership or renting in the private market (E. R. Power et Mee 2019). However, these housing initiatives have not been directly articulated around neoliberal expectations. As this Toronto interviewee points out, their programme was requested by the women they serve (who are not exempt from neoliberal discourses and expectations):

We have a high school on-site, but they wanted to go further. But one of the biggest challenges for them was that when they come to Massey Centre, they will stay in prenatal programme up to one year after they are 6 months or older and move to postnatal. They spend [6 months] in postnatal, and then they move out to the community. Now, that's a challenge. Because once you move into the community, you have to pay a

market rent, which is whatever. So, they could not really afford to pay market rent and pay tuition and books and all that kind of stuff, but they really wanted to go further. (T-02)

In response to their services shortcomings, also flagged in the public hearings of the youth ageing out of care, Massey Centre wanted to be responsive and established a programme to support post-secondary education. An interviewee working at the Massey Centre stated that they could have designed a residential programme with specific requirements for participation in activities, lifestyle obligations, or even career choices. Some of the agencies they have consulted do impose such constraints. However, Massey Centre community wanted to implement flexible programmes to support women in their journey. This perspective echoes other organisations' discretionary decisions to listen and respond to individuals and families' needs and contexts (Whitzman 2006 ; E. R. Power et Bergan 2018 ; Whitzman et Desroches 2020).

In contrast to the neoliberal fear of welfare dependency, the YWCA offers permanent housing (E. R. Power et Bergan 2018). Many participants in Montreal and Toronto were aware that most women would never be self-sufficient and need subsidised housing after their stay. Like many others (Novac, Brown et Bourbonnais 2009), the people behind lead organisations recognise the limitations of transitional housing to achieve residential stability in the context of housing crises. For this reason, transitional programmes were designed to be flexible regarding the length of stays and women were often placed on waiting lists for permanent social housing. Thus, needing long-term social housing was not thought of as a failure but a solution for those who will likely have difficulty finding adequate housing on the private market. This recognition echoes Clarke, Cheshire et Parsell (2020) observations on new care-oriented interventions for vulnerable people that are no longer aimed at neoliberal notions of pathways to independence, but rather at accessing long-term support.

Whereas the YWCA had significant social housing experience, the Massey Centre and Mon Toit, mon Cartier had never offered long-term housing. Various local organisations advised them, based on "best practices", to become housing providers. While some neoliberal policies have imposed decontextualised "best practices" on localities (Brenner et Theodore 2002), the boards adopted housing programmes with local organisations and women's input and are open to amending them over time. This strategy is consistent with care ethics that reject universalism and ready-made one-size-fits-all solutions, since each action must be considered in its context (Held 2006 ; Hankivsky 2005).

Safety was a recurring idea in all three programmes. As this interviewee stressed, it was central in their decision making:

So every policy that we have in place is based on safety. How do we keep the moms safe? And then, by being an employer, how do we keep the staff safe? Particularly given the population of the moms... Who they are likely to bring with them are unsafe people! So how do we keep that balance? How do we ensure that a mom be safe at Massey? Because you know this is a safe place, it is a place of safety. So the rules are based on that. (T-05)

She explained that the emphasis on safety stems from the recognition that many families have experienced violence. In all three cases, creating women-only housing was a matter of security and fostering friendship and solidarity. Safety was also built into the environment and manifested in the bylaws. The safety measures were more rigid in transitional programmes led by organisations with less experience as housing providers. Tronto (2013) stresses that “protection is an element of care insofar as it prevents, and tries to mitigate against, harm” (p. 72). However, she emphasises that specific modalities can lead to non-caring protection (i.e., police interventions or paternalistic measures). Boyd et al. (2016) argue that care in supportive housing is often concomitant with invasive practices, such as regular verifications of apartments’ conditions or checking visitors’ identities. Tenants, especially women, have various perceptions of such measures: for some, it improves safety, but for others, it restricts residents’ freedom and privacy, making them feel infantilised or like prisoners, and thus, not at home (Boyd et al. 2016 ; Thompson 2018).

Although the case studies have fewer invasive measures than those for people experiencing mental health and addiction, interviewees recognise that the emphasis on safety led to tensions over respecting mothers’ autonomy and their ability to judge whether a situation is unsafe. However, interviewees noted that these rules are not always strictly applied and evolve to meet needs and expectations. Mostly, interviewees were aware that their approach focused on empowerment and safety is not for all women; some are not ready, need more support, do not want women-only environments, or are uncomfortable with the rules. Many interviewees insisted that their programmes with few units are a small portion of the housing spectrum, recognising that women at risk of homelessness have very different needs and realities (Whitzman 2006) and the importance of creating programmes genuinely responsive to this diversity. However, due to a lack of public resources, this diversified offer is not available.

4.4.3 Institutional elements that shape social housing creation

Interviewees in Toronto and Vancouver stressed that the lack of stable public funding is a significant barrier. Otherwise, interests in and ideas for new programmes must allow for the possibility of using their existing facilities or seizing unique and rare development opportunities. As this interviewee points out, the convergence was complex in Vancouver:

That was a wing and a prayer for sure. But it got pulled off! So that's good. [...] We were doing [putting social housing above the library] when there was no or little provincial or federal money. It was like a case by case of desperate struggle. (V-17)

She indicates that it was challenging to find an organisation with both the will and the financial capacity to support social housing development without significant public grants. She saw this partnership as exceptional and felt it should not become standard practice. Not all community housing providers are connected with philanthropists to support a significant fundraiser and have for-profit activities to reinvest in their social mission (although this is increasingly encouraged by neoliberal policies (E. R. Power et Bergan 2018 ; Blessing 2016)). Thus, this interviewee and many others aspired to establish supportive public funding programmes.

Whereas the provincial programmes in Montréal were enablers, the interviewees criticised the strict rules, procedures and budget limitations:

But public programmes are very specific, very standardised. Since we are a supportive housing project, it is more than just affordable housing; there are not tons of projects like us, so we had to ask for special programmes; it is a lot of paperwork and then negotiations with the city, and it was not very easy with the city... (M-03, translated from original)

Some of the elements discussed by this interviewee fuelled delays and cost overruns, forcing them to reconsider their ambitions, such as the size and layout of common areas and apartments. She also criticised the available funding and the restriction of eligible expenses, which prevented constructing a proper rooftop garden and communal kitchen. Like many others that face these institutional constraints (Tremblay et al. 2009), Mon Toit, mon Cartier sought additional funding from private foundations since these elements embodied the project's ideas. In this case, the neoliberal policies that underfund the development of social housing push

organisations to resort to private donors, but above all, restrict their capacity to develop caring environments as envisioned.

On the other hand, funding in Vancouver was mainly obtained through fundraising. The YWCA was not subject to as many rules and standards; it was thus easier to translate their caring ideas into the common areas' furniture, design larger units and corridors so that families could have more space, and provide permanent housing. These observations corroborate E. R. Power et Bergan (2018) findings, which indicate that privatised funding streams offer more flexibility and may depart from neoliberal norms.

Despite institutional context differences, interviewees stated that housing programmes' creation depended on community members' mobilisation. Many reported the challenges of meeting emerging needs since providing social housing was beyond the organisations' core mission and financial capacity. Many interviewees stressed that caring individuals' engagement and commitment were vital. Some informants reported that seeking out and meeting emerging needs was generally complicated. The Massey Centre was overloaded since public and community services funding was shrinking, while the needs were becoming more acute. In this context, the staff could not do the leg work to create a new programme. A pro bono worker led the business case because she believed in the organisation's mission and ideas.

This involvement of "champions" was also noted in Montreal. Many narratives and mental maps highlight the commitment of individuals who contributed as volunteers or worked overtime. As time dragged on, board members were no longer involved as representatives of their organisations but as citizens who cared. When interviewees referred to these committed individuals, they emphasised the fragility of care, which sometimes disappears with a change in staff within organisations as observed in other community work sectors (E. R. Power et Bergan 2018 ; Poland et al. 2005). It could be argued that this narrative of selfless devotion motivated by care is consistent with the neoliberal idea that communities can step in when the state pulls back.

In a neoliberal context where public resources are limited, it is expected that organisations will rely on their networks to open development opportunities and overcome obstacles (Clayton, Donovan et Merchant 2015 ; E. R. Power et Bergan 2018). While publicly funded forums have facilitated network formation in Montreal and Toronto, the YWCA relied on their pre-existing connections. Several interviewees mentioned that a well-established organisation with an endorsed mission within a strong community helped build that network. Such dynamics lead to

inequalities since other organisations do not easily bring in powerful or well-resourced actors to support their initiatives.

4.5 Conclusion

Neoliberalisation in all three cities' social housing sector is not uniform and complete but rather patchy and leaves room for local resistance and contestation. As observed in other sectors and cities, care appears as alternative ethics that enabled community housing providers to diverge and resist some neoliberal reforms and norms (Clayton, Donovan et Merchant 2015 ; Clarke et Parsell 2020 ; Emejulu et Bassel 2018 ; E. R. Power et Bergan 2018). Care manifestations differ among cases; housing initiatives arose in response to distinct needs and contexts (Askew 2009). Despite variations, the lead organisations embraced the three principles of care (Hankivsky 2005), enabling them to resist some elements of neoliberalisation while paradoxically extending others.

Like many others, our research emphasises that care ethics drive communities to step up to meet emerging and pressing needs while governments withdraw (Askew 2009 ; Staeheli 2003). The programmes stem from contextual sensitivity. Meeting local needs fostered a collective interest that overcame stigmatising social housing discourses and eased buy-in from institutions and neighbours. Community housing providers also focused on the consequence of choices in implementing programmes to promote families' wellbeing and protect them from the real estate market's brutality. The three cases rejected neoliberal orientations by building larger units, offering long-term housing and affordability geared to low-income households. At the same time, the programmes appear to be consistent with neoliberal ideas, such as fostering economic independence. Nevertheless, these choices also responded to the articulated needs of mothers they serve. Many interviewees clearly expressed that achieving economic independence was an illusion, recognising the need for support even after years with them, which led one organisation to offer permanent housing. Above all, their housing programmes are framed as one of the many responses needed to meet the inherently heterogeneous needs and realities of female heads of single-parent families. Undoubtedly, these initiatives, which add a few dozen social housing units for a targeted population, do not solve the structural problems or challenge the broader neoliberal policy settings (Clarke et Parsell 2020). However, these social housing complexes can be seen as tangible resistances to neoliberalisation, and above all, demonstrate that another

world is possible (Madden et Marcuse 2016 ; Cloke, May et Williams 2017 ; M. J. Williams 2017).

Nevertheless, we must be attentive to the power differentials implied in any resistance efforts (E. R. Power 2019), including inequalities among care providers and recipients, and on care responsibilities devolved to the most marginalised (M. Green et Lawson 2011 ; Tronto 2013 ; Puig de la Bellacasa 2017). The originality of this research lies in drawing attention to unequal capacities to create housing with care and thereby resist neoliberalisation. If communities want to create social housing with care, lead organisations must offset public programmes' shortcomings or unavailability, use internal levers and rely on their network comprising individuals who could work as volunteers and attract private donors. Through these efforts, housing providers embodied the neoliberal ideal of communities capable of working together to fill the gaps left by a retreating state, taking charge of local needs without depending solely on public (Clayton, Donovan et Merchant 2015 ; E. R. Power et Bergan 2018). Not all organisations can embody this ideal, especially since neoliberal policies have strongly affected communities, to the point where resisting with care is out of reach to many of them (Clayton, Donovan et Merchant 2015). In addition, many cannot take advantage of existing infrastructure, profit-making activities or decades of experience to have a reputation and a network that facilitate access to development opportunities, volunteers, and fundraising.

Without these assets, community housing providers are more dependent on institutional resources shaped by neoliberal ideas. Organisations will therefore steer their interventions to promote their acceptability, for example, by creating transitional housing, targeting "deserving households", and framing their programme around fostering economic independence. While community ownership may enable resistance to neoliberalisation, it may seriously reproduce inequalities since such experienced organisations are not equitably distributed across the territory. These remarks now lead to a desire to reflect further and explore ways to eliminate these inequalities, strengthen the communities' capacity to care, restore public sector responsibility and investment, and create housing programmes that reflect the full range of needs and realities of female heads of single-parent families.

CHAPITRE 5 : CRÉER DES LOGEMENTS SOCIAUX POUR LES FEMMES UNE QUESTION QUI VA AU-DELÀ DU PRIVÉ

Le chapitre 4 s'est conclu autour de constats relatifs aux inégalités dans les possibilités et capacités à créer du logement social avec *care* et aux risques de cette prise en charge communautaire motivée par le *care* dans un contexte néolibéral. Cet article poursuit ces réflexions en interrogeant les inégalités associées à la possibilité d'exercer du *care* avec le logement et au risque d'approfondir la privatisation du logement social. Cet article répond au deuxième objectif de la thèse à savoir comprendre comment la création des programmes de logements sociaux vise à résoudre un déficit de *care*. Pour poursuivre la réflexion critique sur ces processus mis en œuvre, cet article envisage comment ces processus permettent d'exercer du *care*. Pour approfondir ces modalités, l'analyse situe les actions et espaces établis dans la foulée des programmes de logements sur le continuum public-privé notamment afin de comprendre s'ils renforcent ou ébranlent la tendance à la privatisation du *care*. Cet article s'appuie principalement sur les entrevues menées auprès de l'ensemble de l'échantillon complété de l'analyse documentaire. Cet article est intitulé « Créer des logements sociaux pour les femmes : une question qui va au-delà du privé » (Desroches 2020). Il a été publié aux Cahiers de la géographie du Québec dans le cadre du numéro spécial « Genre, villes, territoires et sociétés » dirigé par Professeures Sophie Louragant, Denyse Côté et Sylvie Paré.

Résumé

En comparant des programmes de logements sociaux avec soutien communautaire à Montréal, Toronto et Vancouver, cet article souligne comment leurs processus de création intègrent le *care*. L'article démontre que ces programmes s'inscrivent dans un contexte où certaines organisations reconnaissent que la pénurie de logements abordables affecte particulièrement les femmes cheffes de familles monoparentales. En continuité avec leur mission, elles se sont engagées dans la création de programmes résidentiels notamment pour transformer les conditions sociomatérielles, temporelles et spatiales afin de mieux soutenir les capacités de *care* des organisations communautaires et des femmes. L'analyse indique que ces processus ont évité de cantonner le *care* à la sphère privée en engageant une pluralité d'espaces et d'intervenantes situés le long du continuum public-privé. La lentille du *care* permet de combler le manque de connaissances sur le développement de logements sociaux au Canada et d'explorer des pratiques et valeurs généralement négligées.

Logement social; soutien communautaire; care; familles monoparentales; public-privé; Montréal; Toronto; Vancouver

Abstract article 3

By comparing supportive housing programs in Montreal, Toronto and Vancouver, this article highlights how their creation processes embed care. We show that these programs arise in a context where some organizations recognize that the shortage of affordable housing impacts, particularly on the female head of single-parent families. In continuity with their mission, they have embarked on the creation of housing programs to transform socio-material, temporal and spatial conditions to support better the women's and community organizations' capacities to care. The analysis indicates that these processes have managed to avoid confining care to the private sphere by engaging a plurality of spaces and actors along the public-private continuum. The care lens offers a lens to fill the knowledge gap on social housing development in Canada and to explore generally neglected practices and values.

5.1 Introduction

Le domicile est un important lieu pour l'offre et la réception de *care* qui correspond à l'ensemble de valeurs, activités et relations qui recouvrent le fait de « se soucier de » et « prendre soin de ». Les capacités et possibilités d'offrir et de recevoir du *care* à domicile dépendent de l'accès à un logement abordable et adéquat, où il est possible de se sentir chez-soi et qui s'inscrit dans un réseau de soutien (E. R. Power 2019 ; E. R. Power et Mee 2019 ; Bowlby 2019). Cet accès est inégal puisqu'il est conditionné par des systèmes d'habitation fortement influencés par le marché immobilier qui tend à réduire le logement à une marchandise utilisée par des individus et des corporations pour accumuler des richesses et des gains financiers (Madden et Marcuse 2016). Depuis plusieurs années, les maisons d'hébergement au Canada constatent qu'un nombre croissant de femmes et de familles peinent à quitter leurs services en raison d'un manque criant de logements abordables, salubres, sécuritaires et de taille suffisante dans leur communauté (Maki, 2019). Bien que le système d'habitation canadien repose majoritairement sur le marché immobilier pour assurer l'offre, l'attribution et l'entretien des logements, les gouvernements l'influencent pour, par exemple, réguler les échanges, stimuler l'économie ou répondre aux besoins de la population (Wekerle 1997 ; Suttor 2016). L'itinérance cachée de ces

femmes est souvent négligée par les politiques puisque l'attention est centrée sur l'itinérance chronique qui est visible dans les lieux publics et qui représente d'importantes dépenses étatiques (MacLeod, Worton et Nelson 2017).

Quelques cas font exception à ce contexte *uncaring* puisque quelques intervenant-es se mobilisent et assemblent les composantes nécessaires pour créer des programmes de logements sociaux avec soutien communautaire destinés à ces femmes et familles. Jusqu'à maintenant, la littérature sur le logement social au Canada s'est intéressée à l'évolution des politiques et leurs influences sur le développement d'unités (Bouchard, Frohn et Morin 2010 ; Carroll et Jones 2000 ; Hackworth et Moriah 2006 ; Suttor 2016) et à leurs impacts sur la vie des locataires et des collectivités (Novac et al. 2004 ; Thériault et al. 2001 ; Tremblay et al. 2009). Ainsi, très peu d'écrits se sont attardés aux origines des nouveaux programmes et aux processus mis en œuvre à l'échelle communautaire pour créer du logement social ou se sont intéressés à l'habitation sous l'angle du *care* (Thompson 2018). Cet article compare des processus ayant permis la création de nouveaux logements sociaux avec soutien communautaire pour femmes cheffes de familles monoparentales à Montréal, Toronto et Vancouver pour saisir de quelles façons ils intègrent des éthiques du *care*. La première section présente comment la littérature a abordé les transformations des responsabilités et logiques d'action liées au *care* et au logement. Après la présentation de notre méthodologie, les trois cas sont introduits ce qui permet de dégager des points de convergence dans les processus mis en œuvre. L'analyse souligne que les cinq modalités du *care* ont été centrales aux processus de création dans les trois villes. De plus, les processus ont évité de cantonner ce *care* à la sphère privée notamment en engageant une pluralité d'espaces et d'intervenant-es à travers le continuum public-privé.

5.2 Care et politiques sociales

Le *care* a traditionnellement été associé aux émotions, aux relations intimes et familiales et à la dépendance. En ayant été assignées aux femmes ainsi qu'aux personnes racisées ou migrantes, les activités et attitudes associées au *care* ont été dévalorisées, vues comme des questions d'ordre privées et des responsabilités individuelles qui s'exercent au sein d'espaces comme le domicile (E. R. Power 2019 ; Held 2006 ; Tronto 2009). Tronto (2009) définit le *care* comme :

une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, continuer ou réparer notre “monde” de telle sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie. (p.143)

Suivant cette définition, le *care* ne peut se résumer à des tâches c’est pourquoi de nombreux chercheur-es insistent sur sa dimension relationnelle. Le *care* constitue donc un mode d’interaction qui renvoie à une responsabilité et un engagement réciproque et continu fondé sur un intérêt proactif pour le bien-être d’autrui (Bowlby 2012 ; Milligan et Wiles 2010 ; Conradson 2003b). Le *care* n’est pas naturel, fixe et universel, il s’inscrit dans un contexte social, politique, économique, culturel et temporel qui influence les personnes jugées responsables, les lieux d’exercice, sa visibilité et les inégalités associées (Held 2006 ; Tronto 2013 ; E. R. Power 2019).

Les besoins et l’exercice du *care* se sont transformés en raison des importants changements des modes de vie stimulés par l’urbanisation. Parmi les mouvements de réforme urbaine figuraient des féministes maternalistes qui ont fait valoir la pertinence de leurs perspectives en raison de leurs fonctions associées au soin, à l’affection et à la moralité en tant que mères ou épouses — au *care* (Bereni et Revillard 2008). Elles ont mis en place des aides caritatives pour les « mères nécessiteuses » au début du 20^e siècle et ont demandé aux gouvernements d’intervenir pour soutenir le travail du *care* (Cohen 2012). Ces mouvements ont permis d’établir des allocations publiques versées aux mères dans le besoin pour protéger leurs enfants et leur famille qui étaient vues comme des éléments clés de la construction de l’unité nationale. Ces actions ont été au fondement de politiques sociales par lesquelles les gouvernements ont davantage de responsabilités pour assurer le bien-être de sa population. Ces politiques ont intégré des formes de *care* aux services publics exercés par des professionnel·les à l’extérieur du domicile (hôpitaux, centre jeunesse, garderies, etc.) (Cohen 2012 ; Staeheli 2003 ; Sevenhuijsen 2003). Jenson (2004) note, par exemple, que le nombre croissant de politiques visant les enfants au Canada signale un changement de paradigme où les parents ne sont plus les seuls à assurer le bien-être de leur enfant : cette responsabilité est partagée avec une grande communauté plus large. Ces déplacements font en sorte que les questions associées à la distribution, à l’évaluation et au *care* participent davantage aux débats publics (Sevenhuijsen 2003).

Plusieurs ont souligné que les réformes néolibérales ont amené les gouvernements à se désengager de plusieurs politiques sociales et ainsi privatiser le *care*. Il est notamment question de transfert de responsabilités vers les entreprises privées, les communautés et les individus eux-mêmes au sein de leur domicile (Staehele 2003 ; Milligan 2000 ; Milligan et Wiles 2010 ; E. R. Power et Bergan 2018). Dans cette foulée, des organisations sans but lucratif (OSBL) ont réorienté leurs activités en passant de la défense de droits à la prestation de services directs à la population qui étaient, en totalité ou en partie, assumés par les institutions publiques (Phillips 2012). Ces derniers ont créé de nouveaux lieux et modalités d'actions associés au *care* tels que les soins à domicile ainsi que les services pour les personnes itinérantes (Milligan 2000 ; Conradson 2003c ; Staehele 2003 ; Jupp 2014). Certains écrits soulignent que ce transfert vers les communautés est propice à ce que le *care* fasse partie des attitudes adoptées et donc, résistent aux dictats néolibéraux axés sur les impératifs de croissance et de rentabilité et sur une vision du *care* comme une responsabilité individuelle (Sevenhuijsen 2003 ; E. R. Power et Bergan 2018). Parmi cette littérature, l'habitation est un thème récurrent puisque le domicile est un lieu permettant et conditionnant la possibilité de recevoir et d'offrir du *care* (E. R. Power et Mee 2019 ; Bowlby 2019 ; Thompson 2018 ; Mee 2009) et que le logement social constitue une politique sociale (Suttor 2016).

5.3 Transformation des modalités du logement social au Canada

La genèse des interventions étatiques sur le logement peut être associée aux pressions exercées par les mouvements de réforme urbaine qui considéraient le domicile comme une assise pour une vie saine et pour pouvoir contribuer au marché du travail. Ces derniers ont lutté contre les taudis, fait la promotion du logement social et de la régulation des conditions d'habitation, mais aussi de l'accès à la propriété pour que chaque famille ait son domicile (Choko, Collin et Germain 1987 ; Madden et Marcuse 2016). Dans cette mouvance et le contexte d'après-guerre, le gouvernement fédéral a soutenu l'accès à la propriété et le développement de logements publics (Carroll et Jones 2000). Au cours des années 1970, des programmes pour le développement de coopératives et d'OSBL d'habitation ont été établis ce qui a déplacé, en partie, les responsabilités entre les mains des communautés et des municipalités (Wekerle 1988). Ces programmes ont également élargi la définition de logement social qui renvoie à des unités résidentielles à prix abordables subventionnées, en totalité ou en partie, par les gouvernements. Les investissements fédéraux pour le logement social ont

culminé dans les années 1970 et se sont poursuivis dans les années 1980. Toutefois, le logement social est un des secteurs qui a été particulièrement affecté par les politiques néolibérales. Le désengagement s'est abouti en 1994 lorsque le gouvernement a annoncé la fin des programmes pour le financement de nouveaux logements sociaux (Hackworth et Moriah 2006 ; Carroll et Jones 2000 ; Suttor 2016). Ces politiques n'ont pas éliminé, mais ont réorienté les investissements et transformé les responsabilités pour le logement social. L'accession à la propriété est demeurée au centre des investissements et les responsabilités pour le logement social ont été confiées aux provinces et territoires qui s'appuient principalement sur les municipalités, les intervenant·es communautaires et le secteur privé pour assurer le développement et la gestion (Suttor 2016).

Les organisations communautaires ont expérimenté des modèles d'habitations coopératives et à but non lucratif innovants pour répondre aux besoins locaux ou de certaines populations (Hackworth et Moriah 2006 ; Bouchard, Frohn et Morin 2010). Par exemple, des groupes de femmes ont remis en question la façon de développer du logement social en reconnaissant que les besoins des jeunes mères, des femmes en difficulté, à risque d'itinérance ou qui fuient une situation de violence vont au-delà de l'abordabilité. Ces besoins concernent, entre autres, la sécurité, les espaces pour les enfants, le respect de la vie privée, le soutien mutuel ainsi que l'accès à des services sur place (Wekerle 1997, 1988). Elles ont également développé des approches multidimensionnelles qui emploient le logement, par exemple, pour soutenir les femmes de façon globale dans une démarche d'insertion socioprofessionnelle, mais aussi pour contribuer à la lutte contre l'exclusion et la pauvreté (Tremblay et al. 2009). Ces pratiques innovantes consistent notamment à joindre les unités de logements sociaux à l'offre de soutien sur place qui répond aux besoins individuels (ex. écoute, référencement et accompagnement) et collectifs (ex. résolution de conflit, ateliers d'éducation populaire et loisirs). Selon la population visée et le type de logements offerts, le niveau et les modalités de soutien varient pour assurer la stabilité résidentielle des locataires tout en respectant leur autonomie. Plusieurs recherches ont démontré l'efficacité du soutien communautaire en logement social¹⁵ pour contribuer à la stabilité résidentielle des femmes, des familles et d'autres populations jugées vulnérables ou à risque d'itinérance (Thériault et al. 2001 ; Novac et al. 2004). Ces pratiques issues du secteur communautaire sont aujourd'hui reconnues et soutenues par les institutions (Perron et Roy 2007 ; Ontario Gouvernement 2017).

¹⁵ Dans le reste du Canada, ce type d'habitation sociale est traduit par l'expression *supportive housing*, *supported housing* ou *housing with support* dépendant du type et niveau de services offerts.

Bien que le développement de logements sociaux est majoritairement entre les mains d'organisations communautaires, ces démarches demeurent tributaires du financement public qui varie selon les provinces. En 1996, le gouvernement ontarien a délégué la responsabilité pour le logement social entre les mains des municipalités. Cette délégation s'est réalisée avec un faible engagement politique. Ce faisant, les pouvoirs et les ressources fiscales des villes n'ont pas été revues pour leur permettre de mener à bien ces nouvelles responsabilités (Hackworth et Moriah 2006). Le développement se fait principalement par le biais de fournisseurs de logements municipaux ou privés à but non lucratif qui accèdent aux quelques programmes fédéraux, provinciaux et municipaux disponibles (Suttor 2016). À l'opposé, le programme AccèsLogis Québec a été établi en 1997, à la suite de pressions du secteur communautaire, pour soutenir le développement de projets résidentiels pour les ménages à faible ou modeste revenu. Les logements peuvent comprendre du soutien communautaire sur place pour assurer la stabilité résidentielle et favoriser l'inclusion sociale des locataires (Bouchard, Frohn et Morin 2010 ; Perron et Roy 2007). En Colombie-Britannique, les politiques et programmes provinciaux établis depuis 1990 ont favorisé l'attribution de supplément au loyer sur le marché privé, le financement de services d'hébergement d'urgence ainsi que le développement de logements permanents ou transitoires avec soutien. Ces investissements sont destinés principalement à des personnes en situation d'itinérance ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie (Klein et Copas 2010).

Ce transfert de responsabilités a créé des disparités entre les provinces, les régions et les villes où le logement social n'est pas priorisé ce qui se traduit par un plus faible nombre de nouveaux projets développés (Wekerle 1997 ; Suttor 2016). Cela a également ralenti le développement à l'échelle canadienne. Alors qu'au cours des années 1970 et 1980, 17 052 unités de logements sociaux ou abordables étaient développées en moyenne annuellement, ce rythme est plus de trois fois plus lent à compter de 1990 avec 4568 unités par année (SCHL 2019a). En somme, les responsabilités liées au logement tout comme celles associées au *care*, ont été assumées par les États et ont plus récemment été déplacées vers les communautés. Il est crucial de documenter ces expériences afin d'en comprendre les implications.

5.4 Méthodologie

Cet article s'appuie sur une étude comparative des processus qui ont conduit à la création de nouveaux programmes de logement avec soutien communautaire à Montréal, Toronto et

Vancouver. L'expression programme est employée pour englober à la fois la portion matérielle relative aux unités d'habitation, lieux communs et immeubles ainsi qu'aux services, règles et fonctionnement lié au soutien communautaire. Des démarches récentes, complétées depuis 2010, visant des femmes cheffes de familles monoparentales ont été sélectionnées. Les trois cas se distinguent, par exemple, par leurs sources de financement, la mission des organismes porteurs, les intervenant·es engagés, le degré de construction et de rénovation requis ainsi que le milieu dans lequel ceux-ci s'inscrivent.

Comme les programmes et opportunités pour créer du logement social avec soutien varient dans le temps et entre les villes, il n'y a pas de processus typique. Considérant que ces processus reposent sur des partenariats et des collaborations, chaque intervenant·es a un point de vue partiel et partial. Ce faisant, l'histoire de ces programmes peut être difficile à retracer puisqu'elle demande de prendre en considération de nombreux points de vue afin d'obtenir l'ensemble de l'information pertinente. Pour saisir ces différents points de vue, 52 intervenant·es-clés ont été rencontrés selon un échantillonnage par « boule de neige ». Les organisations responsables ont identifié et facilité l'accès à quelques personnes-clés qui ont, à leur tour, suggéré d'autres personnes à interviewer. La majorité des entrevues ont été menées avec des personnes qui ont été impliquées dans la création et l'opération des programmes de logement étudiés (n=36). Alors que la plupart proviennent du secteur communautaire, d'autres sont des élus, des fonctionnaires ou travaillent au sein d'entreprises privées (ex. firme d'architecture). D'autres entrevues ont été menées avec des intervenant·es communautaires, municipaux, régionaux et provinciaux ayant une expertise liée au milieu de l'habitation et de la santé pour offrir une meilleure compréhension du contexte local et provincial en matière de logement social (n=16). Lors de ces rencontres, les intervenant·es étaient invité·es à réaliser une carte mentale concernant la démarche pour créer le programme et à situer leur implication. Cette cartographie, qui prenait par exemple la forme de lignes du temps, de listes d'étapes ou encore de réseaux d'actions, était surtout utilisée pour faciliter la discussion et le souvenir d'une démarche réalisée il y a quelques années. Par la suite, un entretien semi-dirigé a été mené afin d'approfondir les processus et les modes de gouvernance. Ces entretiens étaient individuels à l'exception de deux qui ont été menés avec deux personnes à la fois d'une même organisation. La collecte de données a été complétée par une analyse documentaire d'une vingtaine de documents pour chaque ville.

Sur le plan de l'analyse, l'approche séquentielle (Jacquot 2014) est mobilisée pour identifier les principales phases qui composent les processus — l'émergence, la formulation, la mise en

œuvre, l'évaluation et la rétroaction. Puis, les éthiques du *care* sont employées pour approfondir les attitudes et actions qui ont marqué les phases des processus de création. Ces éthiques considèrent que les êtres vivants sont fondamentalement fragiles, vulnérables et dépendants. Ainsi, le *care* est vu comme étant un besoin universel puisque tous et toutes seront engagés, à différents moments de leur vie, dans une pluralité de relations pour offrir ou recevoir du *care* (Tronto 2009, 2013 ; Sevenhuijsen 2003). Ces éthiques demandent d'appréhender les humains à travers ces relations qui forment une force invisible soutenant l'existence et le bien-être des individus et des sociétés (Tronto 2009, 2013 ; Held 2006). Cela implique également de se pencher sur les facteurs contextuels qui incitent les individus à prendre la responsabilité de fournir et de soutenir le *care* ou encore de s'en dégager (Puig de la Bellacasa 2017 ; Tronto 2013). Cette éthique constitue une lentille pour déconstruire, de façon critique, les attitudes, actions et relations associées au *care*. Cela permet de comprendre comment elles s'inscrivent dans un contexte injuste de domination, d'asymétries, de négligence et d'exclusion qui alimente des relations de pouvoir fondées notamment sur le genre, la race, les capacités, la classe et l'âge (Held 2006 ; Puig de la Bellacasa 2017 ; Tronto 2013). Notre recherche s'inscrit en continuité avec celles qui emploient ces éthiques pour comprendre l'impact de l'habitation sur l'appartenance (Mee 2009), le sentiment de chez-soi (Thompson 2018) et les capacités de *care* (E. R. Power et Mee 2019 ; E. R. Power 2019) et pour analyser les attitudes et formes de travail dans le logement social et les villes (M. J. Williams 2017 ; Thompson 2018 ; E. R. Power et Bergan 2018).

Les travaux de Fisher and Tronto (1990) et Tronto (2013) ont tracé et défini cinq modalités du *care* qui correspondent à des qualités morales spécifiques qui sont résumées dans le Tableau 1. Le *caring about* et le *taking care* réfèrent aux dispositions pour « se soucier de » puisque cela demande de porter attention aux besoins non comblés, de réfléchir aux moyens appropriés pour y répondre et de prendre la responsabilité d'agir. Le *caregiving* et le *care receiving* correspondent à des actions concrètes pour « prendre soin de ». Ces modalités impliquent de travailler et de déployer des moyens pour répondre aux besoins tout en vérifiant avec les bénéficiaires si les actes sont adéquats et contribuent à leur bien-être et, s'il est nécessaire de réajuster les pratiques. La cinquième modalité rompt avec l'idée selon laquelle le *care* est une relation dyadique de proximité et implique de reconnaître son inscription dans un contexte sociopolitique. Cela implique d'inscrire le *care* dans les préoccupations prioritaires et de réfléchir au contexte sociomatériel, temporel et spatial qui conditionne les capacités de *care*

(E. R. Power 2019). Ces catégories sont employées pour comprendre comment les principales phases liées à la création des programmes intègrent le *care*.

Tableau 5.1 Modalités du care

Modalités du care	Qualités morales	Explications
Sollicitude (<i>caring about</i>)	Attention à autrui	Reconnaître les besoins à combler
Prise en charge (<i>taking care</i>)	Responsabilité	S'engager à prendre les moyens nécessaires et adéquats pour combler les besoins
Exercice de soins (<i>caregiving</i>)	Compétence	Travail concret pour réaliser la prestation de soins
Rétroaction (<i>care receiving</i>)	Réceptivité	Vérifier avec les bénéficiaires si les soins répondent aux besoins initiaux et s'engager à modifier les pratiques si nécessaire.
Prendre soin avec (<i>caring with</i>)	Confiance et solidarité	Voir le <i>care</i> comme un enjeu public et s'assurer de collectivement réfléchir aux arrangements qui permettent et conditionnent les capacités de l'exercer en impliquant bénéficiaires et prestataires.

Source des informations : Tronto (2013)

5.5 Processus pour créer de nouveaux programmes de logement

Le processus à Montréal a été mené par des personnes représentant des organismes communautaires et institutions locales du quartier Bordeaux-Cartierville dans le cadre de la démarche de revitalisation urbaine intégrée (RUI) du secteur Laurentien-Grenet. Cette démarche repose sur un espace de concertation multisectoriel et multiréseau visant à articuler des moyens pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale dans les secteurs à forte concentration de défavorisation sociale et matérielle. Suite à un portrait de quartier visant à cibler les enjeux et axes d'intervention prioritaires, certains intervenant·es travaillant sur les questions liées à la concertation de quartier, la santé et aux familles ont identifié des besoins et enjeux vécus par les femmes cheffes de familles monoparentales notamment en matière d'habitation. Afin de répondre aux besoins de ces femmes, certain·es se sont mobilisés pour former l'organisme Mon Toit, mon Cartier (MTMC). Ce nouvel organisme a développé le programme *Grandir jusqu'au toit!* qui offre un domicile abordable pour trois à cinq ans à des mères voulant accomplir un projet de vie pour d'améliorer leur positionnement sur le marché de l'emploi et leur condition économique. Le logement est assorti d'un soutien sur place et à travers des partenaires communautaires et institutionnels du quartier pour, par exemple, le dépannage

alimentaire, l'employabilité, la gestion de leur budget et l'accès à des services de gardiennage. En plus des 14 unités, cette démarche a permis de requalifier un bâtiment reconnu pour ses enjeux de criminalité et d'insalubrité et de reloger un organisme communautaire.

À Toronto, le programme émerge d'un contexte politique où les jeunes qui quittent les services sociaux demandaient aux organismes publics et communautaires un meilleur soutien pour passer à l'âge adulte (*aging out of care*). Massey Centre a donc voulu répondre à ces revendications en offrant un appui à celles qui sont des mères monoparentales. Cette ressource en santé mentale pour les enfants détenait des maisons de ville pour des séjours postnataux (jusqu'à 6 mois) ainsi que des salles de classe pour terminer des études secondaires. Toutefois, ces moyens n'étaient pas suffisants pour développer leur indépendance économique et leurs capacités à prendre soin d'elles-mêmes et de leurs enfants. L'organisme a donc élaboré le programme sur quatre ans *New Lives Start Here* qui offre 10 maisons de ville ainsi que des ressources sur place (ex. services de garde, soins de santé et suivi psychosocial) pour soutenir les jeunes mères dans la poursuite d'études postsecondaires.

Devant les enjeux criants d'habitation à Vancouver, le Young Women's Christian Association (YWCA) a fixé comme priorité stratégique la construction de logements dans le Downtown Eastside. Depuis plusieurs années, la bibliothèque de Vancouver planifiait la construction d'un point de service dans ce quartier et des organisations et militant·es pour le droit au logement ont revendiqué que l'espace au-dessus intègre du logement social. Alors qu'il n'y avait aucun financement public disponible, la Ville a offert l'espace au YWCA qui s'est tourné vers des fondations privées pour réaliser une vaste collecte de fonds pour la construction qui a été complétée par BC Housing pour maximiser la surface habitable. Par ce partenariat, un nouveau bâtiment loge la bibliothèque, un centre de services du YWCA ainsi que 21 unités permanentes pour des femmes cheffes de familles monoparentales. Ces logements sont assortis d'un soutien qui se déploie par des activités sur place et dans les autres programmes du YWCA à travers la ville pour qu'elles développent leur autonomie économique.

5.5.1 Émergence : reconnaissance d'un problème et engagement à y répondre

La majorité des interviewé·es directement impliqué·es dans les cas ont indiqué que la création de leur programme s'inscrivait dans un contexte où un ensemble d'acteurs municipaux, provinciaux, privés et communautaires se sont engagés à résoudre des problèmes publics liés à

la pauvreté et l'exclusion sociale (Montréal), au soutien pour les jeunes qui quittent les services sociaux (Toronto) et à la crise du logement (Vancouver). Dans les trois cas, le manque de logements abordables était un problème largement identifié et certaines organisations ont reconnu les besoins des femmes cheffes de familles monoparentales. Ainsi, plusieurs ont indiqué que les démarches ont émergé de constats au croisement d'enjeux de logement, aux difficultés éprouvées par les femmes cheffes de familles monoparentales et au manque de services pour ces dernières. Cette interviewée mentionne que ce processus s'est amorcé à Montréal dans le cadre de la démarche de revitalisation urbaine intégrée:

[Dans la zone RUI,] il y a un fort pourcentage de femmes monoparentales à faible revenu, en situation de vulnérabilité dans le quartier, donc c'est ressorti. Alors, il y a eu une mobilisation de citoyennes qui se sont dit « écoutez, il faut faire quelque chose parce que visiblement c'est un besoin du quartier » et de là serait née l'idée de MTMC en partenariat avec la Maison des parents qui accueille beaucoup de ces mamans-là dans leurs services (M07)

Les intervenant·es à la base de ce partenariat à Montréal ont ensuite identifié et documenté les facteurs de vulnérabilités des femmes qui sont cheffes de familles monoparentales (ex. pauvreté, isolement, violence conjugale, faible accès aux services et chômage plus élevé). Comme dans les deux autres cas, l'habitation est l'un des besoins criants que le marché ne parvient pas à combler puisque les unités disponibles étaient trop chères, exigües pour les familles, insalubres ou éloignées des services. Chez la plupart des interviewé·es, ces mauvaises conditions d'habitation ont des impacts majeurs sur la précarité économique et l'insécurité alimentaire des familles. Cela exacerbe également les conflits familiaux et affecte la santé mentale et physique des individus. De plus, le manque de logement abordable est associé à un frein pour quitter des relations malsaines ou violentes et donc pour aller de l'avant avec leur vie personnelle et professionnelle.

Devant ces enjeux, les acteurs communautaires impliqués dans les processus ont indiqué avoir senti un devoir d'agir en raison de leurs missions et mandats respectifs reliés, par exemple, aux femmes, aux jeunes, aux familles du quartier et à l'employabilité. Ce désir était surtout associé au constat que les ressources et services existants, dont les leurs, sont insuffisants pour répondre adéquatement aux besoins identifiés. De nombreux acteurs communautaires dans les trois villes sont préoccupés par les enjeux d'habitation et sentent le besoin, voire l'urgence, d'agir. Toutefois, peu d'entre eux parviennent à passer à l'action compte tenu des difficultés

liées au développement de logements sociaux (ex. absence de financement, programmes publics rigides ou insuffisants). Il semble que les trois cas aient profité de ressources, d'un contexte favorable, d'opportunités ou d'une position privilégiée pour créer un programme de logement. Par exemple, lorsque la Ville de Vancouver a finalement écouté les groupes qui revendiquaient l'inclusion de logements sociaux au-dessus du nouveau point de service de la bibliothèque, le YWCA a été approché. Plusieurs considèrent que ce type d'opportunité découle de la reconnaissance de leur expérience et réputation dans la communauté :

They are very well organized and very well established. They have a terrific reputation. There are so many factors that make the Y a really great partner for the City of Vancouver that there is potential for that kind of synergy. And they know they can have a joint programming and partnership that way. And that is likely to be successful. (V11)

La réputation des organisations comme prestataires de services à la population a été identifiée par les interviewé·es comme un facteur clé dans les trois cas.

5.5.2 Formulation : planifier l'aménagement et le fonctionnement des programmes de logement

L'engagement à réaliser une intervention d'habitation implique d'abord de la planification. Le YWCA a pu s'appuyer sur ses expériences avec ses programmes existants et sur les rétroactions d'actuelles locataires. Pour pallier leur faible expérience en matière de logement social, les organisations de Montréal et Toronto ont consulté certaines femmes, des initiatives similaires et des partenaires communautaires ou institutionnels pouvant potentiellement référer des familles. Cette consultation leur a permis de mieux reconnaître les réalités de ces familles et d'ainsi développer des idées pour créer des programmes sensibles à leurs besoins multiples et complexes. Les interviewé·es associé·es aux programmes de Montréal et Vancouver, qui devaient construire ou rénover un bâtiment pour leur programme, ont discuté d'une conception et d'un aménagement de l'espace pour répondre aux besoins et réalités des femmes et de leur famille. Comme le souligne cette interviewée de Vancouver, la planification de leur immeuble incluait des composantes rarement disponibles dans le logement sur le marché privé :

We designed the building that had extra wide corridors. So the hallways are extra-large. And part of that was because we thought that that may, there are a lot of kids. And today

either you know: strollers or biking or playing, just playing in the hallway. Parents are close by. (V12)

L'organisation a également conçu des unités plus spacieuses avec du rangement et des raccordements individuels pour la laveuse et sècheuse ainsi qu'une salle communautaire qui comprend une cuisine, un salon, une aire de jeu et une terrasse. La traduction de telles idées dans la planification du bâtiment à Montréal s'est avérée plus difficile puisque certains aménagements n'étaient pas considérés comme des dépenses admissibles par les institutions publiques. Pour aller au bout de ses idées, MTMC a cherché des financements auprès de fondations privées pour l'aménagement d'un toit vert, d'une salle communautaire ainsi que d'une ruelle verte. Ces aménagements visaient à pouvoir y tenir des activités qui entretiennent des relations entre les locataires et soutiennent le développement de leurs capacités (ex. cuisines collectives, repas communautaires et ateliers sur des thèmes qui les préoccupent).

La planification concerne également les objectifs, approches et modes de fonctionnement sur place. Les interviewé-es ont bien indiqué que les programmes offrent plus que du logement abordable. Cette interviewée souligne qu'au Massey Centre, ce soutien s'inscrit dans une approche globale :

New Life Starts Here try to wrap services around them, so it's a form of nurturing of them that if they are out on their own and try and navigate that stuff...I mean, you know. The first time I tried to cook something at university, I am sure I was on the phone with my mother you know. So I think that the kind of life skills that they are able to get and that ability to stay there for a period I think is so important. (T09)

Ces services visent à aider les jeunes femmes, dans leur nouveau quotidien, à affronter les difficultés et leurs diverses démarches liées, entre autres, à la (mono)parentalité et à l'éducation postsecondaire. Dans les trois cas, ce soutien s'est traduit par l'offre de certains services, suivis et activités sur place. Cela implique également du référencement vers des organisations partenaires pour répondre à leurs besoins (ex. dépannage alimentaire, soins de santé et garderie) et reprendre du pouvoir sur leur situation personnelle ou professionnelle (ex. aide juridique, orientation et recherche d'emploi).

Plusieurs ont indiqué que les organisations ont planifié des programmes qui offrent un espace-temps pour que les mères puissent recevoir du soutien et mettre en place des moyens pour développer leur autonomie et leur indépendance économique (ex. études postsecondaires,

réorientation professionnelle et recherche d'emploi). Comme ces démarches sont particulièrement éprouvantes et peuvent créer d'importants déséquilibres et bouleversements, le soutien communautaire a été pensé pour appuyer les femmes, mais aussi pour qu'elles trouvent des alliées (ex. des voisines, des organismes et des professionnels). En ce sens, certain·es ont insisté sur l'approche évolutive qui permet d'adapter le soutien selon l'intensité variable des besoins et les différentes sphères de leur vie. Comme l'indique cette interviewée de MTMC, chacune des femmes est porteuse de sa propre démarche et l'organisme est là pour la soutenir:

On parle d'inclusion pour nous c'est ça d'avoir une approche évolutive : t'es pas obligée d'être fermée et barricadée dans une pensée magique, c'était toujours de viser un empowerment de la famille, de la femme qui habite là, mais de la voir comme mère avant tout parce que c'est un critère avec enfant, mais comme femme avec ses différentes sphères de vie [comme travailleuse/étudiante, mère, femme et citoyenne] (M04)

Cette dernière insistait sur le fait que ces femmes sont en situation de vulnérabilité ce qui signifie que leur situation n'est pas immuable, leurs besoins de soutien devraient varier dans le temps. Plusieurs répondant·es soulignaient que les programmes ne visent pas à offrir des services à des bénéficiaires passives. Au contraire, l'accès à un logement abordable est vu comme un moyen pour amorcer une reprise de pouvoir :

If I am on income assistance, I have to make a choice between 3 things: looking after my kids, eating or pay rent. So if we eliminate some of the rent side of it, then I have more money for food, and I have more money to look after my kids or go back and get an education. So I can get better education, and then I can get more money, and then I can treat my kids better, and all that. So it is helping to create a better cycle, but also to take one element to trade off. (V-12)

Bien que l'indépendance économique est un objectif explicite des trois cas, les interviewé·es ont souligné que ces visées sont illusoire. En raison des inégalités structurelles (sexisme, racisme et colonialisme notamment), de la crise du logement et des défis associés à la monoparentalité, il est fort probable qu'elles aient toujours besoin d'un loyer abordable et de soutien pour affronter le quotidien. Ce sont ces considérations qui ont poussé le YWCA à développer du logement permanent. Dans le même ordre d'idées, à Montréal, le soutien communautaire vise à ce que les femmes connaissent et utilisent les ressources du quartier.

L'agente de milieu, sa description de poste est pensée pour utiliser les organismes du milieu : d'inviter que ce soit Concertation-femme, que ce soit la policière, que ce soit pour la recherche d'emploi... Elle fait venir l'ACEF pour faire des budgets. [...] Le concept du projet passe par elle et les activités qu'elle offre aux mamans et l'intervention qu'elle porte dans leur vie pour les amener à réfléchir sur leur cheminement... (M06)

L'objectif poursuivi est qu'elles se créent un filet social, composé de personnes, de services et d'espaces, qui peuvent les supporter au quotidien ou dans les moments plus difficiles lorsqu'elles déménageront.

5.5.3 Mise en œuvre : construire, sélectionner et emménager

Sur le plan de la sélection des locataires, les organismes ont diffusé leur programme dans leurs réseaux respectifs. Alors que le YWCA et MTMC ont reçu un grand nombre de candidatures, à l'opposé, le Massey Centre a eu de la difficulté à trouver parmi les jeunes qui quittent les services sociaux des mères monoparentales prêtes à entreprendre des études postsecondaires. Cependant, plusieurs femmes qui fréquentaient leur organisation étaient très intéressées par ce nouveau programme. Comme le souligne cette interviewée, l'organisme les a écoutées et a revu ses critères afin de l'ouvrir à l'ensemble des jeunes mères monoparentales :

Yes, we tweaked the program in order to be able to support young moms who were in need of the program and who were ready to jump into the program. So we started, we tweaked our intake process, not just at postnatal, but also at prenatal to start to look for girls who really had a longer term education goals in mind. And that proved to be a very good tweak. [...] If crown ward walks in, they still have priority to get into the program. (T05)

Pour cette interviewée, ce changement visait à ce que le programme offre la possibilité de remplir sa mission : donner l'opportunité à de jeunes mères de prendre un nouveau départ. Dans les trois villes, plusieurs ont indiqué l'importance du processus de sélection puisque leurs programmes ne sont pas destinés à toutes. Pour certaines, les règles et les exigences sont trop restrictives et constituaient des entraves à leur liberté alors que pour d'autres, le programme n'offre pas suffisamment de soutien. Ainsi, des interviewé·es ont souligné que leur initiative n'est qu'une des réponses aux besoins de logement des femmes cheffes de familles monoparentales.

Il faut assurer le développement d'une diversité d'options résidentielle avec une intensité variable de soutien. Cette offre ne peut être développée que par ces trois organisations.

Alors qu'à Toronto les unités existaient déjà, les intervenant·es de Montréal et Vancouver devaient les construire. Comme de nombreux autres projets de construction de logements sociaux, un ensemble de difficultés et d'imprévus ont retardé l'ouverture et engendré des coûts supplémentaires. Les interviewé·es ont signifié que la mise en place d'un chantier multiplie les étapes et personnes impliquées, et donc accentue les risques d'imprévus, des problèmes de communication, des dépassements de coûts, et surtout des retards qui repoussent la date d'emménagement. À Montréal, plusieurs ont noté que la construction de logement social par le biais des programmes publics demande de réaliser un appel d'offres pour ensuite retenir le plus bas soumissionnaire. Ainsi, les entreprises retenues n'étaient pas nécessairement composées d'un personnel sensible à la mission et aux idées intégrées à leur projet. Par opposition, en ayant des fonds privés pour la construction, le YWCA a eu davantage de contrôle sur la sélection des entreprises. Face à ces différents obstacles, les interviewé·es ont indiqué n'avoir jamais perdu de vue les femmes. MTMC a, par exemple, tenu des rencontres avec ces dernières pour les garder engagées malgré les retards de livraison du bâtiment. Ces rencontres les ont, par ailleurs, aidés à ajuster l'offre de service par rapport au profil et aux besoins des femmes sélectionnées. De plus, les deux organismes se sont assurés qu'entretemps, elles disposent d'un toit sécuritaire quitte à ce qu'elles demeurent plus longtemps dans un hébergement.

5.5.4 Évaluation et rétroaction : participation des locataires

Outre les modifications aux critères de sélection à Toronto et à l'offre de services sur place à Montréal, les femmes concernées ont peu participé à la conception des programmes avant leur emménagement. En étant à risque d'itinérance et donc dans une logique de survie, il est plus difficile de s'impliquer dans ce type de démarche qui demande un nombre incalculable d'heures de travail bénévole. Les interviewé·es ont mentionné qu'à partir de l'emménagement les femmes concernées ont pu offrir des rétroactions. Cette interviewée de Vancouver indique que cette rétroaction se fait notamment par une évaluation anonyme :

We have an internal evaluation [...]. And so what we do is ask: how has it benefit for you? Do you have any feedback in regard to repairs, emergencies response and

community development? How has it been working for you? Have you been able to access any information about schooling or food resources? So any of those things [...] so this is kind of how the evaluation work for the feedback piece (V-04)

Cette dernière explique que ces éléments sont utilisés dans le cadre du rapport annuel de l'organisme et leur permet d'entamer des discussions sur des changements à entreprendre et considérations à prendre dans le futur. À Toronto et à Montréal, les organisations disposent d'instances formelles où les femmes concernées et volontaires peuvent s'impliquer comme le conseil d'administration, l'assemblée générale annuelle ou le comité de résidentes. À Montréal, l'organisation s'intéresse au développement des femmes sur le plan citoyen. Cette participation est encouragée et soutenue pour qu'elles soient parties prenantes des décisions et des orientations futures de MTMC. À l'extérieur de ces mécanismes formels, plusieurs ont mentionné que les rétroactions s'inscrivent également dans le quotidien et les échanges informels. En somme, l'exploration de trois processus a permis de dégager des points de convergence sur le plan des phases empruntées. Comme le souligne la section suivante, il semble que les cinq modalités du *care* ont été centrales.

5.6 Les modalités du *care* dans les processus

Il est possible de cerner d'importants rapprochements entre la phase d'émergence avec le *caring about* et le *caring with*. En partant d'un contexte sociopolitique local, les interviewé-es ont soulevé comment les enjeux de logement affectaient les femmes cheffes de familles monoparentales et plus particulièrement contribuent à des conditions défavorables pour qu'elles exercent du *care* notamment envers leurs enfants au sein du domicile familial. Ainsi, les organisations ont su porter attention et reconnaître les problèmes de logement vécus par ces dernières. Compte tenu de la mission et de l'expérience des organismes, ce *caring about* n'est pas nouveau, il est plutôt renouvelé par un contexte sociopolitique les amenant à réfléchir à leurs capacités de *care* envers celles qui utilisent leurs services. Cet intérêt pour les capacités de *care* participe d'une réflexion plus large sur des problèmes publics. Ainsi, le *care* n'est pas vu comme une simple relation dyadique ce qui s'inscrit en continuité avec le *caring with* (E. R. Power 2019). Considérant que ces organisations exerçaient déjà certaines formes de *care* auprès de ces femmes à travers leurs services, elles se sont senties responsables d'agir même si le logement social ne figurait pas dans la mission de deux des trois cas. Certain-es répondants-es ont souligné que ce sentiment de responsabilité provenait de la conviction selon

laquelle aucune autre organisation (ou presque) ne pouvait s'engager à répondre à ces besoins. Cet engagement à créer un nouveau programme de logement constitue une prise de responsabilité, une réponse à certains besoins de femmes cheffes de familles monoparentales. Cet engagement peut être interprété comme une forme de *taking care* (Tronto 2013).

Les discours des interviewé·es et les documents liés à la formulation des programmes étaient axés, entre autres, sur les façons dont ces interventions pouvaient améliorer les conditions pour soutenir les capacités de *care* des locataires. Au plan spatial, les logements autonomes visent à ce que les femmes retrouvent un espace d'intimité, un lieu où elles peuvent se sentir chez elles. Ces unités ne sont pas dispersées à travers la ville, mais s'inscrivent dans un même ensemble qui inclut des lieux communs réservés aux locataires. Les trois programmes sont liés à des lieux publics et semi-publics comme une bibliothèque municipale ainsi que les organismes sur place qui offrent des services (ex. garderie et counseling). Considérant que le soutien offert sur place est limité, les organisations réfèrent vers des ressources dans le quartier et la ville selon les besoins que les locataires expriment. Alors que le logement est souvent perçu comme un simple contenant du *care* (E. R. Power et Mee 2019), il est utilisé par les organisations en guise de point de départ pour créer des lieux dédiés à ces familles et faciliter l'accès à d'autres espaces pour répondre à leurs besoins. Au niveau des conditions sociomatérielles, les interviewé·es ont souligné l'importance de l'abordabilité pour que les familles quittent, par exemple, un état de précarité économique et d'insécurité alimentaire. D'autres ont insisté sur les intentions liées à la salubrité, la sécurité et la taille suffisante des logements surtout pour réduire les risques pour la santé et rétablir un contexte favorable au sein des familles. Plusieurs ont précisé que les programmes de logement visent également à mettre en place un ensemble de services, de soutien et de ressources autour des femmes selon les besoins qu'elles expriment. Comme d'autres recherches l'ont souligné, ces éléments constituent d'importantes fondations pour (r)établir les capacités de *care* (Mee 2009 ; E. R. Power 2019 ; Thompson 2018). Concernant les conditions temporelles, les interviewé·es ont indiqué que l'accès au programme vise à ce que, dans l'immédiat, les femmes concernées puissent quitter des relations malsaines, des rythmes de vie épuisants, des logements non sécuritaires, insalubres ou un hébergement d'urgence. Les programmes cherchent à ce qu'elles retrouvent une stabilité résidentielle et accèdent aux ressources nécessaires pour répondre à leurs besoins et puissent se projeter dans le futur en mettant en branle des démarches pour développer une plus grande autonomie. L'objectif est que les femmes quittent un état de vulnérabilité accrue pour graduellement améliorer leur situation économique, mais surtout établissent des relations pour les soutenir

dans leur quotidien. Ces attentions sont cohérentes avec les autrices qui insistent notamment sur les rythmes de vie et le temps requis pour (r)établir le *care* ainsi que la transformation des besoins de *care* au cours d'une vie (Bowlby 2012). En continuité avec le *caring with* (E. R. Power 2019), les organisations utilisent les programmes comme moyen pour offrir un contexte pour renforcer les capacités de *care*. Ainsi, elles peuvent se rapprocher, intensifier le soutien si nécessaire, utiliser de nouveaux espaces et moyens, et ce, en étant disponibles au quotidien pour des femmes cheffes de familles monoparentales qui avant fréquentaient leurs services de façon ponctuelle. Ces dernières sont donc invitées à employer le programme pour prendre le temps de s'approprier différents espaces et développer des relations pour les soutenir et renforcer leurs capacités à prendre soin d'elles-mêmes et de leurs enfants. Comme d'autres organisations, la création des programmes a permis de créer et relier intentionnellement des espaces de *care* (Thompson 2018).

La plupart des interviewé·es ont indiqué, et même illustré, que les premières étapes, liées à l'émergence et la formulation, étaient faciles, car elles relevaient d'intentions et donc de dispositions morales pour se soucier et reconnaître les besoins. Certain·es ont souligné que les besoins et réalités des familles à risque d'itinérance passent souvent sous silence. Néanmoins, plusieurs ont mentionné que les actions pour aider des familles en situation de vulnérabilité sont hautement légitimes et que personne ne peut s'y opposer contrairement au syndrome « pas dans ma cour » observé pour les logements destinés aux personnes travailleuses du sexe, vivant avec le VIH/SIDA, consommatrices de drogues, ayant eu des démêlés avec la justice ou ayant des enjeux de santé mentale. Cette légitimité semble s'inscrire en continuité avec le paradigme « d'investissement dans l'enfant » qui reconnaît l'importance d'établir des mesures pour promouvoir leur bien-être (Jenson 2004). Les principaux obstacles identifiés par les interviewé·es sont survenus lorsqu'est venu le moment de poser des actions concrètes pour prendre soin. Dans les trois cas, les actions que l'on peut lier au *care giving* ont été freinées lors des travaux liés à la construction ou la rénovation des bâtiments ou à la sélection des locataires. Comme il a été mentionné précédemment, ces difficultés ont pu être surmontées notamment grâce aux relations développées et entretenues avec les femmes visées par les programmes et donc au *care receiving*. Certain·es interviewé·es ont indiqué que les rétroactions des locataires, avant et après leur arrivée, sont cruciales pour leur travail. Ces derniers reconnaissent que leur vécu fait d'elles des expertes pour identifier les améliorations à apporter. Elles leur font donc confiance pour exprimer des opinions et des perspectives pertinentes pour l'organisation.

En somme, les modalités du *care* semblent avoir été au cœur des phases qui ont composé les processus pour la création des programmes de logement menés par les intervenant·es communautaires. Certain·es associent ces transferts à des logiques de privatisation du *care* qui accentuent les inégalités puisque les OSBL et leurs capacités financières ne sont pas réparties équitablement (Milligan 2000). Ces processus participent-ils d'une privatisation du *care* ou, au contraire, permettent-ils de dépasser l'assignation du *care* à la sphère privée ? Historiquement, le *care* a été dévalorisé et secondarisé dans la sphère publique (Tronto 2009 ; Held 2006). La sphère publique, telle que définie dans la théorie politique moderne, est l'espace d'exercice de la citoyenneté où les questions d'intérêt collectif sont débattues de façon rationnelle et impartiale pour dégager un consensus en vue d'actions pour le bien commun (Fraser 1990 ; Staeheli 1996). En complément ou par opposition, la sphère privée traite des questions particulières et où les intervenant·es emploient des formes de discours qui ne sont pas jugées rationnelles (Fraser 1990). Cette division délimite notamment les domaines sur lesquels les États peuvent légitimement agir. À l'opposé, ce qui relève de la sphère privée est protégé ou exempté du contrôle et de l'action étatiques pour permettre la liberté et l'intimité (Bereni et Revillard 2008). Ces sphères ne sont pas assignées à des lieux précis, mais s'incarnent dans certains espaces en raison, entre autres, du degré de contrôle, des activités et des relations que l'on y associe (Staeheli 1996).

Alors que plusieurs présentent cette dichotomie comme neutre et naturelle, plusieurs chercheuses féministes ont démontré son caractère construit et ses impacts politiques (Bereni et Revillard 2008 ; Staeheli 1996 ; Milroy et Wismer 1994 ; Tronto 2013). Ces dernières ont soulevé son rôle dans la domination patriarcale en facilitant la violence, l'appropriation du corps et la dépendance économique des femmes (Bereni et Revillard 2008). Elles ont également souligné que cette division a historiquement facilité l'exclusion de certains thèmes, perspectives et groupes, par exemple, les femmes, les émotions et les questions liées au *care*, des débats publics (Armstrong et Squires 2002 ; Fraser 1990 ; Paperman et Molinier 2011). Pour démontrer son caractère construit, ces chercheuses ont documenté des mobilisations et expériences qui troublent cette division. Par exemple, les actions d'éclat utilisant des activités liées au privé, comme l'allaitement ou les *kiss-in*, dans des lieux publics ce qui crée des inconforts et contribue à politiser des enjeux (Staeheli 1996 ; Duncan 1996). Plusieurs ont critiqué l'utilisation oppositionnelle et simpliste des catégories public et privé qui, d'une part, négligent les processus continus qui transforment les espaces et actions et, d'autre part, ont forgé une vision homogénéisante des impacts de cette division (Armstrong et Squires 2002 ; Bereni et Revillard

2008). Ces derniers appellent à penser le public et le privé en relation sur un continuum et s'intéresser à ce qui contribue à produire des espaces et des actions naviguant entre ces pôles (Armstrong et Squires 2002 ; Staeheli 1996 ; Milroy et Wismer 1994). Pour approfondir les processus mis en œuvre, les actions et espaces décrits par les interviewé·es sont situés sur le continuum public-privé pour comprendre s'ils renforcent ou ébranlent la tendance à la privatisation du *care*.

5.7 Situer les actions et espaces sur le continuum public-privé

Certain·es associent le développement par le secteur communautaire comme participant au retrait de l'État et à des logiques de privatisation du logement social (Hackworth et Moriah 2006). Il semble plus opportun de penser cette prise en charge communautaire comme participant des transformations des modalités de l'action publique où les gouvernements n'interviennent plus seuls face aux problèmes publics. Les gouvernements co-construisent et co-produisent l'action publique avec une pluralité intervenant·es comme des OSBL, des syndicats, des entreprises d'économie sociale et des fondations privées. Alors que la co-construction s'opère lorsque ces intervenant·es non gouvernementaux s'impliquent dans la définition et l'élaboration d'actions publiques, la co-production réfère à un engagement dans l'exécution (Vaillancourt 2014). Le logement social au Canada est un des domaines où l'on observe ces nouvelles modalités puisque les intervenant·es communautaires s'impliquent dans la définition de cibles et plans d'action ainsi que dans l'élaboration de certains programmes et cadres de référence gouvernementaux liés au développement d'unités et au soutien offert sur place (par exemple: Perron et Roy 2007 ; Ontario Gouvernement 2017 ; BC Housing 2019). De plus, les intervenant·es communautaires sont au cœur de la production, car la majorité des logements sociaux et abordables sont développés et administrés par des OSBL et des coopératives d'habitation (SCHL 2019a).

Toutefois, dans les trois cas étudiés, le logement social n'est pas envisagé comme une politique en soi, mais plutôt un des moyens mobilisés pour résoudre des problèmes publics. La création des programmes résidentiels constituait une contribution communautaire pour répondre aux besoins des femmes cheffes de familles monoparentales dans le cadre d'efforts collectifs pour la revitalisation d'un secteur, soutenir les jeunes qui sortent des services sociaux et répondre à la pénurie de logements abordables. Cette contribution s'étend au-delà des femmes puisque certain·es interviewé·es à Montréal et à Vancouver ont indiqué que leur démarche contribuait au

verdissement, à la rénovation de bâtiments et l'ouverture de nouveaux services. Cette perspective a été rappelée, par exemple, lors de l'inauguration où des médias se sont intéressés à leurs initiatives ou même dans le bilan de plans d'action à l'échelle de la municipalité ou de la concertation locale. Bien évidemment, les organisations, avec leurs quelques dizaines d'unités, n'ont pas la prétention de structurellement résoudre ces problèmes publics. Elles soutiennent que leur programme constitue une modeste contribution qui peut être interprétée comme faisant partie d'une série d'actions co-construites par des acteurs publics, communautaires et privés.

Malgré ces liens avec des problèmes publics, plusieurs considéraient que leur réponse communautaire s'inscrivait en continuité avec les pratiques habituelles des organisations surtout à Toronto et Vancouver. À Montréal, cette prise de responsabilité est plus exceptionnelle, car elle s'est traduite par un nouvel OSBL d'habitation avec l'implication de bénévoles, de représentant·es d'organisations et d'institutions locales interpellées par la mission. Ainsi, dans les trois cas, la création d'un nouveau programme de logement n'était pas associée à un processus visant à directement résoudre un problème public. Il s'agissait plutôt de réflexions organisationnelles de nature relativement privée. Comme le souligne M. J. Williams (2017), le *care* qui s'inscrit dans le quotidien des organisations et des individus n'a souvent rien de spectaculaire. Ces actes contribuent à prendre soin et réparer notre « monde » notamment en corrigeant des injustices concrètes sur le terrain. Cette vision permet donc de politiser la portée des actions communautaires qui contribuent à résoudre des problèmes publics.

Dans le même ordre d'idée, la création des programmes nécessitait l'implication continue ou ponctuelle des représentant·es d'institutions et d'élus ainsi que des contributions publiques pour construire les logements à Montréal et Vancouver. Pourtant, les financements publics étaient insuffisants pour soutenir l'ensemble des volets planifiés par les trois organisations ce qui est souvent associé à des freins au développement d'approches innovantes en logement social (Bouchard, Frohn et Morin 2010). Les organisations, comme bien d'autres, ont dû se tourner vers des fondations privées pour compléter leurs budgets pour la construction et le fonctionnement (Tremblay et al. 2009). Bien que ces processus ont été chapeautés par des organisations disposant d'employé·es salarié·es, la création a également demandé l'engagement de bénévoles et de multiples heures de travail non rémunérées puisque les organisations n'en avaient pas les moyens. Les programmes peuvent donc être vus comme étant co-produits par des partenariats ou des collaborations impliquant des intervenant·es communautaires, publics, privés et citoyen·nes. Dans ces nouvelles configurations de l'action

publique, la prise de responsabilité du secteur communautaire permet d'intégrer du *care* dans la résolution de problèmes publics. En ayant des programmes publics pour soutenir le développement de logements sociaux avec soutien communautaire, les gouvernements peuvent indirectement offrir du *care* par l'intermédiaire d'OBNL. Cette spécificité liée au *care* n'est pas pleinement supportée par les programmes publics existants ce qui parfois freine les intentions de développer du logement social de nouveau.

Maintenant, il est important de se demander si l'utilisation du logement comme outil pour répondre aux besoins constatés participe d'une (ré)assignation du *care* aux lieux et relations privées ? Les interviewé-es lié-es aux programmes ont indiqué que les programmes visent surtout à ce que les femmes puissent retrouver une autonomie et une stabilité résidentielle, mais plus précisément un domicile qu'elles peuvent associer à la sécurité et l'intimité pour leur vie familiale. En d'autres termes, qu'elles puissent (re)lier le *care* avec leur domicile. Les organisations ne se sont pas contentées d'offrir des unités résidentielles. En effet, les programmes incluent d'autres lieux ouverts à tous et toutes comme des locaux d'organismes communautaires, une ruelle verte et une bibliothèque qui peuvent être des espaces ou des infrastructures de *care* accessibles au voisinage (Conradson 2003c ; Jupp 2014). Considérant que plusieurs des femmes visées par les programmes ont vécu de la violence conjugale, les décisions concernant la conception et l'utilisation des espaces étaient guidées par des questions de sécurité. Pour cette raison, les logements sont relativement anonymes et séparés des lieux publics et il y a un certain contrôle des entrées dans la portion résidentielle du bâtiment. Par opposition à l'intérêt pour le développement de grands projets de logements pour plus efficacement combler la pénurie actuelle (Pomeroy 2017), les programmes étudiés accueillent quelques dizaines de femmes afin de créer une ambiance plus chaleureuse, conviviale et intime notamment en ayant des aires communes. Les interactions dans ces espaces sont parfois source de tensions entre voisines. Certaines recherches ont démontré que ces lieux ont d'importants impacts. Ils facilitent l'établissement de relations d'amitiés et d'entraide (Tremblay et al. 2009), constituent des espaces de *care* entre les locataires qui favorisent l'appartenance à leur logement et quartier (Mee 2009) ou favorisent le sentiment d'avoir un chez-soi (Thompson 2018).

En somme, les programmes de logement n'ont pas cantonné le *care* à des lieux privés, mais plutôt s'appuient sur un ensemble d'espaces qui se positionnent tout le long du continuum, et ce, pour répondre aux besoins des femmes et du quartier. Certain-es interviewé-es ont indiqué que les logements pour femmes demandent une attention particulière pour conjuguer la sécurité

avec le respect de l'autonomie, l'intimité et la vie privée des locataires ainsi que des besoins de soutien qui évoluent (constats partagés également par d'autres organisations, voir: Sagert 2017 ; Thompson 2018). Cet assemblage d'espaces cherche à favoriser l'établissement de relations de *care* au sein et au-delà de la cellule familiale et du soutien formel offert par l'organisation. Ces résultats reflètent les trois principales relations de *care* existant dans les logements sociaux dédiés aux femmes notées par Thompson (2018) (1) entre les locataires, (2) le personnel et les femmes et (3) entre les locataires et leur unité d'habitation.

5.8 Conclusion

En somme, les modalités du *care* ont été centrales aux processus pour la création des programmes de logements. Ces initiatives s'inscrivent dans un contexte général où le manque de logement abordable constitue un problème public. Certains acteurs communautaires se sont alors souciés des impacts pour les femmes cheffes de familles monoparentales et des lacunes des services de leurs propres organisations. En continuité avec leur mission, des organisations communautaires se sont engagées à y répondre en créant des programmes dédiés à ces familles. L'offre de logement et de soutien par le biais de ces programmes vise à transformer les conditions sociomatérielles, temporelles et spatiales pour renforcer les capacités de *care* des organisations communautaires et des femmes cheffes de familles monoparentales. Ainsi, les femmes ne sont pas des prestataires passives, mais reconnues comme des locataires pouvant utiliser les différentes dimensions des programmes pour répondre à leurs besoins, prendre du pouvoir sur leur situation et offrir des rétroactions pour adapter le fonctionnement.

Il semble que cette prise en charge communautaire est plus complexe qu'une simple privatisation des responsabilités liées au *care*. Les programmes de logement constituent premièrement des outils mobilisés par les organisations pour contribuer à la construction d'actions afin de résoudre des problèmes publiquement reconnus. Deuxièmement, les programmes de logements sont co-produits en reposant sur des processus engageant des intervenant-es communautaires, publics et privés. Troisièmement, notre analyse révèle que ces programmes agencent divers espaces qui se positionnent différemment sur le continuum public-privé, et ce, pour répondre aux besoins des femmes, de leur famille et même du quartier. En mettant en évidence la place du *care*, ces résultats contribuent à combler le manque de connaissance sur les processus mis en œuvre pour créer du logement social tout en rendant visible des pratiques et valeurs généralement négligées. Comme ces analyses se sont basées

principalement sur les discours des personnes ayant contribué à la création des programmes, les impacts réels tels que vécus par les résidentes n'ont pas été vérifiés. L'approfondissement des connaissances sur le logement social avec soutien communautaire ne pourra se réaliser qu'en interrogeant celles qui sont concernées au premier chef : les locataires.

CHAPITRE 6 : RECONNAITRE LE CARE ET LE POUVOIR POUR COMPRENDRE LA PLACE DU LOGEMENT SOCIAL ET DES COMMUNAUTÉS DANS LES VILLES EN SANTÉ

L'objectif général de la recherche est de comprendre les liens entre le *care*, les stratégies Villes en santé et le logement social. La recherche explore plus précisément comment l'adhésion au mouvement des Villes en santé peut appuyer la création de logements sociaux pour promouvoir la santé et résoudre les déficits de *care* au sein des communautés. La réalisation d'études de cas à Montréal, Vancouver et Toronto vise à vérifier l'hypothèse selon laquelle les stratégies associées à ce mouvement soutiennent la création de logements sociaux à condition que les processus mis en œuvre soient ancrés dans une éthique du *care*. Pour rappel, la collecte et l'analyse des données sont orientées par les quatre objectifs spécifiques. Chaque article répond à un ou deux objectifs :

1. Comprendre l'influence des éthiques du *care* sur les orientations des démarches associées à la création de nouveaux logements sociaux (chapitre 4).
2. Comprendre comment la création des programmes de logements sociaux vise à résoudre un déficit de *care* (chapitre 5).
3. Comprendre comment les stratégies mobilisées à Montréal, Toronto et Vancouver pour devenir des Villes en santé influencent la création de programmes de logements sociaux (chapitre 3).
4. Comprendre comment les partenaires associés à la création de logements sociaux perçoivent la contribution des nouveaux programmes au développement de Villes en santé (chapitre 3).

Ce chapitre s'amorce par un retour sur ces objectifs afin de répondre à la question et l'hypothèse de recherche.

L'habitation est l'un des domaines d'actions des stratégies et engagements municipaux pour faire de Montréal, Toronto et Vancouver des Villes en santé. L'amélioration de l'offre de logements sociaux figure parmi les interventions à entreprendre en ce sens. Dans les trois cas, les initiatives ne sont pas directement suscitées par les stratégies municipales. L'idée de contribuer à développer des Villes en santé ne motive pas les communautés à s'engager dans

l'élaboration d'actions concrètes liées à l'habitation. Les stratégies municipales ne soulèvent pas les obstacles au développement inhérents à la néolibéralisation (chapitre 3). À l'opposé, le *care* constitue un thème porteur. Les programmes sont considérés par les personnes interviewées comme des moyens pour remédier aux déficits de *care* constatés à l'échelle des ménages et des communautés (chapitre 5). De plus, le *care* est central dans les idées à la base de ces initiatives (chapitre 4).

Alors que cette recherche souligne d'emblée une déconnexion entre les stratégies municipales et les actions concrètes en habitation permettant de développer des Villes en santé, le *care* relie ces dernières. La concrétisation des engagements des Villes en matière de logement social dépend de la mobilisation d'organisations portées par des individus soucieux. Ils et elles sont à l'affût des besoins émergents et non comblés, mais sont surtout prêt-es à travailler avec un réseau pour surmonter les manques de fonds publics afin d'apporter une réponse adéquate. Les moyens associés au mouvement des Villes en santé offrent certains leviers pour la formation de ces coalitions composées d'organisations et d'individus qui disposent de ressources et de connaissances pour créer de nouveaux programmes de logements sociaux. Les cas révèlent également que le *care* constitue une importante composante qui unit et oriente ces coalitions (chapitre 4). Ce sont notamment ces initiatives communautaires, motivées par le *care*, qui permettent d'agir sur les environnements physiques et sociaux locaux de manière à offrir des conditions et opportunités suffisantes pour promouvoir la santé des habitant-es. Autrement dit, le *care* est central et nécessaire au développement de Villes en santé.

Ces résultats infirment, en partie, l'hypothèse de recherche. Les cas à l'étude soulignent que les moyens associés aux stratégies municipales ne stimulent pas le développement de logements sociaux. Ils supportent plutôt une part des capacités de se soucier des besoins locaux et de se mobiliser avec des coalitions en vue de développer des projets collectifs qui impliquent en totalité ou en partie des logements sociaux. Ce sont notamment ces initiatives créées avec *care* et dans une perspective de résoudre les déficits de *care* qui contribuent au développement de Villes en santé. Ces résultats soulignent donc l'importance de voir et de soutenir ces attitudes et actions associées au *care* pour développer des Villes en santé. Comme il est indiqué dans les prochaines sections, les jeux de pouvoir dans cette relation ne sont pas non plus à négliger.

Les prochaines pages approfondissent et discutent des résultats de la recherche. La première section revient sur les cartes mentales afin d'aborder les cas sous l'angle de la construction de l'action publique. L'approche des courants multiples est employée pour apporter une lecture

nouvelle de ces processus. La seconde section se concentre sur les tensions associées à l'engagement d'intervenant·es communautaires dans la création de logements sociaux dans un contexte néolibéral. Ces éléments mettent de l'avant l'influence des éthiques du *care* ainsi que des capacités inégales à agir sur le système d'habitation. La troisième section se concentre sur la participation des communautés et des initiatives de logement social dans le développement des Villes en santé. Cette discussion souligne d'importantes tensions et défaillances liées à la mise en œuvre locale de ce mouvement mondial. Une quatrième section suggère de nouvelles orientations pour sortir de la vision étroite du logement comme déterminant social de la santé. Le propos se concentre sur la synergie des inégalités face au système d'habitation, de l'organisation du *care* et de la santé dans le contexte de la crise sanitaire. Cette exploration permet de penser l'engagement des municipalités à lutter contre les inégalités de santé à travers des interventions sur le logement. Cette discussion sous ces quatre thèmes constitue également une occasion de revenir sur le cadre opératoire.

6.1 Le logement social comme action publique menée par les communautés

Dans le cadre de cette thèse, la création de logements sociaux est envisagée comme une forme d'action publique. Le chapitre 5 souligne que cette vision résonne avec les personnes interviewées qui voient leur programme comme un des moyens mobilisés pour résoudre de vastes problèmes publics. Les initiatives sont des contributions communautaires pour répondre aux besoins des femmes cheffes de familles monoparentales dans le cadre d'efforts collectifs pour la revitalisation d'un secteur, soutenir les jeunes qui sortent des services sociaux et lutter contre la pénurie de logements abordables. Les prochains paragraphes approfondissent cette action publique portée par les communautés.

6.1.1 Théoriser les processus politiques narrés et illustrés

Le format de la thèse par article a fortement orienté les chapitres centraux, étant donné que ces articles ont été soumis à des revues en amont du dépôt de la thèse et ont fait l'objet d'évaluation par les pair·es. Ces évaluations et leur inscription dans des numéros thématiques ont suggéré des orientations qui ont indéniablement affecté l'analyse et la présentation des résultats. De plus, l'important effort de synthèse requis pour la rédaction d'articles fait en sorte que certains résultats n'ont pas pu être pleinement présentés dans le cadre des articles, notamment les

cartes mentales. Celles-ci ont tout de même été analysées en marge. Les éléments récurrents sont présentés dans les prochains paragraphes et permettent d'ouvrir vers une discussion sur les processus politiques. Pour rappel, les cartes mentales étaient réalisées en début d'entrevue. Avant même d'orienter les échanges sur certains thèmes liés au cadre opératoire, les personnes interviewées ont illustré les démarches associées au développement de nouveaux programmes de logements sociaux et y ont situé leur implication. Comme anticipé, les cartes mentales en soi révèlent très peu d'informations, ce n'est que lorsqu'elles ont été expliquées qu'elles ont revêtu un sens. Leur analyse révèle que le cadre opératoire associé aux deux premiers objectifs de recherche résonne bel et bien avec les narratifs des personnes interviewées.

Tracer les phases des processus mis en œuvre

La majorité des interviewé·es a séquencé les processus mis en œuvre en moments clés en illustrant une ligne du temps (13/49), une liste d'étapes (7/49) ou une combinaison d'actions et d'intervenant·es menant au programme de logement (18/49). Comme le souligne le tableau 6.1, l'approche séquentielle avec les cinq phases se conforme, dans une certaine mesure, avec la façon dont les personnes interviewées pensent la création de logements sociaux. La figure 6.1 à la page suivante¹⁶ constitue un exemple de carte mentale où l'interviewée illustre le processus pour créer le programme à Toronto en étapes clés.

Tableau 6.1 Compilation des cartes mentales selon les phases illustrées

	Cas			Périphériques	Total
	Montréal	Toronto	Vancouver		
Émergence	13	6	10	9	38
Formulation	15	5	10	9	39
Mise en œuvre	15	6	7	9	37
Évaluation	3	0	1	0	4
Rétroactions	3	2	3	0	8
Total réalisé	16	6	12	15	49

Source : Autrice

¹⁶ La carte mentale à la figure 6.1 illustre un processus linéaire inspiré de la façon dont la Ville de Toronto a procédé lorsque des fonds provinciaux ont été annoncés par la foulée d'un nouveau financement appelé « Home for Good ». La première étape est associée au gouvernement provincial qui annonce des investissements dans le cadre d'un programme qui est régi par un ensemble de règles et pour l'utilisation des fonds afin de développer des logements sociaux (ex. : admissibilité, type de projet, nombre, etc.). À partir de ces balises et du niveau d'investissement déterminé pour la Ville de Toronto, le conseil municipal établit un programme adapté au contexte local. Une fois adopté, ce programme engendre un appel de proposition (RFP) et des organisations déposent des projets. Un nombre limité de ces propositions sont approuvées, signent une entente et obtiennent les fonds. La personne interviewée indique que son engagement se situe au niveau des phases liées à l'approbation du conseil municipal, des appels de proposition et de la communication des décisions à la communauté.

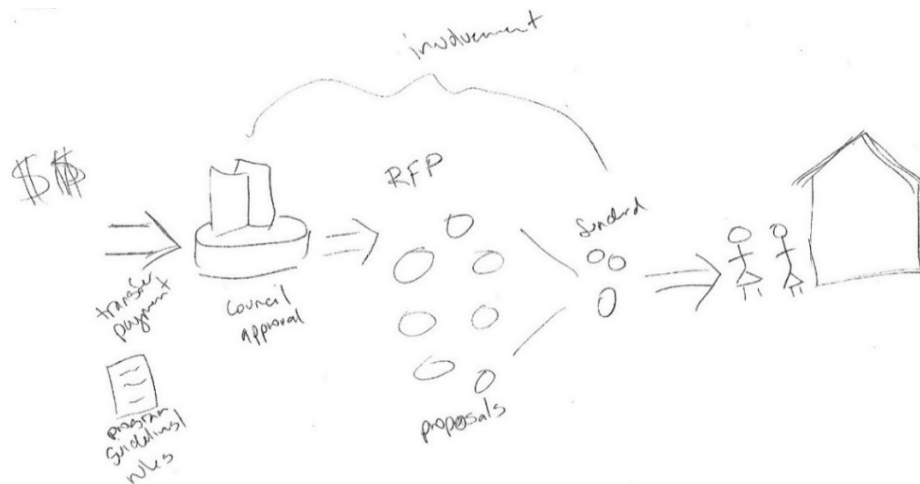


Figure 6.1 Carte mentale T-10

Certaines phases attirent davantage l'attention dans les cartes mentales. La majorité a illustré des éléments qui, selon eux, ont contribué à l'émergence des programmes de logements (38/49). Cette phase est plus rare chez les intervenant-es périphériques, notamment à Vancouver et Toronto. Elles et ils ont davantage mis sur papier les réseaux et les interactions entre les organisations et institutions qui permettent le développement de logements sociaux. L'attention est très peu portée sur les enjeux qui incitent les organisations à vouloir développer de nouveaux projets. Au sein des cartes mentales représentant l'émergence, la question des besoins non comblés est la plus fréquemment illustrée comme étant le point de départ des démarches (29/38). Bien souvent, ces besoins concernent la pénurie de logements abordables et les défis de certains ménages. La question des opportunités pour développer des programmes est un autre élément fréquemment illustré comme provoquant l'émergence (10/38), notamment à Vancouver. Ces opportunités proviennent surtout des municipalités qui offrent des terrains ou encore font des appels de projets. Lors de l'explication des cartes mentales, plusieurs ont précisé que les initiatives s'amorcent lorsque le constat de ces besoins coïncide avec un contexte favorable comme la disponibilité de fonds ou la mobilisation d'intervenant-es autour d'une démarche commune.

Tout comme l'émergence, la formulation a été fréquemment illustrée (39/49). Le tiers (13/39) de ces répondant-es ont présenté une seule action associée à cette phase. Ces éléments sont notamment la formation d'un comité ou encore d'un partenariat qui a par la suite pensé leur initiative de logement ou le projet à réaliser. Les deux tiers (26/49) ont illustré plusieurs étapes concrètes qui ont permis de développer, par exemple les idées pour le programme, le type de soutien offert, les plans pour le bâtiment, l'établissement de l'offre de services, etc. Souvent, les

répondant-es qui avaient été impliqué-es de près dans les cas ont identifié plusieurs actions associées à la formulation comme dans la carte mentale présentée à la figure 6.2¹⁷.

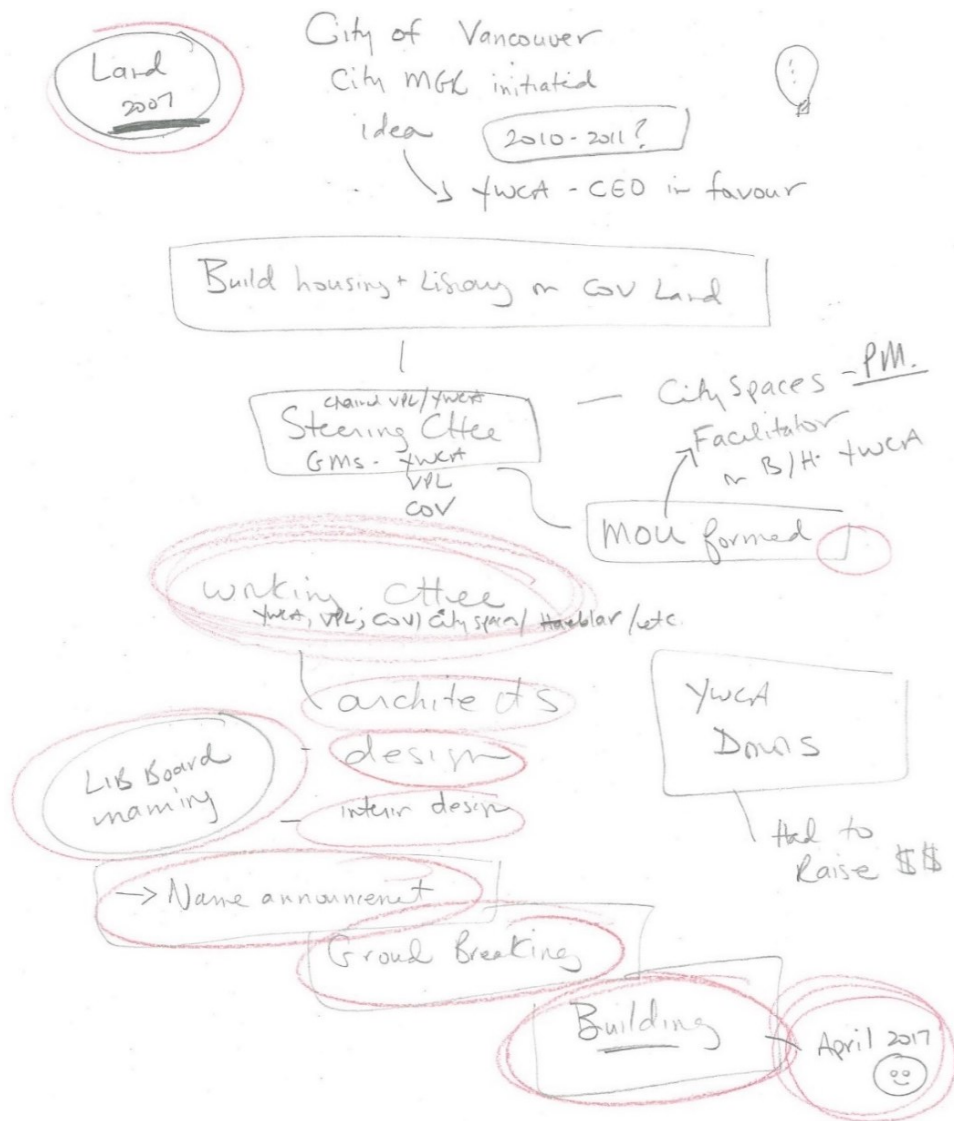


Figure 6.2 Carte mentale V-15

¹⁷ Cette carte mentale sous forme d'arbre d'actions et d'intervenant-es illustre le processus associé à la Cause We Care House. De son point de vue, la démarche s'est amorcée il y a longtemps alors que la Ville de Vancouver cherchait un terrain pour y construire un point de service de la bibliothèque municipale au début des années 2000. Autour des années 2010-2011, l'idée d'intégrer du logement social au projet de bibliothèque a émergé chez la directrice générale de la Ville (City MG). Cette dernière savait que le YWCA était à la recherche de terrain pour y développer du logement. Il y a ensuite eu signature d'un accord tripartite (MOU formed) et d'un comité de pilotage impliquant les directions générales du YWCA, de la Vancouver Public Library (VPL) et la Ville de Vancouver (COV). L'organisation City Space joue alors le rôle de facilitateur. Elle indique que son rôle concerne les étapes qui se sont déroulées au moment de la réalisation du bâtiment (en rose). Cette réalisation implique un comité de travail formé du YWCA, VPL, COV, City Space et le constructeur (Haebler). Ce comité se réunit à de nombreuses reprises pour planifier le bâtiment : choisir un architecte, s'entendre sur le design intérieur et extérieur, etc. Le comité de travail se rapporte périodiquement au comité de pilotage. Au même moment, le conseil d'administration de la bibliothèque entame le processus pour nommer le bâtiment pour l'annoncer au moment du début des travaux. Certaines étapes sont illustrées dans la levée de fonds réalisée par le YWCA. Le processus se termine en avril 2017.

Les étapes liées à la mise en œuvre ont été fréquemment illustrées (37/49). La plupart (26/37) ont mis sur papier de nombreux éléments qui ont été des irritants tels que les tensions et conflits, les délais et retards, les imprévus sur le chantier, les changements de personnel, les insuffisances de financement et les difficultés pour le recrutement des locataires. Comme la mise en œuvre du programme *New Lives Start Here* ne requérait pas de travaux physiques pour les unités résidentielles, les répondantes ont plus fréquemment simplifié les actions associées à cette phase.

En comparaison avec les trois premières phases, les actions associées à l'évaluation et la rétroaction ont été plus rarement illustrées. Parmi les quelques répondant-es qui ont représenté des éléments en lien avec l'évaluation (4/49), ces dernières traitaient généralement de l'état physique du bâtiment après la livraison, notamment afin de pouvoir identifier les défaillances. Quelques interviewé-es ont illustré des étapes liées à la rétroaction (8/49). Chez les personnes associées au secteur communautaire, il est notamment question du réajustement des critères de sélection ainsi que du type et niveau de services de soutien offert aux locataires. Pour ce qui est des quelques intervenant-es politiques, les éléments de rétroaction concernent les changements et réformes à apporter aux politiques et programmes existants pour remédier aux difficultés liées au développement de logements sociaux. La figure 6.3¹⁸ constitue un exemple d'illustration de rétroaction politique illustrée. Cet interviewé indique que l'expérience difficile de MTMC fournit des exemples d'adaptation à apporter en vue de l'adoption du programme AccèsLogis Montréal.

¹⁸ La carte mentale à la figure 6.3 illustre le processus pour la création du projet *Grandir jusqu'au toit!* L'illustration débute par une intention constante de la part de la communauté et des institutions à agir pour répondre aux besoins fondamentaux (illustrée par la pyramide de Maslow). Offrir un toit à tous est identifié comme un besoin primordial pour la population. Dans cette optique, l'interviewé a reçu positivement ce projet issu de la communauté qui se base sur un rapport d'évaluation des besoins (illustré autour du soleil). Celui-ci indique qu'il a eu « un moment d'eurêka » illustré par toutes les dimensions de la proposition du projet qui pointent vers la maison : le besoin de logement pour les femmes monoparentales et de soutien pour l'obtention de diplômes, le bâtiment et le quartier à requalifier ainsi que le besoin d'un nouveau local pour la maison des parents de Bordeaux-Cartierville. Il explique que pour cette raison, il a soutenu le projet par une lettre d'appui et en recommandant une personne pour s'y impliquer. Il illustre ensuite que la réalisation du projet était une montagne russe avec des hauts tels que l'obtention du financement, mais aussi des bas tels que les problèmes avec le constructeur, la découverte de la contamination, les dépassements de coûts, etc. L'interviewé indique qu'il a donné son appui moral et financier au projet qui accusait d'importants dépassements de coûts. Il indique que MTMC a travaillé fort pour trouver d'autres sources de financements pour viabiliser le projet. Après ces embuches, il y a le second soleil qui représente l'inauguration ensoleillée de l'immeuble. La carte mentale indique que malgré les nombreuses embuches, cette démarche est enrichissante et pointe vers des amendements à apporter au programme AccèsLogis et au soutien aux groupes porteurs, ce qui est représenté par le cercle de flèches. Enfin, de longues flèches représentent les changements que Montréal apporte au programme AccèsLogis maintenant que le mandat de ce programme a été transféré à la Ville. La carte mentale indique que ces changements impliquent un ensemble d'acteurs et de programmes institutionnels comme la Société d'habitation du Québec (SHQ), le programme rénovation Québec (PRQ) et AccèsLogis. Ces éléments sont considérés comme déterminants pour l'avenir des communautés qui travaillent pour répondre aux besoins de la population.

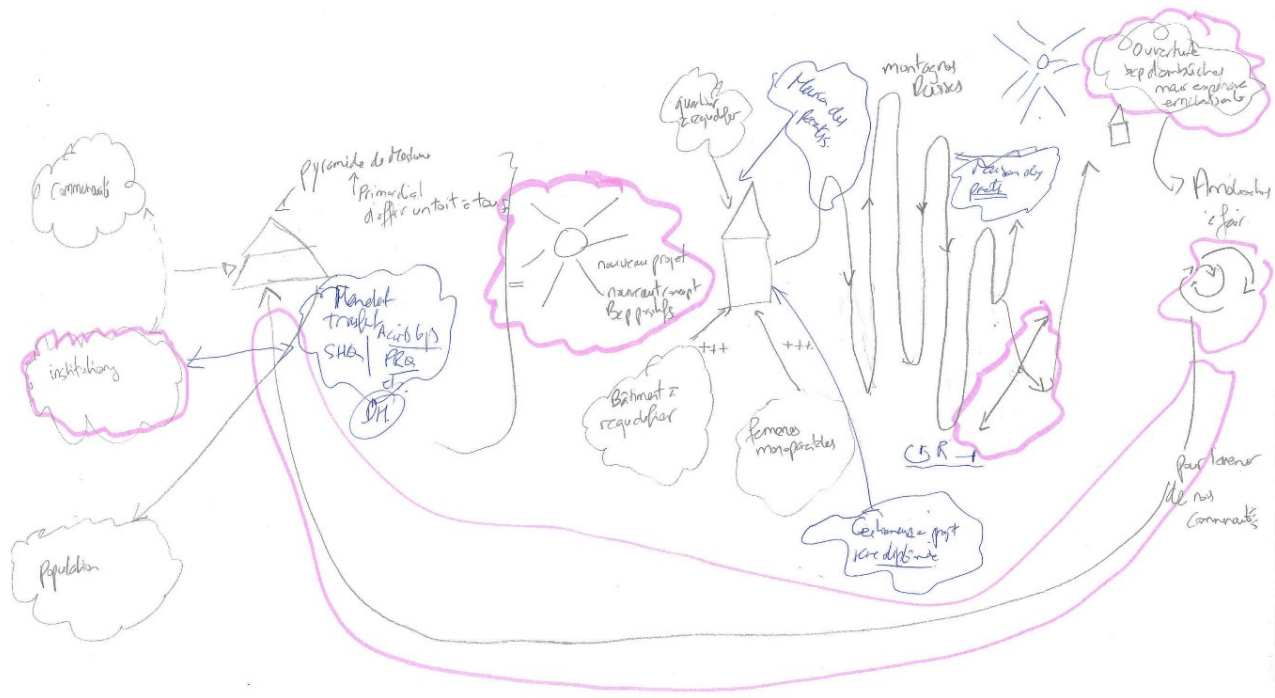


Figure 6.3 Carte mentale M-09

Illustrations des réseaux, idées intérêts et institutions

Dans le cadre de cette thèse, les processus de création des logements sociaux ont également été conceptualisés à partir des orientations liées aux idées, intérêts, institutions et réseaux. Comme le souligne le tableau 6.2, ces orientations ont résonné avec les discours et les cartes mentales des personnes interviewées. Les individus et organisations qui forment des réseaux pour soutenir la création des initiatives apparaissent, sans surprise, dans la majorité des cartes mentales (30/49). Il convient de s'attarder aux intervenant·es fréquemment représenté·es.

Tableau 6.2 Compilation des cartes mentales selon les orientations illustrées

	Cas			Périphériques	Total
	Montréal	Toronto	Vancouver		
Réseaux	11	3	10	6	30
Idées	9	2	5	5	21
Intérêts	3	4	2	3	12
Institutions	9	2	3	8	22
Total réalisé	16	6	12	15	49

Source : Autrice

Les cartes mentales mettent de l'avant les partenariats et alliances qui ont permis de développer du logement particulièrement lorsqu'elles et ils sont associés aux cas à l'étude. Certain·es,

comme à la figure 6.4¹⁹, ont noté l'effritement de ces réseaux, notamment par la diminution du nombre de personnes impliquées ou encore des changements de personnel. Les individus et organisations du secteur communautaire ont été les plus souvent illustrés (31/49). Celles-ci sont, d'une part, les organisations mandataires qui jouent un rôle central dans le développement de logements sociaux. Elles sont, d'autre part, présentées comme des partenaires pour la consultation, le référencement ou l'offre de services aux locataires. Plusieurs ont également illustré leur rôle en ce qui a trait au travail de plaidoyer pour que les gouvernements offrent davantage de moyens pour développer des logements sociaux.

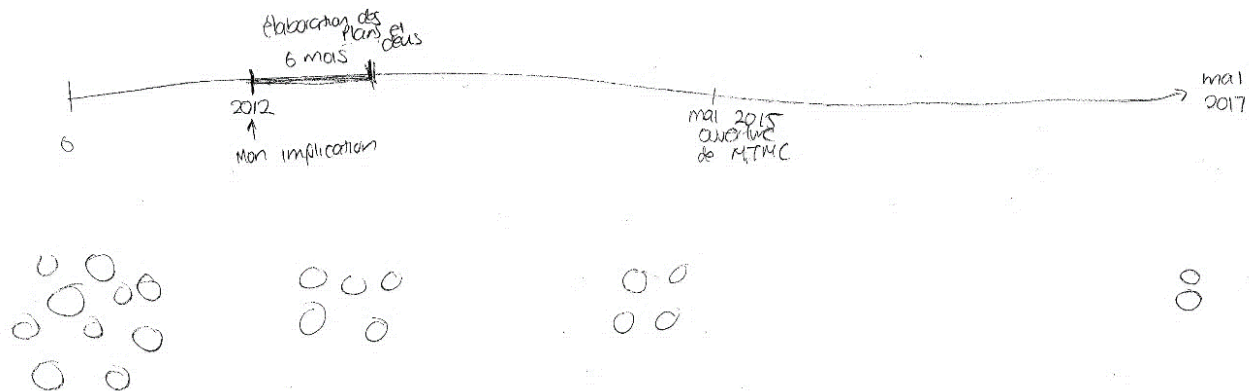


Figure 6.4 Carte mentale M-05

Le tiers des cartes mentales (15/49) indiquent le rôle d'intervenante-s institutionnel-les qui sont impliqués ponctuellement pour l'approbation ou le financement ou encore de façon continue en tant que partenaires. La place d'intervenante-s de la santé publique est également illustrée (11/49). Ceux-ci appuient le développement des initiatives, offrent ou financent des services sur place ou encore font de la représentation auprès des gouvernements pour des changements politiques. Le tiers des cartes mentales (14/49) situent le rôle d'intervenante-s issu-es du secteur privé qui ont aidé avec le montage financier (ex. : fondations), ont réalisé du travail technique (ex. : constructeur et architecte) ou ont fourni des conseils (ex. : avocat).

Les idées marquantes ont été fréquemment illustrées (20/49). Celles-ci prenaient notamment la forme d'ampoules ou encore des points d'exclamation qui étaient associés à l'émergence du processus (figures 6.2 et 6.5²⁰). Ces idées correspondent à des solutions concrètes en matière

¹⁹ La carte mentale à la figure 6.4 illustre le processus pour la création du projet *Grandir jusqu'au toit!* Elle illustre dans le haut les étapes clés, à savoir l'idée qui émerge au moment 0. En 2013 a lieu la période d'élaboration des plans et devis (qui correspond au moment de son implication). Enfin, après bien du retard il y a l'ouverture du projet de MTMC en mai 2015. Sous cette ligne du temps, des cercles représentent le nombre d'intervenants impliqués dans la démarche qui s'étiole avec le temps.

²⁰ La carte mentale à la figure 6.5 illustre le processus pour la création du programme *New Lives Start Here*. Les personnes illustrées en haut à gauche représentent le Massey Centre et ses partenaires du réseau YPNFA. Les

d'habitation, mais aussi de visions d'interventions pour répondre aux enjeux du milieu. Alors que certain-es ont identifié une personne qui a eu l'idée, d'autres ont illustré qu'elles se sont construites à travers la collaboration et les échanges entre un ensemble de partenaires.

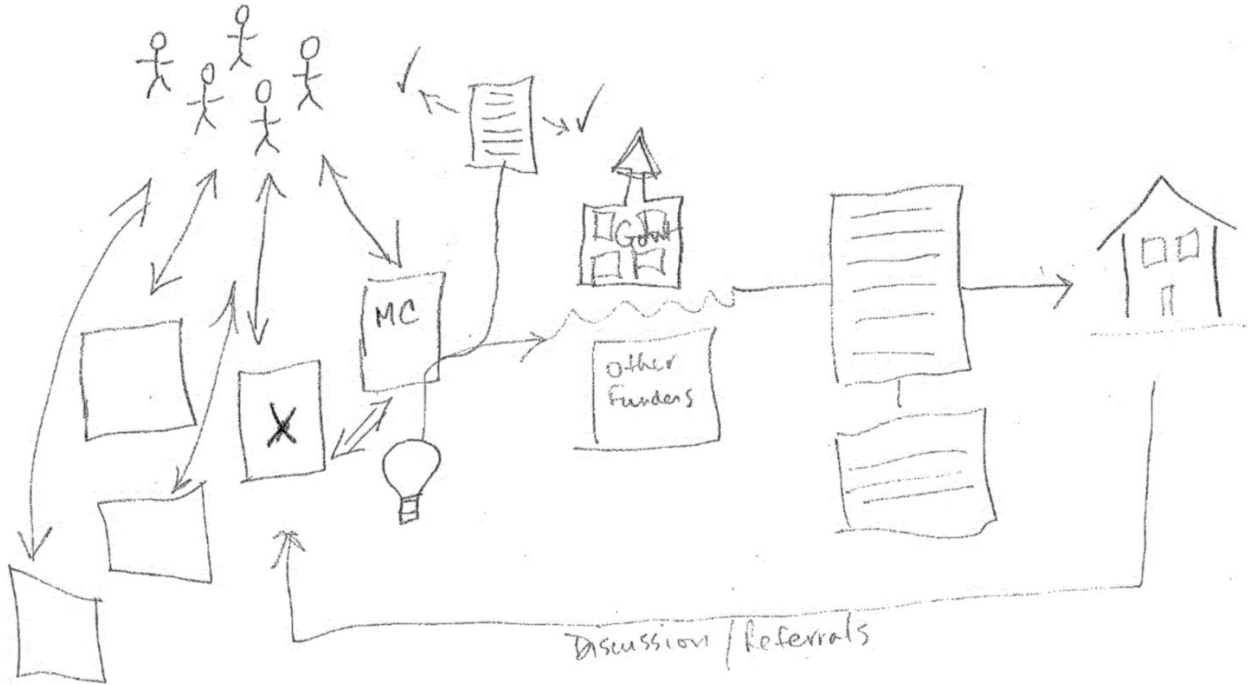


Figure 6.5 Carte mentale T-09

Le *care* constitue une idée qui est représentée par des cœurs ou l'illustration de la sensibilité envers les femmes qui éprouvent des besoins de logement ou qui sont finalement logées grâce aux nouveaux programmes. La carte mentale à la figure 6.6²¹ représente bien cette idée qui rassemble les partenaires autour d'un projet collectif pour prendre soin. Il est important de noter

échanges entre ces personnes les ont amenés à reconnaître que ces organisations soutiennent plusieurs femmes qui ont été impliquées dans le système de protection de l'enfance. Après avoir échangé sur les besoins qui ont été documentés, la directrice générale du Massey Centre a pensé un nouveau programme résidentiel qui est représenté par l'ampoule. Ce programme a été mis sur papier et approuvé par le conseil d'administration. Par la suite, le montage financier pour le programme s'est organisé avec les subventions dont le Massey Centre dispose et a été complété par des dons privés. Ce nouveau programme a ouvert ses portes. Les partenaires ont pu y recommander des femmes admissibles, ce qui a suscité des discussions entre les partenaires puisque la population d'abord ciblée était trop précise et a ensuite été réajustée.

²¹ La carte mentale à la figure 6.6 illustre le processus pour la création de la Cause We Care house. À la base, il y a le partenariat qui implique le YWCA, la Ville de Vancouver, la VPL, la Cause We Care Foundation et les autres donateurs. Au-dessus, il y a des mains entrelacées surplombées par des mots clés de ce que représente le projet, à savoir de la sécurité, de l'abordabilité, un domicile, des familles et une communauté. Tous ces éléments protègent les femmes cheffes de familles monoparentales d'un contexte défavorable lié à des logements surpeuplés (overcrowding), de l'insalubrité (mould), de la crise du logement (housing crisis), de la pression économique liée aux coûts élevés des services de garde (child care costs), de l'aide sociale (income assistance rate) et des salaires qui sont faibles (low wages), de la violence envers les femmes (violence against women) et du manque de sécurité (lack of security).

que la moitié des cartes mentales illustrent les femmes cheffes de familles monoparentales (23/49). Certain·es les ont associées aux besoins de logement qui ont stimulé l'émergence du processus de création. D'autres les ont dessinés au moment de l'ouverture et de l'inauguration. Leur présence constitue alors un signe de réussite puisque les programmes offrent désormais des milieux de vie à ces familles.



Figure 6.6 Carte mentale V-22

La question des intérêts a également été représentée par le quart des interviewé·es (12/49). Ces éléments, qui abordent la question des intérêts des partenaires, divergent entre les cas étudiés. Certaines ont illustré les intérêts du Massey Centre à revoir leurs services pour mieux répondre aux jeunes femmes dans le cadre d'une planification stratégique, ce qui correspond à un intérêt partagé qui motive et oriente leur démarche. Du côté de Montréal, quelques personnes ont représenté les décalages et les conflits qui surviennent entre les intérêts associés à la mission sociale de projets ainsi que ceux portés par le milieu de la construction. La

figure 6.7²² présente un exemple de carte mentale à cet effet. Enfin, quelques intervenant-es à Vancouver ont illustré le phénomène de NIMBY qui survient dans certains développements de logements sociaux. Ce type de conflit d'intérêts a toutefois été évité dans le cas de la Cause We Care House puisque l'intérêt à améliorer l'offre de logements sociaux pour les familles monoparentales était partagé au sein de la communauté. À cet effet, quelques cartes mentales et interviews font mention des mouvements de YIMBY (yes in my backyard, oui dans ma cour) qui soutiennent la venue de projets de logements sociaux puisqu'ils et elles y voient un intérêt collectif.

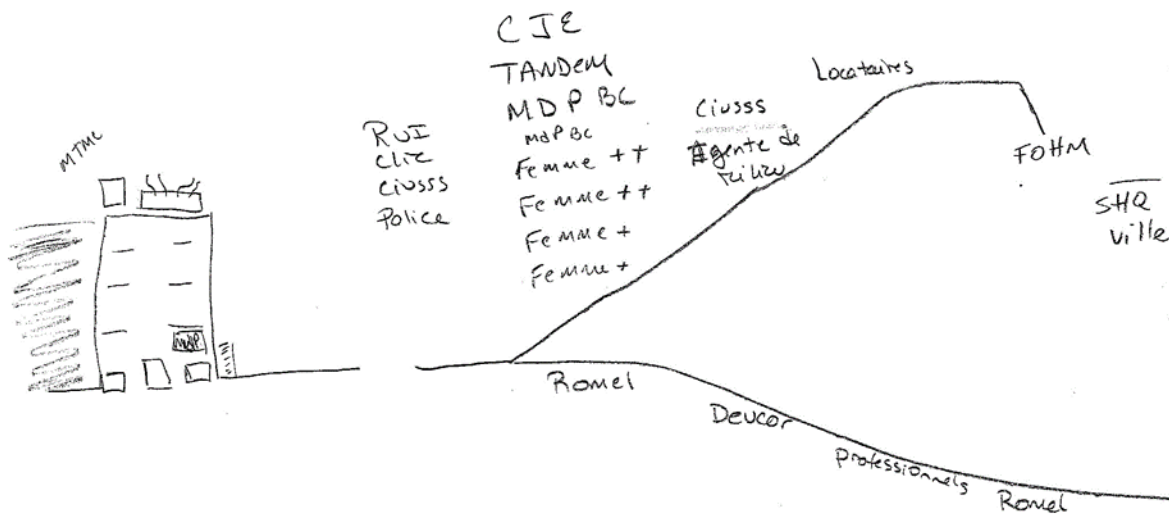


Figure 6.7 Carte mentale M-06

Environ le tiers des interviewé-es ont illustré l'influence des institutions (22/49) par le biais des programmes, des politiques et des cadres règlementaires qui appuient les initiatives, mais aussi posent certaines contraintes. La place et le rôle qui leur sont accordés varient entre les cas. À Montréal, plusieurs ont illustré les programmes pour développer ainsi que les intervenant-es

²² La carte mentale à la figure 6.7 illustre le processus pour la création du bâtiment qui accueille le programme *Grandir jusqu'au toit!*. Ce bâtiment est à gauche. Une schématisation des partenaires impliqués dans la démarche est à droite. La branche du haut représente les personnes, institutions et organisations qui ont été des alliés à la démarche à différents moments. Il y a premièrement les organisations communautaires (membres du Conseil local des intervenants communautaires de Bordeaux-Cartierville, CLIC BC) et institutionnelles (police, CIUSSS) qui ont été impliquées dans le cadre de la démarche de RUI. La seconde liste représente les organisations engagées dans le conseil d'administration pour démarrage du projet comme le Carrefour Jeunesse emploi Ahuntsic Bordeaux-Cartierville (CJE), Tandem, la Maison des parents de Bordeau-Cartierville (MDP BC) ainsi que les femmes du quartier. Ensuite viennent l'agente de milieu de MTMC, le CIUSSS, les locataires, la Fédération des OSBL d'habitation et de Montréal (FOHM), la société d'habitation du Québec (SHQ) et la Ville de Montréal. La branche en dessous représente les intervenant-es qui ont pris en charge le volet de la construction du bâtiment: le Regroupement des organismes du Montréal ethnique pour le logement (ROMEL), Devcor (le constructeur) et les professionnels. L'interviewée indique qu'il y a eu d'importants différends et conflits entre ces deux ensembles de partenaires.

institutionnel·les qui appuient et même s'investissent dans les démarches (ex. : CLSC, SPVM). À Vancouver, les interviewé·es ont davantage représenté des appuis ponctuels, notamment sur le plan du montage financier ainsi que l'existence de plans d'action qui devraient faciliter le développement de logements sociaux. À Toronto, quelques personnes ont illustré une contrainte institutionnelle qui a brièvement freiné la conversion de leur immeuble dédié à l'hébergement postnatal afin d'y déployer leur nouveau programme de logement.

En somme, les cartes mentales confirment la pertinence du cadre opératoire employé pour cette recherche. L'approche séquentielle et les 3I+N constituent des dispositifs heuristiques qui ont facilité l'exploration et l'organisation d'informations concernant les processus mis en œuvre. Ces approches ne proposent toutefois pas d'hypothèses quant aux facteurs et dynamiques expliquant la concrétisation de ces initiatives. La présentation des éléments récurrents des cartes mentales permet d'observer des rapprochements avec les cadres théoriques et analytiques pour étudier les processus politiques. Clavier et O'Neill (2017) soutiennent que l'Advocacy Coalition Framework (AFC, également traduite par coalition plaidante) constitue une théorie adaptée pour les processus politiques entourant le mouvement des Villes en santé. Cette approche indique que les changements politiques surviennent sur le long terme suivant la mobilisation de coalitions de spécialistes. Ceux-ci cherchent régulièrement à influencer un sous-système politique. L'AFC ne résonne pas avec les cas étudiés. Il est vrai que les initiatives ont pris plusieurs années à voir le jour. Toutefois, les programmes ont été rapidement adoptés, les délais sont liés aux obstacles à la réalisation. Une autre importante différence est que les coalitions engagées dans les processus n'étaient pas nécessairement des spécialistes de l'habitation. Deux des organisations mandataires en étaient à leur première expérience avec le logement social. Les prochains paragraphes soulignent que les cas sont plus proches de l'approche des courants multiples.

6.1.2 Les courants multiples qui expliquent les initiatives

La théorie des courants multiples vise l'explication d'une mise à l'agenda par les gouvernements : comment et pourquoi certains enjeux parviennent-ils à faire l'objet de changements politiques ? Les écrits plus récents incitent à employer cette approche pour penser l'ensemble du processus politique au-delà de la mise à l'agenda (Zahariadis 2007). Cette approche se concentre sur trois courants relativement indépendants qui évoluent dans le temps. Dans le courant des problèmes, l'attention est portée vers des situations qui demandent une

intervention publique due à un enjeu d'intensité, d'un événement qui le met de l'avant ou d'un écueil concernant une politique ou un programme existant (rétroaction). Le courant des solutions implique que des spécialistes définissent le problème et surtout suggèrent des avenues pour y remédier. Seules quelques idées sont retenues, les critères de sélections concernent la faisabilité technique et l'acceptabilité selon les valeurs en place. Troisièmement, le courant de la politique correspond au climat politique, aux groupes d'intérêt ainsi qu'aux changements sur le plan des élu·es et des fonctionnaires (Kingdon 1997 ; Zahariadis 2007).

Ces courants qui coïncident ouvrent une fenêtre d'opportunité pour attirer l'attention des gouvernements afin que ceux-ci entreprennent un changement politique. Ces fenêtres tendent à se révéler à la suite d'une intensification d'un problème, ce qui appelle à une réponse politique (*problem window*). Ces fenêtres s'ouvrent également lorsqu'un événement transforme le contexte politique (ex. : élection, nomination, manifestation) et ainsi crée une opportunité pour une mise à l'agenda (*policy window*). Ces fenêtres d'opportunités ne sont pas éternelles. Dans ce court laps de temps, des entrepreneur·es politiques mettent de l'avant une solution qui est dans leur intérêt (Kingdon 1997 ; Zahariadis 2007). Kingdon (1997) souligne que ces entrepreneur·es doivent occuper une position qui leur permet d'être reconnu·es et entendu·es. Ils et elles doivent faire preuve d'une importante persévérance pour profiter de la fenêtre d'opportunité. Bien que cette approche théorique ait été pensée pour la formulation des politiques publiques par les gouvernements à l'échelle nationale, celle-ci résonne avec l'action politique locale portée par les communautés.

Les fenêtres d'opportunités nécessaires pour créer du logement social

Les trois cas ne suivent pas la même trajectoire ; toutefois, il semble que leurs initiatives prennent un envol lorsque les trois courants sont couplés de manière à former une fenêtre d'opportunité. La crise du logement attire régulièrement l'attention à Vancouver avec les faibles taux d'inoccupation, le coût des loyers et des propriétés qui augmente sans cesse, mais également quand les répercussions de cette pénurie deviennent visibles par l'itinérance dans les rues, les refuges et les campements. En travaillant auprès des Vancouvéroises, le YWCA connaît les besoins des femmes. L'organisation reconnaît que ces besoins peinent à être répondus par les investissements des gouvernements. Différentes solutions sont mises de l'avant pour résoudre cette crise par les intervenant·es du milieu de l'habitation et de l'itinérance : l'utilisation de l'approche Logement d'abord (*Housing First*), la conversion des

maisons de chambres (single room occupancy hotels, SRO) en logements sociaux, le contrôle des loyers et des évictions, l'inclusion de logements abordables dans les nouveaux développements, etc. Le YWCA mise notamment sur la construction de complexes de logements sociaux pour répondre aux besoins qu'elles constatent. Toutefois, le prix élevé des terrains et le manque de subvention compromettent la faisabilité de cette solution. Sur le plan politique, il y a, d'une part, un mouvement pour le droit au logement qui revendique l'inclusion de logements sociaux lors de l'annonce du projet de bibliothèque. D'autre part, les interviewé-es soulignent un climat favorable à cette proposition puisque le maire s'est engagé à mettre fin à l'itinérance et à améliorer l'offre de logements abordables au cours de son mandat. Cette pression exercée au moment opportun ouvre une fenêtre d'opportunité politique (*policy window*) qui pousse la directrice générale de la Ville à approcher le YWCA pour offrir l'espace.

Du côté de Montréal, la fenêtre d'opportunité s'ouvre rapidement pour créer du logement social. La reconnaissance des enjeux d'habitation survient grâce à l'accès à des données dans le cadre d'une évaluation des besoins pour amorcer la démarche de revitalisation urbaine intégrée (RUI). Puis, les discussions entre les partenaires locaux associés à la RUI identifient de mauvaises conditions d'habitation chez les femmes cheffes de familles monoparentales du quartier ainsi qu'un problème lié au manque de ressources pour ces dernières. Devant ce constat, la création de logements sociaux avec soutien communautaire apparaît rapidement comme une solution. Sur le plan politique, la démarche de RUI alimente un contexte où les intervenant-es du quartier sont prêt-es à créer un nouvel OBNL d'habitation communautaire pour mener cette initiative collective pour améliorer la qualité de vie locale. Cette mobilisation est également stimulée par la reconnaissance qu'à l'époque l'accès à des subventions pour ce type de projets est relativement facile. La conjugaison de ces circonstances ouvre une fenêtre d'opportunité associée aux problèmes (*problem window*). Cette fenêtre saisie par les intervenant-es du quartier mène à la fondation de MTMC qui ensuite développe un projet de logement.

Le croisement des courants à un moment bien précis rejoint également le cas du Massey Centre. Un ensemble de problèmes sont soulevés par les jeunes qui quittent les services sociaux lors d'une consultation publique en Ontario. Il est question, entre autres, de la vulnérabilité, de l'isolement, du faible contrôle sur leur vie et de la brutalité du passage à l'âge adulte lorsque la prise en charge cesse (Provincial Advocate for Children and Youth 2012). Pour donner suite au rapport de la consultation, un groupe de travail de neuf jeunes et de sept représentant-es d'organisation qui travaillent dans le domaine est formé. Ce groupe élabore un

plan d'action pour des changements fondamentaux au sein du système de protection de l'enfance. Ces solutions comprennent, entre autres, de prolonger la prise en charge jusqu'à 25 ans, de soutenir la réalisation d'études postsecondaires et l'accès au marché de l'emploi ainsi que d'offrir un réel soutien pour les préparer à une vie autonome comme par la recherche de logement (Youth Leaving Care Working Group 2013). Les interviewé·es soulignent que ces travaux contribuent à un contexte politique où les intervenant·es concerné·es veulent transformer leurs pratiques pour réaliser cet engagement. Dans ce contexte, le Massey Centre saisit cette fenêtre d'opportunité politique (*policy window*) dans le cadre de leur démarche de planification stratégique. En considérant les solutions mises de l'avant par le groupe de travail, elles ont élaboré un nouveau programme résidentiel pour faire partie de la solution.

Le care chez les entrepreneur·es politiques

Une première différence avec l'approche des courants multiples concerne les entrepreneur·es politiques. Dans les trois cas, des intervenant·es associé·es aux organisations mandataires pourraient constituer cette figure. Plusieurs de ces individus sont, par ailleurs, identifiés dans des cartes mentales en raison de leur rôle crucial dans l'émergence des initiatives de logements. Ceux-ci mettent de l'avant des solutions lorsque les fenêtres d'opportunités se présentent. Toutefois, elles et ils ne correspondent pas à la figure d'entrepreneur·es politiques dépeinte par les écrits qui insistent sur leur caractère opportuniste. Ceux-ci ont tendance à perpétuellement saisir une fenêtre d'opportunité pour promouvoir une solution qui leur profite, et ce, même si leur proposition n'est pas la plus appropriée (Kingdon 1997 ; Zahariadis 2007). Les organisations mandataires ne sont pas continuellement à la recherche d'une occasion pour proposer la création de logements sociaux pour les femmes cheffes de familles monoparentales n'importe où et dans n'importe quelle condition. Leur idée de programme s'inscrit plutôt en continuité avec les problèmes soulevés et leurs interventions régulières. Puis, le contexte politique les a incité·es à réfléchir à de nouvelles solutions pour amplifier leur impact auprès des femmes.

À la différence de l'approche des courants multiples, les éléments associés aux problèmes, solutions et politiques ne sont pas indépendants et joints ponctuellement pour ouvrir une fenêtre d'opportunité. Les discours des interviewé·es font plutôt état de séquences qui amènent une association continue des trois courants dans le temps pour parvenir à formuler une initiative à réaliser lorsque le moment devient propice à son adoption. Cette mise en cohérence détonne

encore une fois avec la figure de l'entrepreneur-e politique opportuniste. Ces perspectives font plutôt apparaître les organisations mandataires comme des entrepreneur-es sociaux. Ils et elles saisissent des fenêtres d'opportunités pour s'engager dans la réalisation d'une solution en réponse aux problèmes constatés et en cohérence avec le contexte politique. Peredo et McLean (2006) définissent les entrepreneur-es sociaux comme un ensemble de personnes qui s'investissent afin de créer de la valeur sociale. Pour y arriver, elles et ils reconnaissent et profitent d'opportunités, ont recours à l'innovation, tolèrent un certain niveau de risque et ne sont pas freiné-es par les limites des ressources disponibles. Très clairement, les initiatives étudiées correspondent à ces traits. Par ailleurs, les objectifs et les démarches des entrepreneur-es sociaux seraient guidés par une éthique du *care* (André et Pache 2016). Ils et elles portent une attention à des enjeux et à des populations spécifiques souvent négligés, prennent la responsabilité d'y répondre, déploient des initiatives pour offrir une réponse adéquate et écoutent les bénéficiaires afin de cerner des façons d'améliorer leurs interventions. Selon André et Pache (2016), cette éthique relationnelle les inciterait à saisir des opportunités pour maximiser leurs impacts sociaux.

Comme souligné dans le chapitre 5, le *care* incite les organisations à agir. Renforcer les capacités de *care* des femmes et des organisations est au cœur des intentions de leurs initiatives. À leur façon, les trois cas visent à maximiser les impacts sociaux des organisations mandataires. Les intervenant-es à Montréal diversifient leurs champs d'action en investissant ensemble le logement social qui est un inédit pour ces partenaires. Le Massey Centre à Toronto entreprend la révision de ses programmes afin d'avoir davantage d'impacts chez les usagères. Le YWCA opte pour la croissance de son offre résidentielle pour rejoindre un plus grand nombre. André et Pache (2016) soutiennent que ces opérations de maximisation peuvent mener les organisations à perdre de vue le *care* en raison de pressions exercées par les bailleurs de fonds, d'une bureaucratisation ou d'une forte attention accordée aux résultats quantitatifs. Ce risque est par ailleurs une préoccupation dans le milieu du logement social (Whitzman et Desroches 2020). Dans les cas étudiés, ces éthiques demeurent et, comme souligné dans le chapitre 4, les incitent à résister et diverger de certaines normes et attentes néolibérales qui freinent et orientent la création de logements sociaux.

En somme, l'approche des courants multiples permet de penser l'action politique locale portée par les communautés. Très clairement, il faut reconnaître la place du *care* et des liens entre les problèmes, les solutions et le contexte politique qui poussent les organisations à mettre à leur agenda une initiative pour maximiser leur impact social. Le courant des problèmes amène les

entrepreneur·es sociaux à se soucier d'enjeux généralement négligés. Le courant du politique les incite à agir et à penser à des solutions adaptées. Les entrepreneur·es sociaux cherchent alors à saisir des opportunités pour concrétiser la solution retenue. En dépit des différences entre les cas, la présentation des trois démarches à partir des courants multiples souligne le caractère contingent de la création de logements sociaux. Aucun des trois programmes ne serait réalité si ces séquences d'événements n'avaient ouvert ces fenêtres d'opportunité qui, par ailleurs, ne sont pas éternelles. À Vancouver, des interviewé·es soulignent que la fenêtre d'opportunité est très courte. Le partenariat devait être confirmé avant la tenue des élections municipales. Sinon, le projet aurait été approuvé sans l'inclusion de logements sociaux ou même reporté de nouveau. Du côté de Montréal, les intervenant·es périphériques interrogé·es soulignent qu'il est rare que la fenêtre d'opportunité puisse être saisie aussi rapidement. En raison du sous-financement du programme AccèsLogis des dernières décennies, la reconnaissance des besoins et la volonté de développer du logement par la communauté coïncident rarement avec la disponibilité de fonds et de terrains pour ces initiatives. Surtout, toutes les organisations ne sont pas en mesure d'agir pour saisir ces opportunités qui sont rares dans un contexte de néolibéralisation. Les trois cas étudiés constituent, dans une certaine mesure, des exceptions. La prochaine section approfondit cette capacité d'agir avec *care* en pleine néolibéralisation.

6.2 Les communautés *caring* face à la néolibéralisation

La recherche démontre que la néolibéralisation n'est pas uniforme et complète. Les trois cas s'inscrivent dans un contexte où cette économie politique entrave, à des degrés divers et de manière distincte, l'acceptabilité et l'accès au financement public pour de nouveaux complexes de logements sociaux. Les prochains paragraphes soulignent que les éthiques du *care* incitent à emprunter des voies alternatives qui prennent une distance des solutions axées sur le marché, la quête de l'autonomie et la privatisation du *care* qui sont propres à la néolibéralisation. Paradoxalement, ces éthiques les poussent à reproduire certaines attentes néolibérales et inégalités associées à l'organisation du *care*. Cette discussion permet surtout de souligner que cette capacité à agir et résister avec *care* est construite et inégalement répartie au sein des communautés.

6.2.1 Agir avec *care* sur le système d'habitation

Le care qui incite à la résistance au virage néolibéral

Le chapitre 4 met de l'avant l'influence des principes du *care* dans les cas. Les initiatives étudiées émergent d'une sensibilité contextuelle associée à la reconnaissance des besoins des familles monoparentales qui souvent passent sous silence en raison de l'attention accordée à l'itinérance chronique. Cette reconnaissance contribue à former un intérêt collectif qui rassemble des partenaires autour d'un projet commun. Cet intérêt partagé suscite l'adhésion nécessaire des institutions et des riverain·nes et permet de surmonter les discours néolibéraux qui stigmatisent le logement social et la concentration de la pauvreté dans les villes. Les interviewé·es mettent l'accent sur des choix pour favoriser le bien-être des familles et les protéger de la brutalité du marché immobilier. Ces idées incitent à rejeter plusieurs solutions fondées sur le marché, et ce, même si certains de ces choix sont moins rentables (ex. : grandes unités, loyers adaptés au faible revenu des ménages et du logement à long terme). De plus, le soutien offert est conçu de façon flexible pour soutenir les mères dans leurs cheminements socioprofessionnels, ce qui évite de tomber dans des attentes néolibérales associées à la quête de l'indépendance économique.

De plus, le chapitre 5 met en lumière le fait que les programmes s'inscrivent à contre-courant des discours néolibéraux qui assignent le *care* à une responsabilité individuelle et familiale réalisée principalement au sein de la sphère privée. L'idée première derrière ces initiatives est de permettre aux familles monoparentales de (re)lier le *care* à leur domicile. Toutefois, elles ne cantonnent pas le *care* à des lieux et des relations privées. Au contraire, les organisations mandataires associent les unités d'habitation à des lieux communs dédiés aux locataires ainsi qu'à l'ensemble de la population (ex. : bibliothèque, locaux communautaires, ruelle verte). Cet assemblage d'espaces situés le long du continuum public-privé vise à établir des relations de *care* au-delà de la cellule familiale. Cela permet d'éviter une privatisation.

Ces éthiques permettent-elles de contrecarrer les inégalités qui traversent le *care* ? Il apparaît que ces initiatives s'inscrivent, dans une certaine mesure, en continuité avec l'irresponsabilité des privilégié·es que Tronto (2013) décrit comme étant l'une des conséquences de l'organisation inégale du *care*. Les populations plus privilégiées utilisent divers mécanismes liés au marché et aux inégalités structurelles afin d'ignorer les enjeux qui ne les concernent pas

directement. Ils et elles s'exemptent alors de responsabilités individuelles et collectives de *care*. L'irresponsabilité des privilégié-es est basée sur le postulat selon lequel le marché permet d'organiser le *care* au sein des sociétés. Les individus sont alors vus comme étant capables d'utiliser les ressources et services disponibles. La charité constitue la solution pour allouer le *care* aux populations qui ne sont pas en mesure d'incarner cet idéal. Cette logique incite donc les gouvernements et institutions à se délester de leurs responsabilités puisque des œuvres de charité prennent le relais. Les processus étudiés dans cette recherche tendent à se conformer à cette irresponsabilité des privilégié-es.

Bien que les programmes bénéficient d'un soutien public, ces projets sont entrepris par des organisations non gouvernementales. Des intervenant-es communautaires font preuve de proactivité devant les besoins de populations qui ne sont pas en mesure de s'appuyer sur le marché pour se loger et s'acquitter de leurs responsabilités individuelles de *care*. Dans les trois cas, l'engagement à créer du logement social implique pour les organisations de surpasser leurs capacités financières, d'élargir leur champ d'action habituel ou même de mettre sur pied d'un nouvel OBNL. Elles s'appuient sur les ressources publiques insuffisantes qu'elles complètent par les apports de partenaires, de bailleurs de fonds privés, de bénévoles, de leurs moyens internes et d'infrastructures existantes. Le *care* est dans les trois cas un moteur essentiel pour amorcer et maintenir la mobilisation et expliquer les dépassements individuels et organisationnels. Alors que les pouvoirs publics se dégagent de leurs responsabilités, notamment en matière d'habitation, depuis une trentaine d'années, des communautés motivées par le *care* se dépassent pour prendre le relais. Elles compensent les insuffisances des programmes afin de répondre aux besoins constatés. En d'autres termes, les éthiques du *care* les poussent à incarner l'idéal néolibéral des communautés charitables.

Incarner les normes genrées du care et l'idéal des communautés charitables

En dépit du potentiel du *care* pour résister à des orientations néolibérales, ces éthiques poussent les organisations à prendre le relais des responsabilités à prendre soin de ceux et celles qui ne sont pas en mesure d'employer le marché. Elles incarnent donc l'idéal néolibéral des communautés responsables et composées d'individus proactifs et capables de se dépasser, et ce, sans dépendre uniquement des fonds publics. Ainsi, ces communautés orientées par le *care* s'investissent dans le logement social suivant une logique de charité. Leur capacité à se dépasser peut conforter ou même encourager les gouvernements à se délester de leurs

responsabilités. Lors des entrevues, plusieurs ont normalisé le *care* qui incite au dépassement individuel et organisationnel. Ces attitudes et activités sont décrites comme étant « naturelles », « normales » ou « nécessaires » puisqu'elles sont au cœur de leur mission et leur mandat. Pour maintenir et renforcer leurs relations de *care* avec les femmes cheffes de familles monoparentales, elles doivent agir devant les besoins de logement constatés.

Les organisations sont des personnes morales soutenues et incarnées par des actions posées par des individus qui y sont associés. Qui compose ces communautés ? À qui incombe cette pression de se dépasser pour prendre soin par de nouveaux moyens ? Un constat évident est que ces démarches sont menées majoritairement par des femmes, et ce, tant dans les organisations mandataires et partenaires. À Montréal et à Toronto, ces processus reposent sur des bénévoles ou des personnes qui vont au-delà de leur mandat professionnel. Elles continuent même de s'impliquer durant un congé de maternité ou malgré un changement d'emploi. Cette propension au dépassement rappelle les points de convergence avec les éthiques du *care* et du don (Gaudet 2015). Les interviews indiquent que la motivation à donner de son temps et son énergie à des projets collectifs est basée sur une profonde sollicitude à l'égard de ces familles mal-logées. Bien que des hommes participent à ces initiatives, ce dépassement individuel est abordé exclusivement par des femmes. Cet engagement apparaît conforme au caractère genré des responsabilités liées au *care*.

La filiation entre le *care* et les femmes n'est pas naturelle, elle relève plutôt des rôles sociaux de genre (Tronto 2013). Plusieurs, dont Cox (2013) et Jupp (2019), soutiennent que la néolibéralisation, qui affaiblit les politiques sociales, tend à repositionner les femmes en tant que responsables du *care* pour les autres. Cette assignation se vit au sein des domiciles et par les emplois à prédominance féminine comme le travail social. Ces situations résonnent avec d'autres recherches qui constatent que les préoccupations liées au *care* motivent l'engagement des femmes dans un contexte de retranchement de l'État (Staheli 2003 ; M. J. Williams 2016). Dans les cas observés, le *care* constitue une éthique qui incite à résister à la néolibéralisation, mais dont le travail demeure ancré dans des rôles sociaux genrés. La persistance des crises du logement alimente une urgence de mettre en place des initiatives concrètes. L'engagement insuffisant des gouvernements à résoudre cette crise par des mesures structurelles accroît le besoin de charité et donc, crée une pression supplémentaire sur ce travail exercé majoritairement par des femmes.

Les inégalités basées sur le genre ne sont pas les seules impliquées dans cette prise en charge communautaire. L'ensemble des organisations n'ont pas la même capacité de se dépasser pour créer du logement avec *care*. Les discours normalisant ou même naturalisant le dépassement requis apparaissent comme étant problématiques. Cette vision néglige la force, l'énergie et les ressources nécessaires pour incarner la figure d'entrepreneur·e social·e qui innove et prend des risques lorsque des fenêtres d'opportunités se présentent. Cette normalisation s'inscrit également en continuité avec les postulats néolibéraux selon lesquels les communautés sont toutes capables de se mobiliser pour répondre aux besoins locaux. Ces discours négligent le pouvoir nécessaire pour soutenir les attitudes et les actions pour développer des initiatives concrètes, par exemple, liées à l'habitation. Comme souligné dans le chapitre 5, de nombreuses organisations se soucient de la pénurie de logements abordables à Montréal, Toronto et Vancouver. Néanmoins, un nombre bien limité parviennent à mettre sur pied des programmes en réponse et surtout de le faire avec *care*. L'éthique du *care* féministe implique d'avoir un regard critique, notamment pour éviter une glorification de ces attitudes et actions. Quelles sont les sources du pouvoir des individus et organisations afin de créer du logement social ? Quelles sont les inégalités par rapport à la capacité d'intégrer une éthique du *care* dans ces processus et ainsi résister à une part du contexte néolibéral ? Comme le souligne la prochaine section, ce pouvoir d'agir n'est pas naturel, mais bien construit.

6.2.2 Le pouvoir d'agir sur le système d'habitation

Sources du pouvoir d'agir avec care

Dans les trois cas, l'engagement à créer du logement social avec les financements publics existants implique pour les organisations un dépassement de leurs mandats et capacités financières. Cette aptitude au dépassement, qui repose sur une certaine prise de risque, provient notamment de leurs réseaux qui offrent, entre autres, des fonds, des connaissances et des opportunités. Ce constat résonne avec les recherches qui indiquent que les réseaux sociaux constituent un facteur favorisant la participation sociale des individus (Gaudet et Turcotte 2013). Dans le cas des organisations, leur réseau renforce leurs capacités à agir sur le système d'habitation. Cette capacité ne réside pas uniquement dans le fait d'avoir des partenaires et collaborations intersectorielles. L'analyse des cas révèle plutôt que l'étendue, la diversité et le pouvoir des réseaux diffèrent selon le niveau d'expérience des organisations

mandataires. Celles qui sont établies depuis plusieurs décennies disposent d'une réputation qui leur procure une reconnaissance comme étant des intervenantes légitimes au sein de leur communauté. Cette expérience et réputation leur permet de développer des relations avec des individus prêts à soutenir la création d'un nouveau programme ou encore des élu·es ou fonctionnaires pouvant ouvrir des opportunités de développement inédites. Ces réseaux sont également composés d'organisations philanthropiques qui complètent, à divers niveaux, les montages financiers nécessaires pour la concrétisation des initiatives imaginées. À Montréal et Toronto, les dons de quelques milliers de dollars sont complémentaires puisqu'ils permettent de couvrir notamment des dépenses non admissibles aux programmes existants (ex. : aménagement du toit vert) et offrir des bourses d'études. À Vancouver, ces dons, qui représentent plusieurs millions de dollars, constituent la majorité du budget pour la construction de la portion résidentielle de l'immeuble. Enfin, les organisations établies depuis plus longtemps comme à Toronto et Vancouver peuvent tirer profit d'infrastructures existantes ou d'activités lucratives développées avec le temps pour mettre sur pied un programme de logements.

À l'opposé, les organisations moins expérimentées ont des réseaux plus restreints. Ceux-ci sont composés de personnes particulièrement investies, de façon bénévole ou en dépassant leur mandat professionnel, pour démarrer ou compléter l'initiative. Ce faisant, davantage de pression repose sur certains individus clés. L'engagement de ces individus peut rapidement être freiné par un épuisement, ce qui est noté par plusieurs personnes liées à MTMC. Somme toute, grâce à l'apport de ces réseaux, ayant des compositions bien différentes selon les cas, les organisations mandataires ne sont stoppées par les impasses des financements publics pour soutenir l'ensemble des dimensions associées à leurs initiatives. Certes, la prise en charge communautaire permet d'intégrer une éthique du *care* dans la création de logements sociaux et ainsi résister à une part de la néolibéralisation. Néanmoins, l'exploration du pouvoir nécessaire met en lumière le caractère construit de cette capacité à agir avec *care*. Ce ne sont pas toutes les communautés qui disposent d'organisations expérimentées ou entourées de personnes prêtes et disponibles à donner de leur temps pour un tel projet. La comparaison des cas souligne que les organisations qui n'ont pas ces atouts sont plus dépendantes des ressources institutionnelles qui sont forgées par les réformes néolibérales. Elles créent, par exemple, des initiatives jugées plus socialement acceptables, et ce, au détriment d'une écoute des besoins exprimés par les bénéficiaires. En effet, les organisations qui disposent d'une expérience plus limitée dans le domaine conçoivent des programmes qui offrent du logement transitoire et

ciblent des familles « méritant » d'accéder à du soutien puisqu'elles ont un désir et potentiel de mobilité sociale.

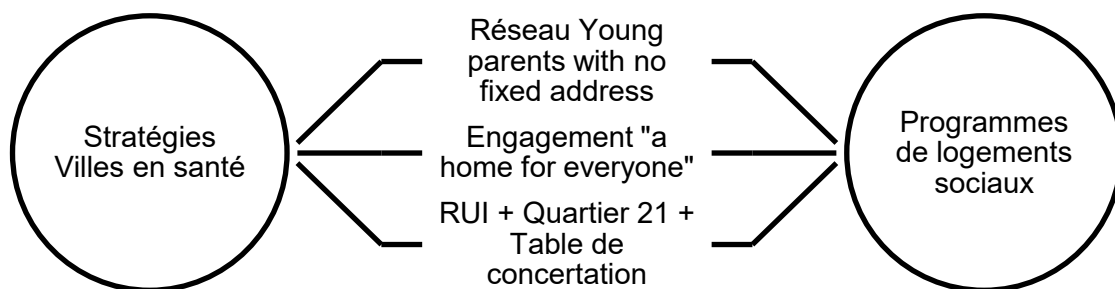
Cette exploration du pouvoir permet de concevoir certains risques. Cette expérience n'est pas équitablement répartie entre et au sein des communautés. Certaines villes et certains quartiers ont peu d'organisations disposant du pouvoir d'agir avec *care* pour combler la pénurie de logements abordables. Comme le souligne Tronto (2013), les logiques de charité pour répondre aux besoins de *care* posent certains problèmes puisque les individus tentent d'orienter leurs contributions financières ou en nature à des causes près de leurs propres intérêts. Cette logique de charité peut laisser de côté de nombreux thèmes et enjeux qui ne suscitent pas la sollicitude des plus privilégié·es. Les organisations qui possèdent les ressources et capacités nécessaires au dépassement n'ont pas des missions qui touchent l'ensemble des populations. À cet effet, le *care* envers les femmes cheffes de familles monoparentales s'inscrit parmi les mouvements de charité maternaliste mis en place au début du 20^e siècle en Occident (Cohen 2012). Cela explique pourquoi plusieurs organisations qui servent ces femmes sont bien établies et surtout en mesure de surmonter les obstacles au développement de logements sociaux. Suivant cette logique, certains groupes pourraient être laissés pour compte, surtout s'il s'agit de populations davantage marginalisées telles que les personnes travailleuses du sexe, vivant avec le VIH/SIDA, consommatrices de drogues ou ayant des démêlés avec la justice.

La dévolution des responsabilités pour le logement social ne peut être jugée comme foncièrement néolibérale. D'abord, la prise en charge communautaire permet d'intégrer une éthique du *care* et ainsi d'emprunter des voies alternatives qui suscitent la création de programmes qui résistent à certaines réformes, normes et attentes néolibérales. Toutefois, cet engagement des communautés motivé par le *care* tend à se conformer avec l'irresponsabilité des privilégiés, notamment en maintenant le caractère genré de ces responsabilités et en adoptant une logique similaire à la charité. De plus, lorsque l'on déconstruit le pouvoir requis pour créer du logement social avec *care*, il apparaît que ces processus reposent en réalité sur la mobilisation de femmes et d'organisations plus expérimentées. Comme cette résistance par le *care* n'est pas possible pour l'ensemble des communautés, cela pose le risque d'approfondir les inégalités. Devant cette dérive potentielle, il semble impératif de dégager des voies pour renforcer les capacités des communautés à agir avec *care* sur leur milieu de vie. La prochaine section explore le potentiel des moyens associés au mouvement des Villes en santé.

Rôle du mouvement des Villes en santé pour renforcer les capacités des communautés

Le chapitre 3 souligne que les liens entre le mouvement des Villes en santé et la création des programmes de logement sont globalement ténus. Dans le cadre de cette recherche, l'influence du mouvement est appréhendée à partir des quatre piliers de la gouvernance attendue (Hancock 2009) : l'engagement politique pour la promotion de la santé, l'intégration de la santé dans les politiques publiques, le développement de partenariats intersectoriels et la mobilisation communautaire. Ces piliers, qui participent du cadre opératoire du troisième objectif, n'ont pas été particulièrement porteurs dans les entrevues pour lier les initiatives de logement aux stratégies municipales. Les réponses aux questions sur ces piliers ont amené les interviewé·es à discuter et à approfondir la gouvernance établie pour la création des logements. Néanmoins, l'expression ville, métropole, quartier, communauté en santé a été ciblée dans la documentation liées à des programmes, plans d'action et politiques municipales (Ville de Montréal 2006 ; City of Vancouver 2015 ; TPH 2011 ; Ville de Montréal 2015 ; Initiative montréalaise de soutien au développement social local 2006 ; City of Vancouver 2017 ; TPH 2014 ; Montréal métropole en santé 2017).

Très clairement, les engagements à faire de Montréal, Toronto et Vancouver des Villes en santé ne poussent pas directement les communautés à s'investir dans une initiative de logement. Certains moyens associés offrent quelques leviers aux organisations mandataires (figure 6.8). Il est important de préciser qu'aucun·e interviewé·e n'associe ces moyens aux stratégies de leur municipalité pour développer une Ville en santé. C'est seulement lorsque les entrevues ont été complétées avec l'analyse documentaire qu'il a été possible de les lier. Tout de même, les personnes interrogées identifient le rôle (parfois essentiel) de moyens associés de près ou de loin au mouvement des Villes en santé pour créer les programmes de logements sociaux.



Source : Autrice

Figure 6.8 Liens entre des moyens associés aux stratégies Villes en santé et les cas à l'étude

À Montréal, les démarches associées à la revitalisation urbaine intégrée dans le secteur Laurentien-Grenet permettent de sensibiliser des intervenant·es aux besoins de logement et aux réalités des femmes monoparentales qui avaient alors peu recours aux ressources locales. Cette démarche menée par la table de quartier motive également la fondation d'un nouvel OBNL d'habitation avec le soutien de partenaires locaux issus de divers secteurs. MTMC développe ensuite un complexe comprenant du logement social pour ces familles tout en y intégrant des besoins du quartier. L'aménagement de la terrasse et de la ruelle verte adjacente imaginée dans le cadre du projet voit le jour grâce à la démarche associée au programme Quartier 21 et à la Table de concertation de quartier. Ce sont par ailleurs deux programmes associés, entre autres, au mouvement des Villes en santé tout comme le soutien aux tables de concertation de quartier. À Toronto, les activités du réseau YPNFA permettent de faire circuler des informations au sujet des lacunes du soutien offert aux jeunes qui quittent les services sociaux. Ce contexte alimente le désir, les réflexions et la mobilisation du Massey Centre à établir un nouveau programme résidentiel pour soutenir la réalisation d'études postsecondaires. De plus, l'élaboration et la mise en œuvre de leur programme sont facilitées par les conseils des membres de ce réseau établi alors que le bureau Villes en santé soutenait le travail intersectoriel à Toronto. Enfin, l'engagement de Vancouver à améliorer l'offre de logements abordables et mettre fin à l'itinérance chronique ouvre d'une certaine façon un partenariat intersectoriel inattendu : habitation et bibliothèque. Cette opportunité permet au YWCA de se mobiliser avec son réseau de partenaires pour élargir leur offre de logements sociaux et ainsi mieux répondre aux besoins constatés sur le terrain.

Dans les trois cas, des moyens associés aux stratégies pour développer des *Villes en santé* soutiennent, en partie, la création ou la consolidation de réseaux d'individus et d'organisations voulant contribuer à combler le déficit de logements abordables pour ces familles. Ces moyens favorisent la mobilisation d'intervenant·es provenant du secteur communautaire, public et privé, mais également de divers domaines d'activité (ex. : logement, condition féminine, famille, environnement, protection de l'enfant, sécurité publique). Ceux-ci se rassemblent autour de projets communs impliquant en totalité ou en partie du logement social pour les femmes cheffes de familles monoparentales. Avec l'aide de ces coalitions, les organisations mandataires constatent les besoins, s'engagent à y répondre et déploient une intervention en matière de logement avec *care*. En effet, des moyens associés aux stratégies pour faire de Montréal et Toronto des Villes en santé permettent à des intervenant·es de reconnaître que la pénurie de logements abordables constitue un des facteurs contribuant à certaines difficultés éprouvées

par les femmes cheffes de familles monoparentales. Ces moyens mettent également en lumière le manque de ressources, pour adéquatement soutenir et répondre aux besoins de ces dernières. Ces communautés saisissent alors l'urgence de renforcer leurs capacités de *care* envers ces dernières.

Les moyens associés aux Villes en santé contribuent surtout à former des coalitions d'individus et d'organisations locales prêtes à se mobiliser pour y répondre. Cela permet d'impliquer certains individus et organisations privilégiées dans un processus collectif pour ensemble prendre soin par la création de logements sociaux. Ceux-ci offrent divers leviers qui permettent aux organisations mandataires de mettre sur pied leurs programmes de logements qui visent à promouvoir le bien-être et la sécurité de ces familles dont les besoins sont souvent négligés, mais surtout mal répondus par le marché immobilier. Le *care* n'est pas une nouvelle perspective insufflée par les moyens associés au mouvement des Villes en santé. Ces organisations s'efforcent au quotidien de comprendre et de répondre aux besoins de ces femmes et familles en vertu de leur mission, de leurs expériences et leurs services existants. Comme souligné dans le chapitre 5, les programmes de logements sont vus comme des moyens pour renforcer les capacités de *care* des ménages et des organisations envers ces dernières. Ces initiatives leur permettent de « prendre soin avec » (*caring with*) les programmes de logements. En effet, les organisations offrent à ces femmes de nouveaux lieux (logements, salle communautaire, terrasse, etc.) pour recevoir du soutien et prendre soin d'elles et de leurs familles. Les programmes donnent accès à du soutien sur une base quotidienne et à plus long terme que les services ponctuels ou les hébergements courte durée qui leur étaient offerts. Enfin, l'accès à un logement adéquat sur le plan de la taille, de la sécurité, de la salubrité et de l'abordabilité permet de quitter un contexte de précarité et de rétablir un climat favorable au *care* sein des familles.

Les moyens associés aux Villes en santé permettent également d'engager un ensemble d'organisations et d'individus plus privilégiés dans ce *care*. Cet engagement rompt dans une certaine mesure avec l'irresponsabilité des privilégié-es liée à l'exemption basée sur la charité (Toronto 2013). En effet, ils et elles ne donnent pas uniquement à des œuvres caritatives qui assument les responsabilités de *care*. Il y a plutôt un engagement de leur part dans des processus de co-construction avec les organisations mandataires. De cette façon, un nombre plus large d'intervenant-es, issu-es du secteur communautaire, public et privé, se voient impliqué-es dans des réflexions collectives sur les interventions pour combler les déficits de *care*. Ainsi, les moyens associés au mouvement des Villes en santé transforment, dans une

certaine mesure, la tendance à la privatisation des responsabilités relatives au *care*. Ces moyens semblent également empêcher les interviewé·es d'envisager leurs initiatives comme de simples actes de charité privés pour répondre aux besoins de logement des femmes cheffes de familles monoparentales. Ces interventions menées par les communautés s'inscrivent plutôt en continuité avec les efforts liés à la revitalisation, au système de protection de l'enfance et à la crise du logement. Leurs initiatives de logement sont envisagées comme une contribution communautaire pour répondre aux besoins de ces familles dans le cadre d'efforts collectifs qui, en principe, participent du développement de Villes en santé. La troisième section poursuit la discussion sur les liens entre les initiatives de logements sociaux et les Villes en santé.

6.3 Perspectives critiques sur le mouvement des Villes en santé

Le développement de Villes en santé est un processus continu qui repose sur une série de changements touchant l'ensemble des déterminants sociaux de la santé. En principe, ces actions ne devraient pas uniquement être insufflées par les gouvernements locaux, mais plutôt par des coalitions politiques qui partagent des idées et des intérêts concernant le développement d'une Ville en santé. À travers ces coalitions, des intervenant·es du domaine public, communautaire et privé issus de divers secteurs d'activités peuvent participer à la formulation et la réalisation d'interventions pertinentes et adaptées pour répondre aux besoins locaux. Cette section interroge de façon critique deux facettes de la mise en œuvre de ce mouvement. Il est question de la participation de la communauté et de la contribution des actions touchant au développement des Villes en santé.

6.3.1 La participation des communautés

Comme bien d'autres le notent, le rôle et l'engagement des communautés au sein du mouvement varient grandement entre les municipalités et à travers le temps. Malgré ces différences, il est possible de dégager des points de convergence concernant la participation des intervenant·es communautaires dans des initiatives touchant le logement dans les trois villes étudiées.

Implication dans la mise en œuvre

À Toronto, dans les années 1990, la participation des communautés était au cœur de leur approche axée sur l'appui de l'action communautaire, des partenariats et collaborations intersectorielles et du développement de politiques favorables à la santé. L'approche en vigueur à Toronto lors de la création du programme étudié est plutôt centrée sur le département de santé publique et plus précisément de la Direction des politiques publiques favorables à la santé. Cette orientation autour de l'intégration de la santé dans l'action publique n'accorde pas nécessairement de place à la participation des communautés dans la construction des politiques. Celles-ci sont principalement interpellées dans les secteurs d'activités qui reposent sur une co-production de l'action publique, par exemple, lorsqu'il est question de logements sociaux. Ainsi, la participation des intervenant·es communautaires est limitée à la mise en œuvre des interventions pour faire de Toronto une Ville en santé. Sans étonnement, les interviewées liées au cas du Massey Centre n'indiquent aucunement percevoir leur initiative comme une contribution aux objectifs municipaux de promotion de la santé.

À Vancouver, la participation se réalise d'abord par des dispositifs pour co-construire la stratégie municipale et les actions associées touchant les déterminants sociaux de la santé. Ainsi, certain·es intervenant·es du milieu de l'habitation sont invité·es à collaborer lors de l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et la mise à jour de la stratégie, notamment par la Healthy City for All Leadership Table. Le YWCA prend part à cet espace visant à ce que l'ensemble des partenaires développe et adhère à une vision commune pour faire de Vancouver une Ville en santé. Néanmoins, cette participation est insuffisante pour que cette perspective se reflète dans les interventions de l'organisation mandataire. En effet, aucun·e interviewé·e n'indique que leur projet de logement contribue à atteindre les cibles de la stratégie municipale ou encore à faire de Vancouver une Ville en santé. La personne qui siégeait à cette table n'était plus en poste au moment des entrevues et je n'ai pas été en mesure de l'interviewer.

L'approche montréalaise repose essentiellement sur la participation de la communauté. La filiation au mouvement des Villes en santé est inscrite dans le plan d'urbanisme, mais surtout dans divers programmes et accords de financement qui visent à renforcer les capacités des communautés à répondre aux besoins et enjeux locaux. Certains de ces moyens sont construits et actualisés avec la participation d'intervenant·es communautaires. Néanmoins, la santé est souvent secondaire au sein de ces programmes. Ils visent des thèmes plus précis concernant quelques déterminants sociaux de la santé, par exemple, la lutte à la pauvreté et l'exclusion

sociale, favoriser l'adoption de saines habitudes de vie ou le développement durable. Ainsi, les initiatives qui découlent de ces démarches ne sont pas perçues par les intervenant·es communautaires comme des contributions pour une ville ou un quartier en santé.

Ces trois cas représentent des modalités de participation différentes, mais qui se rejoignent autour de deux tendances. Dans deux des villes, les politiques et programmes, qui font référence aux Villes en santé, sont élaborés ou mis à jour avec la participation de représentant·es de la communauté. Dans les trois cas, la participation s'inscrit surtout dans la mise en œuvre. Les intervenant·es communautaires sont responsables d'établir des actions concrètes touchant les déterminants de la santé dont le logement social fait partie. En principe, les trois programmes étudiés participent à faire de Montréal, Toronto et Vancouver des Villes en santé. Comme décrit dans le chapitre 3, les stratégies Villes en santé ne soulèvent pas directement les obstacles au développement. Les ressources publiques demeurent relativement les mêmes qu'à l'habitude. Vancouver pourrait constituer une exception puisque leur stratégie municipale est l'un des facteurs qui incitent la Ville à offrir l'espace au-dessus de la bibliothèque au YWCA. Cette offre n'est pas une idée du gouvernement local, mais bien une revendication provenant de militant·es. Ce n'est qu'à la suite de ces pressions citoyennes que la Ville considère inclure du logement social dans le projet de la bibliothèque. D'ailleurs, cette offre d'espace ne s'accompagne pas de ressources pour la construction, étant donné que l'organisation doit réaliser sa propre campagne de financement. Surtout, cet engagement de la municipalité est associé chez les interviewé·es et dans les médias à la *Stratégie pour le logement et la lutte contre l'itinérance (2012-2021)* et non à celle pour développer une Ville en santé (qui essentiellement réitère les cibles et moyens pour lutter contre l'itinérance et améliorer l'offre de logements abordables).

Cette absence de nouveaux moyens découlant directement des stratégies municipales pour soutenir la création de complexes de logements sociaux souligne une importante tendance. La participation attendue des communautés s'inscrit en continuité avec les processus de néolibéralisation qui délèguent des responsabilités publiques sans offrir des ressources suffisantes pour les réaliser. Celles-ci sont vues comme capables de s'appuyer sur les ressources publiques insuffisantes pour créer des logements sociaux et ainsi répondre aux besoins locaux. Sans nouvelles ressources, il est attendu que les communautés se dépassent pour élargir leurs mandats, comblent leur montage financier et surmontent les nombreux obstacles au développement. Comme souligné précédemment, cette prise en charge communautaire permet toutefois d'intégrer des éthiques du *care*. Ces éthiques poussent les

communautés à surmonter certains obstacles et à diverger des orientations néolibérales. Cependant, la possibilité de mettre en pratique ces éthiques n'est pas possible pour toutes les organisations. Cela signifie que participer au développement de Villes en santé n'est pas à la portée de tous et toutes.

De nombreux intervenant·es à Montréal, Toronto et Vancouver reconnaissent les besoins d'un ensemble de populations mal-logées et ressentent l'urgence d'agir pour y répondre. Peu d'organisations arrivent à concrétiser leurs intentions. Les trois programmes étudiés représentent des exceptions où les communautés y parviennent, notamment en dépassant leurs mandats et capacités financières. Certes, quelques moyens liés aux stratégies municipales stimulent le développement de coalitions pour mener ces initiatives et donc faciliter le dépassement. Néanmoins, l'approche des courants multiples souligne le caractère contingent et même aléatoire des processus associés à la création des programmes de logements sociaux étudiés. Ceux-ci sont loin de s'inscrire dans un effort conscient pour développer une Ville en santé. Les appuis des moyens associés au mouvement ne suscitent pas l'intégration du thème de la santé dans les intérêts qui mobilisent les partenaires ou les idées qui organisent ces projets collectifs. Ces initiatives locales contribuent tout de même aux efforts prévus dans les stratégies municipales. Pour ainsi dire, la mise en œuvre des actions associées au développement des Villes en santé s'appuie sur les intervenant·es communautaires guidé·es par le *care*. Ces constats constituent un nouveau point de départ pour poursuivre la lecture critique de la participation.

Participation inconsciente aux Villes en santé

Dans les trois cas, la santé n'est pas utilisée pour penser, orienter ou justifier les trois programmes ou encore susciter la mobilisation et l'engagement des partenaires. Les communautés articulent plutôt leurs démarches autour de la réponse à des besoins émergents ou qui peinent à être répondus. Le complexe construit pour *Grandir jusqu'au toit!* est vu comme un projet collectif pour répondre aux besoins de familles dans le cadre de la revitalisation du secteur. Le programme résidentiel *New Lives Start Here* est envisagé en tant que contribution pour soutenir les personnes qui quittent les services sociaux et plus généralement les jeunes parents en situation ou à risque d'itinérance. Améliorer l'offre de services et de logements abordables pour les femmes cheffes de familles monoparentales à faible revenu est la perception partagée chez les interviewé·es lié·es à la *Cause We Care House*. Contribuer aux

efforts de promotion de la santé ne se retrouve pas dans les discours ou dans les écrits associés aux initiatives. En fait, la plupart des personnes interviewé·es ne connaissent pas ce mouvement ou même les engagements municipaux en ce sens. Cette méconnaissance peut sembler contradictoire puisque la plupart des politiques, plans d'action et programmes qui s'associent aux Villes en santé sont élaborés avec la participation d'intervenant·es communautaires. Toutefois, la « communauté » qui participe à l'élaboration des programmes et politiques n'est pas la même que celle qui réalise les interventions concrètes comme celles liées au logement social.

La discontinuité dans la participation et l'absence du thème de la santé chez les organisations qui réalisent une part de la mise en œuvre des stratégies municipales révèlent un important écueil. Les intervenant·es communautaires sont loin de faire partie de coalitions politiques partageant des objectifs et analyses communes pour des Villes en santé. Comme les initiatives portées par les communautés n'adhèrent pas consciemment à ce mouvement, elles ne peuvent réellement s'inscrire dans une logique de co-construction ou même de co-production des Villes en santé. Le chapitre 5 souligne que les personnes interviewées envisagent de co-produire l'action publique en impliquant des intervenant·es publics, communautaires et privés. Néanmoins, la finalité n'est pas une Ville en santé. Cette dynamique fait en sorte que les programmes de logements ne constituent pas une réponse intentionnelle aux enjeux de santé ou même une contribution à un effort collectif pour une Ville en santé. Conséquemment, ces initiatives communautaires peuvent être récupérées ou instrumentalisées par les municipalités, par exemple, lorsque celles-ci dressent le bilan des actions menées pour démontrer l'atteinte des cibles ou objectifs fixés comme à Vancouver.

En explorant la place du logement social au sein du mouvement des Villes en santé, cette thèse soulève d'importants écueils. Ces constats s'inscrivent en continuité avec ceux des critiques du virage participatif qui dénoncent la participation parcellaire des communautés qui se résume à la mise en œuvre des politiques (Godbout 1983 ; Raibaud 2015 ; Imrie 2013). Ces logiques empêchent la tenue de débats de fond sur les enjeux, la démarche ou encore la définition des problèmes publics (Beebeejaun et Grimshaw 2011). Bien que les communautés soient au cœur de l'élaboration des interventions locales, elles ne sont pas impliquées de façon continue dans les réflexions sur les stratégies à l'échelle municipale. Les cas sont donc loin d'une logique de co-construction ou même de co-production démocratique (Vaillancourt et al. 2016). En effet, ceux et celles qui s'investissent pour créer du logement social ne sont pas pleinement partie prenante des processus décisionnels liés au développement des Villes en santé. Il n'est donc

pas étonnant que les partenaires interviewés ne partagent pas la vision du rôle du logement social pour la promotion de la santé décrite dans les stratégies municipales.

6.3.2 Le logement et la promotion de la santé

En dépit de cette déconnexion avec le mouvement des Villes en santé, les personnes interviewées reconnaissent tout de même le potentiel des programmes de logement pour la santé. Ces retombées et impacts sont secondaires, voire non intentionnels. Outre les interviewé·es associé·es à la santé publique, la plupart n'ont pas l'habitude de penser la santé dans leurs activités professionnelles, surtout celles et ceux issu·es du milieu de l'habitation. Plusieurs ont même hésité à se prononcer sur les retombées des initiatives de logement pour la santé. Ils et elles considèrent que cela relève de connaissances générales concernant les déterminants sociaux de la santé ou encore de spéculation compte tenu de l'absence de données probantes liées aux impacts des programmes. Cette observation est cohérente avec ce que d'autres constatent. Bien que le logement soit reconnu comme un important déterminant de la santé à travers la recherche, les intervenant·es peinent à traduire ou intégrer ces connaissances en interventions concrètes (Dalton 2009 ; Doyle, Burnside et Scott 1996).

Visions divergentes du potentiel du logement social

Le cadre opératoire associé au quatrième objectif lié à la contribution des nouveaux programmes de logement aux Villes en santé est structuré, d'une part, autour de trois focales pour la promotion de la santé (enjeux, milieux de vie et populations) (Frohlich, Poland et Shareck 2012). L'objectif est organisé, d'autre part, avec les sept dimensions du logement qui creusent généralement les inégalités de santé (risques physiques, conception physique des logements, dimensions psychologiques, dimensions sociales, dimensions politiques, dimensions financières et de la localisation) (Dunn et al. 2004). Ce cadre opératoire est utilisé dans la collecte et l'analyse des données. Comme les interviewé·es sont peu habitué·es à se prononcer sur le sujet, ces focales et dimensions ont ouvert ou encore relancé la discussion sur les retombées des initiatives. Sur le plan de l'analyse, ces éléments facilitent la mise en évidence du décalage de vision entre les stratégies municipales et les intervenant·es sur le terrain.

Le chapitre 3 souligne que les programmes sont envisagés par les interviewé·es comme des moyens pour transformer la situation résidentielle, favoriser une prise en main de la santé et développer l'autonomie des familles. Ces effets induits par les logements ainsi que les espaces partagés et divers services et activités constituent des leviers pour structurellement promouvoir la santé des mères et de leurs enfants qui y résident. Certaines personnes interviewées associées aux cas à Montréal et Vancouver notent également des retombées pour le territoire. Ces projets impliquent une nouvelle construction ou d'importants travaux de rénovation. Conséquemment, ces immeubles qui logent les programmes de logements sont perçus comme une contribution aux efforts de revitalisation, ce qui agit sur certains déterminants sociaux de la santé. Ces retombées envisagées par les intervenant·es sur le terrain sont bien moins ambitieuses que celles prévues par les stratégies municipales. Elles ont surtout des focales différentes. L'analyse des documents associés aux stratégies municipales souligne que l'amélioration de l'offre de logements sociaux est perçue comme un instrument pour remédier aux enjeux grands qui creusent les inégalités de santé (ex. : itinérance, crise du logement et défavorisation) et pour créer des milieux de vie favorables à la santé. Du côté des interviews, les retombées sont plutôt axées sur une population bien précise, à savoir les quelques ménages qui y habitent. Ce décalage met en doute encore une fois la possibilité de considérer que les communautés participent au vaste projet de développer des Villes en santé en raison de l'absence de vision partagée quant au potentiel du logement social.

Néanmoins, le chapitre 5 souligne que les interviewé·es sont relativement en accord avec les finalités des stratégies municipales. Ils et elles reconnaissent que la création des programmes de logements est une contribution communautaire pour résoudre des problèmes publics locaux. En effet, l'initiative à Montréal vise à répondre aux besoins des femmes cheffes de familles monoparentales dans le cadre d'efforts collectifs pour la revitalisation. À Toronto, leur programme vise à mieux soutenir les jeunes mères dans la poursuite d'études postsecondaires pour mieux appuyer les jeunes qui quittent le système de protection de l'enfance, notamment afin de lutter contre leur itinérance. Le projet à Vancouver vise à améliorer l'offre de logements abordables pour résoudre la crise. À la différence des stratégies municipales, ces enjeux ne sont pas envisagés sous l'angle de la santé. De plus, les interviewé·es, associé·es ou non aux cas, tendent à minimiser l'influence réelle des programmes de logements sociaux concernant ces problèmes publics qui touchent une échelle plus vaste. Le chapitre 4 indique que les initiatives établies correspondent aux besoins et réalités d'une partie des familles monoparentales compte tenu du profil des locataires potentielles. De plus, ces programmes

n'ajoutent que quelques dizaines d'unités dans un système d'habitation qui demeure en crise. Plusieurs interviewé-es insistent donc sur l'importance de poursuivre l'amélioration de l'offre de logements sociaux comprenant un degré divers de soutien, et ce, uniquement pour répondre aux besoins variés des femmes cheffes de familles monoparentales.

Il manque actuellement de fonds publics pour de tels développements. Les engagements municipaux pour les Villes en santé ne fournissent pas de nouveaux moyens financiers et ne facilitent pas les processus pour la création de complexes de logements sociaux. En d'autres termes, les ressources disponibles demeurent insuffisantes pour que les communautés puissent pleinement co-produire l'action publique pour combler la pénurie de logements abordables qui affecte notamment ces familles. Plusieurs insistent également sur l'importance des changements politiques structurels pour résoudre la crise du logement (ex. : contrôle des loyers et lutte à la spéculation foncière) et mieux soutenir ces familles (ex. : accès à des services de garde subventionnés ou l'amélioration des prestations d'aide sociale). Ces changements, qui souvent impliquent d'autres paliers de gouvernements, se font attendre. Conséquemment, ces programmes isolés sont vus comme insuffisants pour réellement résoudre les problèmes publics auxquels les stratégies municipales souhaitent remédier. Cette recherche souligne donc que les intervenant-es associé-es aux cas contestent le rôle accordé à leurs initiatives au sein des efforts pour créer des Villes en santé.

Les villes en santé comme levier pour agir sur le logement ?

Cette thèse poursuit l'ambition de soulever des voies pour améliorer l'offre de logements sociaux pour les femmes cheffes de familles monoparentales. Le mouvement des Villes en santé, qui retourne aux origines de la santé publique, est envisagé comme un levier potentiel pour surmonter certains obstacles liés au contexte néolibéral qui freine et oriente le développement de logements sociaux. Le logement a constitué, à travers le temps, un important champ d'action en santé publique pour les municipalités. Agir sur les conditions d'habitation afin de réduire les risques associés à la contagion figure parmi les premières actions posées par les gouvernements locaux pour assurer la santé publique, dont dans les trois villes à l'étude (Masuda et Collective 2021 ; Racette 2020 ; Hancock 2017). Dans les dernières décennies, le logement est reconnu comme un déterminant social ainsi qu'une échelle prometteuse pour promouvoir la santé en agissant sur le milieu de vie lui-même ou encore les populations qui y résident. Conséquemment, les actions touchant à l'habitation sont essentielles pour le

développement de Villes en santé puisqu'elles permettent d'assurer des environnements physiques sains, sûrs et de qualité, ce qui constitue la première caractéristique pour adhérer à ce mouvement mondial (Hancock 2017). Ces engagements sont l'une des raisons pour lesquelles ce mouvement est prometteur pour soutenir l'amélioration de l'offre de logements sociaux.

Au moment d'entamer cette recherche, la Charte d'Ottawa, qui a amorcé le virage vers la promotion de la santé, fêtait ses 30 ans. Montréal accueillait le 12^e Colloque international des villes et villages en santé et le maire de l'époque en était le co-président. Cet événement a donné lieu à l'adoption de La déclaration de Montréal « Agir ensemble » (RQVVS 2016). Par cette déclaration, les villes, villages et communautés en santé de la francophonie réaffirment leur engagement à s'appuyer sur leurs compétences et ressources pour intervenir sur les déterminants de la santé. Le propos insiste surtout sur le fait que le milieu municipal travaille conjointement avec la santé publique, le secteur communautaire et de la recherche pour assurer la santé des populations actuelles et futures. De plus, la Ville de Vancouver publiait la seconde phase de sa stratégie Ville en santé (City of Vancouver 2015). À Toronto, le département de santé publique adoptait un nouveau plan stratégique intitulé *A Healthy City for all* (2014). De plus, sa Direction des politiques favorables avait publié un rapport portant spécifiquement sur le logement (TPH 2016). Ce mouvement semblait encore bien actif et inciter les municipalités à soutenir la venue d'interventions liées à l'habitation.

Cependant, cette recherche souligne que ce type d'engagements politiques ont des impacts bien limités sur le contexte lié à la création de logements sociaux. Certes, certains moyens associés soutiennent l'établissement de coalitions pour mener ces initiatives. Toutefois, les programmes, politiques et plans d'action font souvent référence ponctuellement au mouvement mondial ou à l'idée de faire de Montréal, Toronto et Vancouver des Villes en santé. Ces mentions sont faites, par exemple, en guise de contexte historique et politique. Ces références sont donc loin de mener à une intégration transversale qui influencerait l'action sur le terrain. Vancouver pourrait constituer une exception avec sa stratégie centrée sur l'idée de promouvoir la santé de la population par une pluralité d'interventions à l'échelle locale, notamment en intégrant un ensemble de politiques et plan d'action municipaux qui touchent les déterminants sociaux de la santé (City of Vancouver 2015, 2014). Cette stratégie publiée en 2014 ne fait que réitérer certaines cibles fixées dans le cadre du plan d'action sur le logement et l'itinérance élaboré en 2012. Le plan d'action subséquent en habitation mentionne son alignement sur les grandes stratégies municipales intersectorielles, dont celle pour devenir une Ville en santé.

Malgré ces efforts d'intégration sur papier, les interviewé·es n'associent l'engagement de la municipalité en matière de logements sociaux à la stratégie Ville en santé. Il semble que la filiation à l'idée et au mouvement mondial qui s'inscrit dans des politiques et des déclarations publiques s'efface au moment de la mise en œuvre d'actions concrètes par les communautés. Ce constat rejoint d'autres recherches, qui notent depuis plusieurs années que le mouvement des Villes en santé s'opère principalement dans l'appareil municipal (Baum 1993) et exerce une faible influence sur les processus décisionnels sur le terrain (McMullan 2002).

De plus, le mouvement semble perdre en importance au Canada. Le premier signe concerne les réseaux provinciaux qui sont, en principe, des espaces de réseautage pour favoriser la vitalité du mouvement. En 2019, le Réseau québécois de Villes et Villages en santé fusionne avec le Carrefour action municipale et famille afin de former l'Espace MUNI. Ce nouvel organisme accompagne les municipalités dans des démarches pour « améliorer la santé globale et la qualité de vie des citoyennes et des citoyens dans une perspective de développement des communautés » (Espace MUNI 2021). La santé demeure dans la mission ; toutefois, les liens s'estompent puisque le nouvel organisme fait la promotion de plusieurs autres mouvements thématiques axés, par exemple, sur les familles, les enfants, les aîné·es et l'accès inclusif. L'un des programmes de cette nouvelle organisation est intitulé Communautés en santé. Quelques mois plus tard en 2019, la Coalition des communautés en santé de l'Ontario cesse ses activités, notamment en raison de difficultés financières. Leur rapport sur leur legs indique que leur « mandat initial, qui est d'éduquer les municipalités sur les communautés en santé, a été largement accompli, et qu'il était temps de dissoudre l'organisation » (traduction libre, OHCC 2019, 4). Les individus associés à cette coalition expriment leur conviction que ce mouvement continuera par le biais des nombreuses personnes et organisations qui se sont approprié l'approche au fil des années.

Cet essoufflement est également constaté chez les municipalités. Il semble qu'agir pour développer des Villes en santé ne soit plus explicitement au cœur des priorités de ces trois municipalités. À Montréal, les références au mouvement sont de moins en moins fréquentes dans les documents associés aux programmes qui soutiennent le développement local et communautaire. Certains moyens associés aux Villes en santé prennent fin, notamment les programmes de revitalisation urbaine intégrée et Quartier 21. La seule initiative qui demeure associée plus explicitement est *Montréal, métropole en santé*. Ce plan d'action de la Table intersectorielle régionale en saines habitudes de vie de Montréal rassemble plus d'une centaine de partenaires autour de deux thèmes : Montréal physiquement active et le Système alimentaire

montréalais. Toutefois, ce plan d'action n'explique aucune filiation avec le mouvement mondial et les actions qui en découlent sont axées sur un nombre bien limité de déterminants sociaux de la santé qui, par ailleurs, excluent l'habitation. À Vancouver, la *Healthy City for All : Healthy City Strategy 2014-2025* ne fait pas l'objet de suivi et de mises à jour depuis l'arrivée d'un nouveau maire en 2018. Le dernier plan d'action adopté en 2015 est tombé à échéance en 2018. En 2021, la Ville publie un tableau de bord interactif permettant de suivre l'évolution d'une série d'indicateurs liés aux déterminants sociaux de la santé. Cette initiative est issue d'un partenariat soutenu par la Fondation Bloomberg. Du côté de Toronto, la Direction des politiques publiques favorables à la santé n'a effectué aucune nouvelle publication depuis l'automne 2019. De plus, la filiation avec le mouvement mondial est disparue des documents. Faire de Toronto une Ville en santé semble être davantage devenu un slogan employé par les pouvoirs publics qu'une approche misant sur la participation d'un ensemble de partenaires interpellés par la santé.

En dépit de ces tendances, le logement est généralement reconnu comme un déterminant social de la santé par les municipalités. Cette reconnaissance va, par exemple, appuyer la légitimité des interventions visant à résoudre la crise du logement qui perdure dans ces villes. Cette reconnaissance est, par exemple, inscrite dans le nouveau plan d'action de Toronto en matière d'habitation (City of Toronto 2019). Ce plan d'action est d'ailleurs adopté quelques jours avant que l'OMS soit alertée de l'existence du virus qui, quelques semaines plus tard, devient une pandémie mondiale. Penser la santé publique à l'échelle urbaine pour répondre aux enjeux locaux et globaux fait brutalement surface. La prochaine section souligne que lutter contre les inégalités de santé, dont celles creusées avec la crise sanitaire, implique d'aller au-delà des visions dominantes du logement. Ces visions ne reconnaissent pas pleinement la complexité et le potentiel du logement comme un déterminant social de la santé²³.

²³ La prochaine section correspond à des sections de l'article « L'intersectionnalité et l'éthique du *care* pour approfondir le rôle du logement en santé publique » publié en mars 2019 dans la revue *Éthique Publique* dans le cadre du numéro spécial « les défis éthiques des déterminants de la santé ». Cet article rédigé avant la collecte de données afin de situer le rôle potentiel du logement pour créer des Ville en santé. Il s'agit d'une réflexion théorique sur les angles morts du logement comme déterminant de la santé qui est généralement envisagé en santé publique par ses risques ou en guise de lieu pour intervenir auprès des populations vulnérables. Les éthiques du *care* et une approche intersectionnelle sont mobilisées afin démontrer que le logement est autant une force active qui alimente les inégalités de santé qu'un moyen de lutte efficace contre ces dernières. Cette réflexion théorique est actualisée par des exemples liés à la pandémie mondiale et des mesures sanitaires associées. Cet article est par ailleurs présenté à l'annexe 1.

6.4 Mettre le care, le pouvoir et le logement au cœur des réflexions pour l'avenir des villes en santé

La pandémie mondiale de COVID-19 force un retour de la santé au cœur des préoccupations de l'ensemble des gouvernements. Ces actions sont loin du virage vers la promotion de la santé qui vise à agir en amont sur un ensemble des déterminants sociaux pour assurer un bon état de bien-être physique, mental et social des individus et des collectivités. Par opposition, les interventions sont réactives à une crise sanitaire. Dans l'urgence, la santé prend un sens bien plus étroit, à savoir l'absence du virus. Les efforts sont centrés sur un nombre limité de déterminants sociaux de la santé, de relations de *care* et de milieux. L'attention est dirigée vers les soins exercés par des professionnel·les de la santé vers des bénéficiaires vulnérables, notamment au sein d'hôpitaux, cliniques, centre de soins de longue durée et centres de vaccination. Les gouvernements déploient des milliers de mesures non pharmaceutiques. Contrairement à l'habitude, le logement est au centre de ces actions pour la santé publique puisque le confinement est la mesure la plus fréquemment utilisée (Suryanarayanan et al. 2021). Dans cet ordre de rester à la maison, le logement constitue un lieu qui permet essentiellement de se confiner pour éviter l'exposition aux risques et ainsi contribuer à la lutte contre la propagation du virus. Cette utilisation du logement n'est pas si différente des visions dominantes en santé publique. En s'appuyant sur les éthiques du *care* et une approche intersectionnelle, les prochains paragraphes suggèrent des orientations pour élargir la conception de ce déterminant de la santé. Ces perspectives permettent ensuite de penser à des orientations pour remédier aux inégalités intensifiées avec la pandémie.

6.4.1 Élargir les visions dominantes du logement en santé publique

Reconnaitre les liens avec le care et le pouvoir

Les recherches et interventions en santé publique adhèrent à deux principales visions du rôle du logement pour les populations vulnérables. Depuis l'émergence de la santé publique, le logement est vu comme un lieu comportant des risques pour la santé, notamment la propagation de maladies infectieuses (Dunn et al. 2004 ; Shaw 2004 ; Corburn 2009). Ces regards favorisent l'adoption de mesures pour agir sur ces conditions matérielles qui se présentent plus fréquemment chez des populations vulnérables (ex. : insalubrité, taille

insuffisante, exposition à des polluants, inadaptation par rapport aux capacités, manque d'isolation, etc.) (Clark et Kearns 2012 ; S. J. Smith, Alexander et Easterlow 1997 ; Curtis, Cave et Coutts 2002 ; Krieger et Higgins 2002). Depuis le virage vers la promotion de la santé, le logement est présenté comme un lieu pouvant contribuer au bien-être, à la santé et à la longévité des populations. Il permet l'accès aux soins et constitue un lieu pour déployer des interventions, notamment chez les personnes en situation de vulnérabilité (ex. : agir sur les habitudes de vie et déployer, coordonner et recevoir des soins de santé) (Schwinn et al. 2014 ; Henwood, Cabassa, et al. 2013 ; Anderson et Barclay 2003). Par ces deux orientations, le logement est vu à travers ses dimensions matérielles qui posent des risques pour les populations vulnérables ou permettent d'intervenir auprès de ces dernières.

Bien que pertinentes, ces visions reposent sur une conception statique qui premièrement néglige les importantes inégalités de pouvoir qui conditionnent le rapport au logement et influencent la santé. La santé publique a souvent recours à la notion de populations vulnérables. Celles-ci sont, au cours de leur vie, plus fréquemment exposées à des risques affectant leur bien-être et disposent de moins de pouvoir et de moyens pour s'en prémunir (Frohlich et Potvin 2008). Cette vulnérabilité est souvent associée à des différences basées sur la situation socioéconomique, le genre, l'ethnicité, l'âge ou le handicap. Ces perspectives évacuent souvent les dimensions et dynamiques structurelles qui alimentent la vulnérabilité et contribuent aux inégalités de santé (McGibbon et McPherson 2011 ; Katz et al. 2020). Ces visions négligent deuxièmement diverses dimensions relationnelles du logement associé au *care*. Si les recherches et les interventions se préoccupent du *care*, l'attention est tournée vers les soins pour prévenir ou remédier à différents états pathologiques. Ces relations de *care* sont unidirectionnelles : de professionnel·les (ex. : infirmier·ères, aides familiales et préposé·es aux bénéficiaires) vers des bénéficiaires (ex. : personnes en situation de handicap, de perte d'autonomie ou de convalescence) qui sont vus comme étant vulnérables, mais surtout dépendants et passifs. Cette vision ignore une large part des attitudes et des activités de *care* au sein et autour du domicile qui permettent de répondre aux besoins quotidiens et de prévenir un état de vulnérabilité accrue devant des risques pour la santé. Les interviewé·es soulignent, par ailleurs, l'importance de ces relations pour la santé des locataires pour les programmes étudiés dans le cadre de cette thèse. Les prochains paragraphes appellent à penser aux façons dont les populations peuvent prendre soin avec (*care with*) leur logement pour s'adapter et faire face aux risques émanant (in)directement de la pandémie.

Les mesures de confinement associées à la pandémie de COVID-19 empruntent des perspectives similaires. En effet, l'ordre de rester à la maison vise à réduire les contacts qui constituent un important risque de contracter et propager le virus. La nouveauté réside dans la reconnaissance de l'importance des relations de *care* qui se déploient au sein de la bulle familiale comme étant cruciale pour maintenir la population en santé. De nombreuses responsabilités liées au *care* sont transférées vers les ménages. Ces mesures reposent sur une vision selon laquelle les individus peuvent s'appuyer sur leur domicile pour prendre soin d'eux-mêmes et de leurs proches. Ainsi, plusieurs consignes sanitaires comme le confinement et la distanciation sociale font du logement le principal espace de *care*. Ces mesures, qui misent sur le logement pour protéger des risques et réorganiser le *care*, ne s'opèrent pas de façon homogène et sans heurts. Elles tendent surtout à continuer d'omettre les inégalités qui conditionnent l'accès au logement et la construction des capacités de *care*. Les derniers mois montrent que réorganiser le *care* autour du domicile n'est pas à la portée de tous les ménages, ce qui explique, en partie, les répercussions inégales de la pandémie sur la santé mentale et physique de la population.

Déconstruire les inégalités alimentées par la crise sanitaire

Les inégalités de santé et les déficits de *care* alimentés par le confinement ne sont pas aléatoires. Elles sont plutôt le résultat de la cristallisation d'inégalités liées au système d'habitation et à l'organisation du *care*. Plusieurs autrices, dont Hankivsky (2014), Duffy (2005) et Narayan (1995), soutiennent que les éthiques du *care* sont limitées sur le plan théorique et conceptuel pour comprendre les positions sociales, les différences, le pouvoir et, donc, les inégalités associées au *care*. Au sein des études du *care*, le genre est généralement la principale structure d'oppression envisagée. Lorsque d'autres rapports de pouvoirs sont considérés, comme le racisme et le colonialisme, ils sont simplement additionnés. Une telle vision segmentée ne permet pas de comprendre comment les systèmes interagissent, se renforcent mutuellement et construisent les inégalités. Plus encore, ces travaux tendent à avoir une lecture statique, homogénéisant et parfois même naturalisant les expériences. Elles ignorent ainsi la complexité des réalités vécues, par exemple par les femmes racisées (Hankivsky 2014).

Plusieurs, dont Hankivsky (2014) et Bowlby (2019), soutiennent que les études sur le *care* peuvent être considérablement renforcées par l'emploi de l'intersectionnalité en tant que lunette

d'analyse qui s'attarde à l'intrication des rapports de pouvoir. Les approches intersectionnelles constituent des perspectives holistes d'abord articulées par les Afroféministes (Crenshaw 1991 ; hooks 1981 ; P. H. Collins 1990). L'idée n'est pas de diviser ou de hiérarchiser les effets des dominations, mais de s'attarder à la manière dont celles-ci se combinent à travers le temps, l'espace et les institutions de façon à générer et à maintenir les rapports de pouvoir (Bilge 2010). L'analyse des intersections entre plusieurs systèmes permet une déconstruction critique afin de mieux comprendre des expériences particulières et les contextes qui reproduisent les privilèges, les oppressions, mais également les inégalités de santé (voir, entre autres, Hankivsky et Christoffersen 2008 ; McGibbon et McPherson 2011 ; Bowleg 2012). Ces perspectives suscitent notamment une prise de distance avec les approches et les modèles qui ont une vision figée et statique des populations vulnérables et des déterminants sociaux de la santé qui dominant les recherches et interventions touchant le logement.

Les prochains paragraphes s'appuient sur une perspective intersectionnelle pour mettre en lumière la manière dont le système d'habitation et l'organisation du *care* constituent des forces actives qui alimentent les inégalités de santé. L'approche développée par McGibbon et McPherson (2011) est employée afin d'exposer et d'analyser les intersections de trois champs de déterminants de la santé. Le premier champ inclut les déterminants sociaux de la santé qui relèvent d'une pluralité de domaines tels que l'éducation, l'activité physique, les soins médicaux, l'alimentation et le travail. Le second champ comprend les identités associées aux rapports de pouvoir structurels, basés, par exemple, sur des divisions basées sur le sexe, le genre, la race, l'âge, l'ethnicité, l'autochtonie et la classe, qui génèrent de façon systémique et sur une période longue des barrières aux ressources et opportunités. Le troisième champ correspond aux éléments géographiques qui relèvent du rapport au territoire comme l'emplacement, la ségrégation, les déplacements, l'isolement, l'exposition et le désinvestissement. Cette décomposition vise à envisager comment les éléments d'un même champ s'influencent mutuellement et s'imbriquent avec d'autres champs. Les exemples employés s'attardent particulièrement aux impacts des mesures sanitaires qui s'appuient sur le confinement et la distanciation sociale pour assurer la santé publique.

6.4.2 Penser les liens entre le *care*, les inégalités et le logement

Les inégalités accrues par une vision étroite du logement

Les mesures sanitaires s'appuient sur le logement comme un lieu permettant à quiconque de se protéger des risques liés à la pandémie et aux gouvernements d'y transférer les responsabilités de *care*. Un tel logement n'est pas à la portée de l'ensemble de la population. En effet, le marché immobilier, qui domine le système d'habitation, n'offre pas les mêmes possibilités de se loger puisque diverses oppressions systémiques retreignent l'accès à un logement adéquat. Le racisme, le sexisme, le capacitisme, le colonialisme et l'hétérosexisme sont quelques exemples de systèmes qui se conjuguent de façon à alimenter un ensemble de discriminations et d'entraves qui ont des impacts quotidiens affectant, par exemple, l'accès à l'éducation, à l'emploi et aux services. Les personnes à la croisée de plusieurs systèmes d'oppression sont donc plus souvent en situation de pauvreté et de précarité (Celis, TGFM et COSSL 2021). Ces circonstances affectent notamment la capacité financière à trouver un logement qui correspond à leurs besoins. Comme il s'agit d'un coût incompressible, lorsque les frais liés à l'habitation sont trop élevés, ces ménages sont contraint·es de s'endetter, de travailler davantage et de limiter d'autres dépenses telles que l'alimentation et les médicaments qui sont des déterminants sociaux de la santé (Shaw 2004).

De plus, le marché immobilier induit également une logique de compétition, surtout lorsque les taux d'inoccupation sont faibles. Les populations à la croisée de systèmes d'oppression doivent plus fréquemment composer avec des préjugés, par exemple classistes, racistes et hétérosexistes. Ces préjugés représentent d'importants moteurs de discrimination qui contraignent leurs choix résidentiels ainsi que leur possibilité d'exiger des réparations ou des adaptations (Bryant 2016 ; Harrison et Davis 2001). Cette discrimination a historiquement engendré la ségrégation ou la relégation de populations vers certains secteurs ayant un stock de logements de moindre qualité, moins bien desservis et davantage exposés à des risques environnementaux (Corburn 2009). Elles sont contraintes de devoir se tourner vers des logements et des quartiers dont les conditions posent des risques pour leur santé (Bryant 2016 ; Shaw 2004) et qui portent atteinte à leurs capacités à fournir et recevoir du *care* (Bowlby 2019 ; E. R. Power et Mee 2019).

Les populations défavorisées et discriminées se retrouvent plus fréquemment en situation ou à risque d'itinérance. L'ordre de rester à la maison est impossible pour celles et ceux qui ne disposent pas de logement stable. Cette consigne accroît l'exposition des ménages à divers risques liés au logement et au milieu de vie (ex. : moisissure, vermine, îlots de chaleurs, pollution sonore ou atmosphérique). Ces inégalités de logement, dans le contexte de la pandémie, ont également d'importants impacts sur l'accès et la qualité des autres déterminants sociaux de la santé. En effet, les logements exigus et surpeuplés ainsi que les taux d'efforts trop élevés sont quelques exemples d'obstacles à la possibilité d'avoir des espaces, équipements (ordinateur et internet) et contextes suffisants et favorables pour étudier et travailler à distance. Pour les populations habitant les quartiers comportant moins de services, d'infrastructures et d'espaces verts à proximité, il est plus difficile de suivre les recommandations de la santé publique pour maintenir une bonne santé physique et mentale. Il est aussi plus difficile de pratiquer des activités sportives en plein air et de minimiser ses déplacements puisqu'il faut parcourir d'importantes distances pour faire l'épicerie ou même d'accéder aux soins essentiels (ex. : centres de dépistage).

Les normes sous-jacentes aux mesures sanitaires alimentent d'importants déficits de *care*. L'ordre de rester à la maison repose notamment sur des biais hétéronormatifs et cisnormatifs de la famille nucléaire capable de prendre soin au sein du domicile familial. Toutefois, les individus dépendent plus que jamais de relations de *care* extérieures pour répondre à leurs besoins (ex. : soins corporels et de santé, écoute, services de garde, entretien résidentiel et restauration). Cette dépendance au soutien de l'extérieur augmente depuis les dernières décennies : on observe notamment une croissance du nombre de ménages d'une seule personne, de familles monoparentales et de personnes de plus de 65 ans en logement privé²⁴. Ces populations sont particulièrement affectées par le confinement et les autres mesures de distanciation sociale qui obligent de nombreux espaces de *care* à fermer leurs portes ou à fortement réduire leur accès (ex. : écoles, services de garde, centre communautaire, cliniques). Tout de même, certaines relations et certains services se réorganisent afin de se déployer à distance (ex. : soutien par appel téléphonique ou en vidéoconférence, télémédecine, services de livraison). Ce *care* à distance se heurte à une fracture numérique liée à divers enjeux associés à l'adaptation des plateformes, la couverture de la connexion haute vitesse, l'accès au matériel informatique ou la

²⁴ Au Canada entre 1981 et 2016, nous assistons à une croissance de la proportion de ménages d'une seule personne (20 à 28 %), de familles monoparentales (11 à 16 %) et de personnes de plus de 65 ans habitant en logement privé (10 à 17%) (Statistique Canada 1981, 2016a).

littéracie numérique. Ces inégalités se soldent par davantage d'isolement et de détresse psychologique, notamment chez ceux et celles qui ne peuvent accéder à ces alternatives.

L'ordre de rester à la maison néglige également le fait que la bulle familiale n'est pas nécessairement bienveillante et sécuritaire, *caring*. Les mesures sanitaires confinent de nombreuses femmes avec des conjoints violents, des proches aidants abusifs ou encore des enfants avec des parents négligents. En temps normal, les personnes qui vivent un contexte de violence, de maltraitance ou de négligence ont des moments de répit à l'extérieur du domicile. Leur fréquentation de divers espaces de *care* facilite l'accès à de l'aide pour s'en sortir et permet aux intervenant·es de dépister ces situations (ex. : écoles, centres communautaires, garderie, clinique). De plus, les mesures sanitaires diminuent les capacités d'accueil dans les refuges, réduisant davantage la possibilité d'accéder à du soutien pour quitter ces contextes violents. Il faut savoir qu'en plus de créer de l'hostilité, ces violences affectent la santé physique et mentale par le stress post-traumatique, la dépression, l'anxiété, les douleurs chroniques ou de façon plus brutale par les homicides (Vives-Cases et al. 2011).

Les mesures sanitaires révèlent et exacerbent les inégalités associées à l'organisation du *care* au sein et à l'extérieur du domicile. Celles-ci engendrent un transfert des responsabilités liées au *care* vers les ménages et les individus eux-mêmes. En raison de l'assignation historique des femmes au travail du *care*, elles sont les principales responsables des tâches domestiques et associés aux soins lorsqu'elles sont parents ou proches aidantes. Pour cette raison, elles réorganisent davantage leurs temps de vie pour soutenir l'éducation et prendre soin de leurs enfants qui ont des symptômes ou d'un·e proche, et ce, tout en tentant de continuer de travailler ou d'étudier. Pour certaines, cette réorganisation des horaires provoquée par la pandémie ébranle l'équilibre nécessaire pour pouvoir exercer du *care* envers soi-même et les autres (ASPQ et OQI 2020). Les temps de vie dédiés aux loisirs, sports et repos sont négligés, ce qui engendre une plus grande fatigue, davantage de stress et des états de surmenage. D'autres optent pour un arrêt ou une réduction d'heures de travail pour prendre soin d'enfants ou de proches. Ces décisions alimentées par les responsabilités genrées liées au *care* ont des impacts sur leur revenu permettant de répondre à leurs propres besoins de base tels que l'alimentation ou même le logement qui sont d'importants déterminants sociaux de la santé.

Il ne faut pas oublier que les personnes qui occupent des emplois essentiels ne peuvent se confiner. Parmi ces emplois figurent ceux liés au *care* qui sont exigeants, dévalorisés et pour cette raison relégués aux plus dominés des sociétés (ex. : préposés aux bénéficiaires, entretien

ménager) (Duffy 2005). De nombreuses personnes racisées, immigrantes, sans statut et des femmes occupent ces emplois essentiels. Celles-ci continuent de se déplacer vers leurs lieux de travail qui, plus que jamais, les exposent à des risques. Ces dynamiques expliquent que les femmes ainsi que les personnes racisées ont davantage été infectées et eu un plus haut taux de mortalité lié au virus (ASPQ et OQI 2020). Rapidement, leurs domiciles et quartiers sont devenus des foyers de contagion. Les inégalités structurelles font en sorte que ces travailleuses et travailleurs essentiels habitent dans les mêmes quartiers, mais également dans des logements souvent exigus et surpeuplés. Cette conjugaison d'inégalités liées au *care* et au système d'habitation crée des vecteurs de contagion communautaire (Santé Montréal 2020).

Agir sur le système d'habitation pour de futures villes en santé

Cette exploration des intersections souligne que les mauvaises conditions d'habitation n'affectent pas tout simplement davantage la santé des « populations vulnérables ». Il faut plutôt comprendre que les interactions des déterminants sociaux de la santé, des rapports de pouvoirs structurels et des éléments géographiques associés au système d'habitation et de l'organisation du *care* constituent des forces actives qui alimentent des processus de vulnérabilisation. Par ces processus, les individus sont plus fréquemment exposés à une série de chocs qui affectent leur bien-être, mais surtout diminuent leurs capacités à s'en prémunir et de s'en relever (Zarowsky, Haddad et Nguyen 2013). Les ménages structurellement désavantagés par le système d'habitation et de l'organisation du *care* voient une réduction de l'accès et de la qualité des déterminants sociaux de la santé, mais également une augmentation et une intensification de l'exposition à des risques qui ne sont pas uniquement liés à la pandémie. Ce contexte affecte les ressources, relations et lieux qui conditionnent les capacités de *care* des ménages alimentant une plus grande fragilité, notamment en réduisant les possibilités de se protéger, de partir et de s'en remettre. Cette vulnérabilisation par la voie du logement et du *care* est tout sauf aléatoire et équitablement répartie. Elle se produit plus fréquemment et durement pour les individus désavantagés par le système d'habitation et l'organisation du *care* qui évoluent à l'intersection de plusieurs systèmes d'oppression. Cette synergie associée à l'habitation et au *care* affecte la santé mentale et physique, ce qui creuse les inégalités à l'échelle des sociétés.

La pandémie de COVID-19 souligne à grands traits que nous ne sommes pas toutes et tous dans le même bateau. Le logement n'est surtout pas qu'un contenant passif qui permet à quiconque de se protéger des risques liés au virus et d'y réorganiser le *care*. Les éthiques du

care et l'intersectionnalité mettent en relief que le logement constitue un déterminant social de la santé clé dans le contexte d'une crise sanitaire. L'habitation joue un rôle actif dans la vulnérabilisation et l'intensification des inégalités lorsque l'on emploie une vision étroite du logement associée à ses dimensions matérielles. L'intersectionnalité n'est pas qu'un outil théorique pour cerner les inégalités. Il s'agit également d'une lentille qui dégage des perspectives pour développer des interventions radicalement orientées vers la justice sociale (Bilge 2013). En d'autres termes, ces constats doivent permettre de réfléchir et d'articuler des actions publiques pour transformer ces dynamiques, mais aussi prendre en compte cette complexité. Depuis la fin 2021, la vaccination se déploie (à des vitesses variables selon les régions) et l'expression « apprendre à vivre avec le virus » est de plus en plus évoquée. Ce contexte invite les gouvernements à envisager des mesures plus proactives que réactives pour la santé de la population. Les interventions axées sur la gestion de la crise sanitaire devraient laisser leur place à des actions pour remédier aux inégalités et se préparer pour les nouveaux variants ou même une prochaine pandémie. Les municipalités auront très certainement un rôle à jouer en ce sens puisque les villes sont indéniablement d'importants foyers d'infection.

Concrètement, cela implique de déployer des actions publiques pour mettre fin aux processus de vulnérabilisation alimentés par les mesures sanitaires qui mobilisent le logement de façon étroite et indifférenciée. Envisager l'avenir des actions en santé à l'échelle des villes demande d'accorder une place réelle aux interventions en matière de logement qui sauront résoudre les déficits de *care* afin de remédier aux inégalités de santé creusées par la pandémie. Cette thèse souligne dans les chapitres 3 et 5 que les programmes de logements sociaux avec soutien communautaire peuvent constituer des leviers pour promouvoir la santé des ménages qui y résident, mais également des moyens pour renforcer les capacités de *care* des ménages et des communautés. Ces programmes, centrés sur les besoins et réalités des individus vivant à l'intersection de plusieurs oppressions, visent à inverser le processus de vulnérabilisation : regagner une maîtrise des déterminants sociaux de la santé, réduire l'exposition aux risques, mais aussi améliorer la capacité à y faire face en étant mieux entouré. Pour réellement combattre les inégalités de santé intensifiées par la crise sanitaire, il est nécessaire de multiplier et prioriser ces interventions qui actuellement sous la responsabilité des intervenant-es communautaires. Cette recherche souligne que la prise en charge de la création des logements sociaux par les organisations communautaires permet d'intégrer une éthique du *care*. Ces éthiques suscitent la formulation et la mise en œuvre de programmes plus soucieux, mais surtout qui offrent une certaine résistance aux normes et attentes néolibérales.

Comme il a été amplement souligné, améliorer l'offre de logements sociaux et le faire tout en intégrant une éthique du *care* n'est pas une tâche facile et surtout n'est pas à la portée de toutes les organisations. Cette thèse soulève des perspectives pour renforcer ces capacités et ainsi permettre la multiplication de ces interventions. Agir avec une coalition est identifiée, dans les trois cas, comme une voie pour appuyer les communautés désirant s'investir dans la création de logements sociaux. Ces coalitions pourraient, par exemple, inclure des pouvoirs publics et des organisations plus expérimentées afin de surmonter les obstacles inhérents aux processus de création, mais aussi développer les aptitudes à offrir du logement social. De plus, assurer l'implication d'un réseau plus large rompt avec les logiques néolibérales liées à l'irresponsabilité des privilégiés qui ont recours à la charité. Certains programmes et engagements municipaux, comme ceux qui sont associés aux moyens pour des Villes en santé, peuvent susciter la formation de telles coalitions mobilisées autour d'intérêts communs. En appuyant les initiatives de logement social, il serait possible d'engager plus consciemment les communautés dans les efforts pour développer des Villes en santé.

Cette thèse souligne qu'agir avec une coalition n'est pas une panacée, notamment pour les organisations moins expérimentées. En effet, celles-ci sont particulièrement dépendantes du contexte de financement. De cette perspective, il apparaît nécessaire d'assurer un financement pour soutenir l'ensemble des dimensions requises associées aux initiatives de logement. Cela comprend bien évidemment des ressources suffisantes pour la construction des unités d'habitation, mais également des espaces communs, de la subvention des loyers ainsi que de l'offre de services de soutien sur place. De cette façon, les organisations n'auraient pas à faire des concessions sur certaines de leurs idées *caring* ou à se conformer à certaines normes et attentes néolibérales pour, par exemple, assurer la viabilité ou l'acceptabilité de leurs initiatives. Ce contexte éviterait également que l'amélioration de l'offre de logements sociaux continue de reposer sur des dépassements pesant davantage sur les épaules des femmes et des prises de risque que les organisations plus expérimentées peuvent plus aisément assumer. Il serait alors possible d'améliorer substantiellement le nombre de programmes, mais surtout de diversifier les types et intensités de soutien pour répondre à une plus grande diversité de besoins et réalités.

Certes, ces initiatives comportent un important potentiel pour les locataires. Néanmoins, comme plusieurs interviewé·es le soulignent, ces programmes sont des microcosmes qui ne sont pas suffisants pour lutter contre les inégalités de santé. Il faut donc envisager des mesures plus structurelles, d'une part, pour prévenir les processus de vulnérabilisation qui amènent les ménages à risque d'itinérance à avoir besoin de logement social avec soutien communautaire

pour reprendre du pouvoir sur leur situation. Ces mesures permettent, d'autre part, de pouvoir trouver des logements adéquats une fois un séjour terminé dans ces programmes ou que leurs besoins changent (ex. : mise en couple, changement de ville, départ des enfants). Pour y parvenir, plusieurs actions peuvent être envisagées ou revendiquées aux autres paliers de gouvernement par les municipalités. En matière d'habitation, des mesures peuvent être adoptées pour lutter contre la discrimination, les hausses abusives de loyer, les évictions et la spéculation immobilière tout en assurant le développement d'une offre de logements équilibrée (ex. : taille, prix, accessibilité universelle), la préservation et l'amélioration des options locatives existantes (ex. : lutte à l'insalubrité, subvention à la rénovation). Sur le plan de l'organisation du *care*, les actions peuvent concerner l'accès aux espaces et services qui soutiennent le *care* formel et informel au sein des villes (ex. : services de garde, hébergement, centres communautaires, soins de santé), mais aussi d'assurer une valorisation, de bonnes conditions de travail pour les emplois liés au *care*. Par ces orientations, les municipalités sortiraient d'une logique qui reconnaît simplement le logement comme un déterminant de la santé afin de légitimer les interventions en habitation. Ces actions permettraient d'employer le logement pour promouvoir la santé des collectivités, mais aussi renforcer les capacités individuelles et collectives de *care* qui sont nécessaires pour des Villes en santé.

CONCLUSION

Cette thèse s'intéresse à la création de logements sociaux avec soutien communautaire destinés aux femmes cheffes de familles monoparentales. L'objectif est de mieux comprendre les processus mis en œuvre par les communautés qui, depuis plus d'une trentaine d'années, interviennent sur le système d'habitation. Ces organisations doivent actuellement composer avec d'importantes difficultés à créer de nouveaux programmes visant à répondre aux besoins intensifiés par les crises du logement. Ces problèmes, qui perdurent, creusent les inégalités de santé et alimentent des déficits de *care* au sein des grandes villes canadiennes. Dans le cadre de cette recherche, les éthiques du *care* et le mouvement des Villes en santé sont envisagés en tant qu'avenues pour surmonter certains obstacles liés au contexte néolibéral qui freine et oriente le développement de logements sociaux. Cette hypothèse est fondée, d'une part, sur la reconnaissance du logement en tant qu'échelle pour déployer des interventions pour la promotion de la santé, mais surtout un déterminant social de la santé à investir pour développer une ville en santé. Néanmoins, la littérature sur le mouvement des Villes en santé traite jusqu'à maintenant peu des liens avec les interventions en matière de logement. D'autre part, le logement social constitue un thème fécond au sein des études du *care* qui envisagent le potentiel des programmes pour les occupant·es ainsi que les conduites des personnes qui en sont responsables. L'étude des processus associés à la création de logements sociaux représente un angle jusqu'à maintenant inexploré.

Les études de cas à Montréal, Vancouver et Toronto mettent à l'épreuve cette hypothèse, mais surtout développent une lecture critique et nuancée de ce travail mené par les communautés qui est souvent négligée de l'analyse des politiques urbaines. La recherche explore comment les éthiques du *care* ainsi que l'adhésion au mouvement des Villes en santé soutiennent les organisations qui créent du logement social. Pour y arriver, les processus associés à la création des programmes sont retracés et comparés à partir de cartes mentales et d'entrevues avec des personnes clés qui sont complétées par une analyse documentaire. Ces démarches sont explorées et approfondies, notamment en dégagant les principales phases, idées, intérêts, éléments institutionnels et réseaux impliqués afin de dégager des liens avec le *care* et les Villes en santé. Améliorer l'offre de logements sociaux figure parmi les interventions reconnues par les municipalités pour développer des Villes en santé. Cependant, l'adhésion à ce mouvement mondial ne transforme pas les ressources associées directement au développement de ces

initiatives. Plus encore, ces stratégies reproduisent les politiques néolibérales qui délèguent des responsabilités publiques sans offrir des ressources suffisantes pour les réaliser.

À l'opposé, les éthiques du *care* apparaissent comme d'importants moteurs chez les organisations qui portent la création des logements sociaux en réponse aux besoins émergents et non comblés des femmes cheffes de familles monoparentales. Ces programmes visent à remédier à des déficits de *care* constatés à l'échelle des ménages et des communautés. La création de ces logements amène les organisations mandataires à dépasser leurs mandats et capacités financières, ce qui est, en partie, facilité par le soutien d'individus et d'organisations qui fournissent ressources, connaissances et opportunités. Le *care* est également au cœur des intérêts qui unissent et orientent la mobilisation de ces coalitions. La recherche souligne que certains moyens liés aux stratégies pour faire de Montréal, Toronto et Vancouver des Villes en santé soutiennent la création ou l'élargissement de ces réseaux. Ces moyens ne suscitent néanmoins pas l'intégration de la santé dans les intérêts qui mobilisent les partenaires ou les idées qui organisent ces initiatives. Conséquemment, les retombées de ces programmes pour la santé sont non-intentionnelles chez les personnes interviewées. De plus, leur lecture pragmatique du potentiel des programmes de logement pour la santé axée sur l'échelle des ménages conteste celle prévue par les stratégies municipales. En d'autres termes, le *care* constitue une éthique qui incite et permet aux communautés de surmonter certains obstacles propres au contexte néolibéral afin de créer du logement social, qui est l'une des actions pour développer des Villes en santé. Les prochains paragraphes revisitent les résultats afin de mettre de l'avant les principales contributions théoriques et pratiques touchant la participation des communautés à l'action publique, les tensions liées à l'éthique du *care* et le mouvement des Villes en santé. Les apports et limites de la méthodologie employée sont également abordés, ce qui permet d'envisager de nouvelles perspectives de recherche.

La première originalité de cette thèse repose sur le développement d'une lecture nuancée de la participation des communautés à l'action publique. À ce sujet, cette recherche se démarque par l'approche méthodologique axée sur la comparaison de trois programmes de logements sociaux. L'étude d'un faible nombre de cas à l'échelle communautaire permet d'approfondir les processus à partir des points de vue des personnes qui y participent de près ou de loin. Celles-ci partagent leurs perceptions quant aux étapes, visions, motivations, facteurs facilitants et obstacles associés à la création. Cette échelle apporte un portrait nuancé du logement social et permet donc d'éviter d'homogénéiser ces initiatives portées par les communautés en tant qu'incarnation de la privatisation ou encore comme source pure d'innovation. De plus, l'analyse

de cas à Montréal, Toronto et Vancouver distingue cette recherche dans le domaine des études urbaines qui tendent à s'attarder à des expériences au sein d'une même municipalité ou province. La comparaison de ces cas dégage des points de convergence qui transcendent les différences politiques et institutionnelles.

De plus, aborder les initiatives de logements sociaux en tant que politiques publiques en soi constitue une originalité. Celles-ci tendent à être présentées comme un aspect des services sociaux déployés par les partenaires communautaires ou encore le résultat d'investissements publics en habitation. L'exploration des points de vue des divers partenaires met au jour différentes perceptions du logement social en tant qu'action publique. Ces logements sont d'abord présentés comme des projets collectifs menés par des organisations non gouvernementales. Celles-ci s'appuient sur des coalitions composées d'intervenantes issues du secteur communautaire, public et privé qui les soutiennent, entre autres, en fournissant des informations, des opportunités et des ressources. Ces programmes sont ensuite vus comme une participation pour répondre au besoin de logements des femmes cheffes de familles monoparentales dans le cadre d'efforts collectifs pour résoudre de vastes problèmes publics. Ces initiatives constituent des contributions communautaires à la construction de l'action publique, entre autres, pour améliorer le système de protection de l'enfance, mais également pour lutter contre l'itinérance, la crise du logement, la pauvreté et l'exclusion sociale. Cette thèse permet donc de donner une visibilité à ces communautés qui participent à l'action publique. Cette intention de favoriser la reconnaissance de ce travail souvent invisible est au cœur du projet de bande dessinée qui synthétise cette recherche (annexe 4). Cet outil de vulgarisation scientifique devrait, entre autres, permettre de démystifier ce que représente la création de logements sociaux.

Sur le plan théorique, envisager ces initiatives sous l'angle de l'action publique permet de tracer des parallèles avec l'approche des courants multiples qui a été pensée à l'origine pour expliquer la mise à l'agenda chez les gouvernements de paliers supérieurs. Les points communs concernent notamment le caractère contingent et hautement aléatoire de ces processus qui reposent sur la capacité à ouvrir et saisir une fenêtre d'opportunité pour mettre de l'avant une solution. Les cas se distinguent des entrepreneur·es politiques qui sont habituellement associés à un certain opportunisme et une faible considération des retombées des changements politiques. Les organisations mandataires correspondent plutôt à la figure d'entrepreneur·es sociaux orienté·es par une éthique du *care* qui incite à vouloir maximiser leur impact social. Ceux-ci associent et surtout mettent en cohérence les éléments qui participent du courant des

problèmes à celui des solutions et du politique afin de parvenir à un changement politique cohérent, mais surtout qui sert l'intérêt public. Cette thèse permet donc de suggérer quelques ajustements pour employer l'approche des courants multiples pour analyser l'action publique portée par les communautés.

La recherche met également en relief des perceptions originales quant au potentiel du logement social pour les collectivités. En s'appuyant sur les narratifs des interviewé-es, ces programmes sont présentés comme des actions pour résoudre des conditions qui alimentent des déficits de *care* à l'échelle de certaines familles monoparentales et des communautés. Les processus engagés visent alors à mettre en place des complexes de logements sociaux pour transformer les conditions d'exercice du *care* et ainsi à renforcer les capacités individuelles et collectives de *care*. Comme cette étude s'intéresse à la place du logement social au sein du mouvement des Villes en santé, les interviews amènent les intervenant-es à l'extérieur de leurs discours habituels sur l'habitation et le soutien aux familles. Elles et ils partagent une perception du potentiel de ces programmes pour la santé qui diffère de celle mise de l'avant par les stratégies municipales axées sur de grands enjeux (ex. : itinérance, crise du logement). Le croisement des perspectives associées aux trois cas et d'autres personnes clés permet de dégager une vision de ces programmes comme des leviers pour structurellement promouvoir la santé des ménages qui y résident. Ces perspectives quant aux bénéfices de ces initiatives devraient ajouter à la légitimité d'améliorer l'offre de logements sociaux alors que les crises du logement et du *care* persistent et même se sont accrues avec la pandémie de COVID-19.

Il est important de souligner une limite concernant la collecte de données par voie d'entrevue centrée sur les personnes clés associées à la création des programmes ou encore possédant une expertise concernant le logement social et la santé publique. Cette population investie peut être réticente à critiquer les programmes de logements sociaux. De plus, la population interrogée dans le cadre de cette thèse n'inclut pas les personnes directement concernées par ces programmes, à savoir les femmes cheffes de familles monoparentales ayant des besoins de logement ainsi que celles qui y résident. Les personnes interviewées font part de leurs perceptions quant aux intentions et à la portée des programmes de logements sociaux. Conséquemment, il demeure impossible de pleinement saisir la réception du *care* chez les locataires ou encore des impacts réels sur leur santé. L'organisation du *care* est traversée de relations inégales entre bénéficiaires et prestataires, ce qui engendre, par exemple, des interventions inadéquates et paternalistes. Il serait donc pertinent de mettre à l'épreuve les perceptions partagées par les interviewé-es dans de futures recherches. Cet approfondissement

des connaissances sur les impacts réels des programmes de ces initiatives devra nécessairement impliquer celles qui en sont bénéficiaires ou encore qui peinent à y accéder en raison de critères qui les excluent. Celles-ci pourront témoigner de leur réception du *care*, notamment afin de souligner certaines inadéquations par rapport à leurs besoins. Il sera ainsi possible de se pencher sur la transformation réelle des capacités de *care* des locataires et des communautés qui disposent de nouveaux moyens pour les rejoindre. Mettre à l'épreuve la vision du logement comme un levier pour la promotion de la santé des ménages constitue une autre avenue de recherche à explorer. Cela impliquerait de vérifier si les programmes permettent bel et bien aux locataires de transformer à long terme leur situation résidentielle ainsi que d'assurer une prise en main de leur santé et le développement de leur autonomie.

Le recours à l'éthique du *care* féministe constitue la deuxième originalité de cette recherche. Cette lentille critique permet de voir et comprendre le rôle et les impacts d'intentions, d'attitudes et d'actions essentielles qui généralement passent inaperçues en études urbaines (M. J. Williams 2020). L'analyse par le *care* développe une lecture plus nuancée, mais surtout nouvelle du virage participatif visant à engager une pluralité d'intervenant·es dans la construction et la production de l'action publique. Cette thèse dépasse les deux camps au sein des recherches qui tendent à entretenir une vision idéaliste ou, à l'opposé, une perspective ultra-critique de cette participation. En analysant de façon critique la place du *care* dans la création de logements sociaux, il est possible d'approfondir les interactions de ces initiatives communautaires avec les processus de néolibéralisation. Ces éthiques poussent simultanément les communautés à contester et à se conformer aux logiques néolibérales lorsqu'elles prennent part à l'action publique. Le *care* porté aux femmes cheffes de familles monoparentales incite les organisations à diverger des normes et attentes néolibérales qui prévalent dans le secteur de l'habitation. La sollicitude à l'égard de ces familles les amène à créer des complexes de logements qui rassemblent des lieux situés le long du continuum public-privé pour favoriser l'établissement de relations de *care* qui vont au-delà de la cellule familiale et du soutien formel des organismes et donc d'éviter une privatisation du *care*. Néanmoins, cette étude souligne que le *care* suscite l'engagement des individus et organisations au sein des projets collectifs qui impliquent en totalité ou en partie de nouveaux logements sociaux. Cette éthique incite au dépassement pour répondre aux besoins constatés. Le *care* représente donc une conduite qui pousse les intervenant·es à se conformer, dans une certaine mesure, aux attentes genrées et néolibérales des communautés capables de surmonter le manque d'investissements publics afin de prendre soin.

Cette recherche contribue à la littérature portant sur les inégalités dans l'organisation du *care*. Les projecteurs sont généralement braqués sur les dynamiques qui amènent à reléguer les responsabilités pour le *care* aux plus marginalisées. Dans les cas étudiés, le *care*, mais surtout le dépassement qui y est associé, est assumé majoritairement par des femmes. Cette thèse soulève d'autres inégalités relatives aux capacités collectives de *care*. Exercer du *care* par la voie du logement ou encore agir avec *care* et résister à la néolibéralisation n'est pas à la portée de toutes les communautés. Cette thèse met en lumière que ces capacités reposent notamment sur l'expérience qui procure davantage de ressources internes, un réseau plus important ainsi qu'une crédibilité qui donne accès à davantage d'opportunités et rend plus tolérant à la prise de risques. Cette plus grande liberté leur permet aisément de traduire leurs idées *caring* à travers de nouveaux logements sociaux. Ces capacités peuvent être soutenues ou renforcées, jusqu'à un certain point, par des moyens qui favorisent les collaborations intersectorielles. S'appuyer sur une coalition permet d'accéder à des connaissances et d'accroître la légitimité d'une organisation disposant de peu d'expérience associée au logement social. Cependant, agir avec un réseau intersectoriel a des limites. Bien qu'appuyées par des partenaires, les organisations moins expérimentées sont davantage amenées à concéder sur leurs idées *caring* afin d'assurer la viabilité ou l'acceptabilité de leurs initiatives, et ainsi se conformer à certaines idées et normes néolibérales.

Ainsi, la dévolution des responsabilités pour la création des logements sociaux aux communautés n'est pas foncièrement néolibérale. Elle comporte certains atouts comme celui d'intégrer une éthique du *care*. Cette spécificité pourrait être mieux soutenue par les pouvoirs publics afin de réduire les inégalités liées aux capacités de créer du logement avec *care*. Sur le plan pratique, ces résultats soulignent l'importance de fournir, d'une part, des ressources pour développer les réseaux qui renforcent les capacités des organisations à créer du logement social. Il est crucial, d'autre part, de développer des contextes offrant du financement pour soutenir l'ensemble des dimensions des initiatives, ce qui comprend la construction des unités d'habitation et des espaces communs, la subvention des loyers et l'offre de services de soutien sur place. Ce soutien devrait permettre à un plus grand nombre d'organisations de pouvoir agir sur le système d'habitation avec *care* et donc de s'inscrire réellement en résistance aux normes et idées néolibérales.

Considérant l'importance de ces capacités collectives de *care* pour la création de logements sociaux, il semble important de poursuivre l'exploration de la construction de ce pouvoir d'agir pour résister à la néolibéralisation. Une des voies pour y arriver est d'explorer des initiatives

touchant d'autres populations moins consensuelles (ex. : travailleuses du sexe, utilisant des drogues, judiciairisées ou sans statut légal), mais également avec certains projets non aboutis en raison d'un manque de soutien politique ou financier. Cette comparaison permettrait de mieux saisir les tensions et difficultés à résister à la néolibéralisation par le *care*. De futures recherches devraient interroger les sources du pouvoir provenant des individus. À ce sujet, il serait pertinent d'explorer davantage le rôle de la position sociale des individus (classe, identité de genre, race, capacités, âge, etc.) qui composent les coalitions qui parviennent ou non à créer du logement social avec *care*. Cela permettrait également de vérifier si les femmes demeurent majoritaires au sein de ces processus guidés par le *care*. De plus, il serait important de s'attarder à d'autres politiques et stratégies qui émulent les capacités de *care* afin de réduire les inégalités de pouvoir entre les communautés. Il serait alors possible de dégager d'autres perspectives d'action pour résoudre la pénurie de logements sociaux.

Le troisième apport de cette thèse consiste à analyser la place des logements sociaux dans le développement de Villes en santé. Jusqu'à maintenant, peu d'études s'étaient penchées sur la place des interventions en habitation au sein de ce mouvement. Cette recherche s'inscrit en faux avec les écrits qui soulignent que la mise en œuvre de ce mouvement tend à entretenir une vision étroite de la santé qui évacue le logement. La collecte de données révèle plutôt que le logement est envisagé comme l'un des champs d'action pour la promotion de la santé tant dans les stratégies municipales que chez les intervenant·es interviewé·es. L'écueil de la mise en œuvre du mouvement se situe plutôt dans la participation des communautés. Ces enjeux ne sont pas nouveaux, puisqu'ils sont soulignés par d'autres recherches, et ce, depuis plusieurs années. Cette recherche met de l'avant l'absence de coalitions politiques visant à développer des Villes en santé qui incluent les intervenant·es associé·es au logement social. Les cas soulignent plutôt que cette approche se traduit dans les municipalités par des programmes et stratégies explicitant des moyens pour promouvoir la santé à l'échelle municipale. Au sein de ces stratégies, les gouvernements locaux assignent aux communautés certaines responsabilités pour la mise en œuvre à des partenaires communautaires, dont celle d'améliorer l'offre de logements sociaux. Cependant, les initiatives locales ne sont pas pensées comme des contributions pour des Villes en santé. Cette situation contribue, d'une part, à une instrumentalisation potentielle d'actions portées par les communautés pour atteindre des cibles municipales. Cela engendre, d'autre part, des décalages de vision quant au rôle du logement social pour la promotion de la santé entre les stratégies et les personnes interviewées.

L'analyse des processus mis en œuvre par les communautés pour créer du logement social sous l'angle des Villes en santé n'est pas un sujet évident. Alors qu'il y a à première vue une déconnexion entre les stratégies municipales et les actions concrètes liées au logement social, le *care* permet de les relier. Les éthiques du *care* expliquent la mobilisation des communautés qui concrétisent certains engagements des municipalités en matière de logements sociaux. Cette recherche indique que le *care* est nécessaire au développement de Villes en santé. Certains moyens associés aux stratégies Villes en santé incitent les communautés à se soucier des besoins locaux et facilitent la possibilité de se mobiliser avec des partenaires pour concrétiser une initiative de logements. Ainsi, s'intéresser à la place du logement social au sein des *Villes en santé* sous l'angle du *care* met en lumière des impensés de ce mouvement. Il serait intéressant de poursuivre l'exploration de ce mouvement sous l'angle du *care*. Cela permettrait de voir s'il s'agit d'une éthique qui se retrouve dans la mise en œuvre d'actions touchant d'autres déterminants de la santé. Il serait pertinent de vérifier si d'autres moyens associés à ces stratégies municipales soutiennent les capacités de *care* des communautés.

L'analyse d'un faible nombre de cas sous l'angle de la création de nouveaux logements sociaux permet de constater et de comprendre ce décalage entre les stratégies municipales et les initiatives concrètes pour développer des Villes en santé. Ces constats sont difficilement généralisables à partir de l'expérience de municipalités qui ne sont pas nécessairement représentatives de l'ensemble du mouvement au Canada. En effet, ce mouvement est formé d'une pluralité de gouvernements locaux qui ont leur propre approche fortement influencée par leur contexte, dont l'importance au sein des villes varie dans le temps, notamment selon les priorités des élu-es. Ainsi, les liens entre les stratégies municipales et des initiatives de logements pourraient être plus forts ailleurs ou même l'être dans le futur. De plus, les programmes visant les femmes cheffes de familles monoparentales ne constituent qu'une partie de l'offre de logements sociaux. Les cas étudiés ne sont donc pas représentatifs de l'ensemble des programmes créés et administrés par les communautés. Le thème de la santé est plus explicite lorsque les logements s'adressent à des personnes en situation de handicap, âgées ou ayant des troubles de santé mentale et de dépendance. Ainsi, il serait intéressant d'élargir la réflexion sur des programmes destinés à ces populations pour vérifier si ceux-ci entretiennent des liens plus directs avec la promotion de la santé. La création de logements sociaux est l'une des interventions touchant l'habitation. Afin de poursuivre la réflexion critique sur les Villes en santé, il serait intéressant de se pencher sur d'autres champs d'action qui relèvent davantage

des responsabilités municipales, tels que les opérations de lutte à l'insalubrité et les mesures pour l'inclusion de logements sociaux dans les nouveaux ensembles résidentiels.

Enfin, cette thèse souligne l'importance d'agir sur le système d'habitation ainsi que l'organisation du *care* pour assurer la santé de la population. Les mesures sanitaires liées à la pandémie de COVID-19 qui s'appuient sur le logement pour réduire les risques de contagion et réorganiser le *care* révèlent et exacerbent les inégalités au sein de nos villes. Comme les cas le signalent, le logement social constitue un important levier pour la promotion de la santé des ménages qui y résident. Ces interventions permettent également de renforcer les capacités individuelles et collectives de *care*. Néanmoins, il est illusoire de remédier aux inégalités de santé en s'appuyant uniquement sur la création de programmes de logements sociaux par des organisations communautaires qui dépassent leurs mandats et capacités financières. Ces actions menées par les communautés doivent être accompagnées de mesures structurelles pour résoudre la crise du logement, mais également mieux soutenir ce travail majoritairement exercé par des femmes. Ces moyens devraient permettre de remédier aux inégalités et se préparer aux prochaines crises sanitaires.

BIBLIOGRAPHIE

- Aalbers, Manuel B, Jannes Van Loon et Rodrigo Fernandez. 2017. « The financialization of a social housing provider. » *International Journal of Urban and Regional Research* 41 (4): 572-587.
- Adam, Silke et Hanspeter Kriesi. 2007. « The network approach. » *Theories of the policy process* 2: 189-220.
- Adamo, Abra, Fran Klodawsky, Tim Aubry et Stephen Hwang. 2016. « Ending homelessness in Canada, A Study f 10-Year Plans in 4 Canadian Cities. ».
- Adebayo, Ambrose A., Godfrey G. Musvoto et Pauline Adebayo. 2013. « Towards the Creation of Healthier City Neighbourhoods for Marginalised Communities in South Africa: A Case Study of the South Durban Industrial Basin in the City of Durban. » *Urban Forum* 24 (3): 343-355.
- Akrich, Madeleine, Michel Callon et Bruno Latour. 2006. *Sociologie de la traduction: textes fondateurs*. : Presses des MINES.
- Alcoff, Linda. 1992. « The Problem of Speaking for Others. » *Cultural Critique* 20 (Winter, 1991-1992): 5-32.
- Amat-Roze, Jeanne-Marie. 2011. « La territorialisation de la santé: quand le territoire fait débat. » *Hérodote* (4): 13-32.
- Anderson, Isobel et Aileen Barclay. 2003. « Housing and health. » In *Public Health in Practice*, sous la dir. de Andrew Watterson, 158-183. : Springer.
- André, Kevin et Anne-Claire Pache. 2016. « From caring entrepreneur to caring enterprise: Addressing the ethical challenges of scaling up social enterprises. » *Journal of Business Ethics* 133 (4): 659-675.
- Antonovsky, Aaron. 1996. « The salutogenic model as a theory to guide health promotion. » *Health Promotion International* 11 (1): 11-18.
- Armstrong, Chris et Judith Squires. 2002. « Beyond the public/private dichotomy: Relational space and sexual inequalities. » *Contemporary Political Theory* 1 (3): 261-283.
- Ashton, John. 1991. « The Healthy Cities Project: a challenge for health education. » *Health Education Quarterly* 18 (1): 39-48.
- Askew, Louise E. 2009. « 'At home' in state institutions: The caring practices and potentialities of human service workers. » *Geoforum* 40 (4): 655-663.

- ASPQ et OQI. 2020. *La COVID-19: un impact majeur sur la qualité de vie et la santé des femmes au Québec*: Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) et Observatoire québécois des inégalités (OQI). Consulté le 03-11-2021. https://www.aspq.org/app/uploads/2020/12/rapport_femmes-et-covid_impact_de_la_covid_sur_la_sante_et_qualite_de_vie_des-femmes_au_quebec.pdf.
- August, Martine. 2008. « Social mix and Canadian public housing redevelopment: Experiences in Toronto. » *Canadian Journal of Urban Research* 17 (1): 82-100.
- Aurich-Berheide, Patrizia, Serida L. Catalano, Paolo R. Graziano et Katharina Zimmermann. 2015. « Stakeholder participation and policy integration in local social and employment policies: Germany and Italy compared. » *Journal of European Social Policy* 25 (4): 379-392.
- Backe, Stefan, Staffan Janson et Toomas Timpka. 2012. « Governance and implementation of sports safety practices by municipal offices in Swedish communities. » *International Journal of Injury Control and Safety Promotion* 19 (2): 163-169. doi: 10.1080/17457300.2011.635212.
- Bacqué, Marie-Hélène et Mario Gauthier. 2011. « Participation, urbanisme et études urbaines. » *Participations* (1): 36-66.
- Baker, Emma. 2007. *Housing and Health: Examining the Impacts of Generational Housing Reform on Vulnerable Urban Households*. In *The 2007 State of Australian Cities Conference*, : Causal Productions Pty Ltd.
- Baker, Emma et Selina Tually. 2008. « Women, health and housing assistance: Implications in an emerging era of housing provision. » *Australian Journal of Social Issues* 43 (1): 123-138.
- Baker, Sarah Elsie et Rosalind Edwards. 2012. *How many qualitative interviews is enough*: National Centre for Research Method Review Paper.
- Balos, Beverly. 2004. « A Man's Home is His Castle: How the Law Shelters Domestic Violence and Sexual Harassment. » *Saint Louis University Public Law Review* 23: 77-106.
- Barata, Paula C et Donna E Stewart. 2010. « Searching for housing as a battered woman: Does discrimination affect reported availability of a rental unit? » *Psychology of Women Quarterly* 34 (1): 43-55.
- Barnes, Marian. 2008. « Passionate participation: Emotional experiences and expressions in deliberative forums. » *Critical Social Policy* 28 (4): 461-481.
- . 2012. *Care in everyday life: An ethic of care in practice*. Bristol: Policy Press.
- Barr, Victoria J. et Jodi Mucha. 2009. « Healthy cities/communities: An enduring approach to linking urban planning and citizen health. » *Plan Canada* 49 (4): 38-42.

- Barr, Victoria J., Steve Pedersen et Irving Rootman. 2006. *Evidence Review: Healthy Communities: CORE Public Health Functions for BC and Population Health and Wellness BC Ministry of Health.*
- Barten, Françoise, Marco Akerman, Daniel Becker, Sharon Friel, Trevor Hancock, Modi Mwatsama, Marilyn Rice, Shaaban Sheuya et Ruth Stern. 2011. « Rights, Knowledge, and Governance for Improved Health Equity in Urban Settings. » *Journal of Urban Health-Bulletin of the New York Academy of Medicine* 88 (5): 896-905.
- Barton, Hugh et Marcus Grant. 2013. « Urban Planning for Healthy Cities A Review of the Progress of the European Healthy Cities Programme. » *Journal of Urban Health-Bulletin of the New York Academy of Medicine* 90: S129-S141.
- Barton, Hugh, Marcus Grant, Claire Mitcham et Catherine Tsourou. 2009. « Healthy urban planning in European cities. » *Health Promotion International* 24: 91-99.
- Bassuk, Ellen L et Stephanie Geller. 2006. « The role of housing and services in ending family homelessness. » *Housing Policy Debate* 17 (4): 781-806.
- Bates, Charlotte, Rob Imrie et Kim Kullman. 2016. *Care and design: Bodies, buildings, cities.* : John Wiley & Sons.
- Baum, Frances Elaine. 1993. « Healthy Cities and change: social movement or bureaucratic tool? » *Health Promotion International* 8 (1): 31-40.
- Baumgartner, Frank R, Christoffer Green-Pedersen et Bryan D Jones. 2006. « Comparative studies of policy agendas. » *Journal of European Public Policy* 13 (7): 959-974.
- BC Housing. 2018. *Overview of Strategies from Case Studies of Supportive Housing Sites in BC: Province of British Columbia.*
- . 2019. *Provincial Rental Supply Program Framework: Province of British Columbia.*
- Béal, Vincent. 2012. « Résoudre les tensions entre généralisation et singularité par l'écriture comparative? » *Revue internationale de politique comparée* 19 (1): 39-59.
- Beauregard, Robert A. 2010. « Urban Studies. » In *Encyclopedia of Urban Studies*, sous la dir. de Ray Hutchinson, 930935. Thousand Oaks: Sage.
- Beckett, Clare. 2007. « Women, disability, care: Good neighbours or uneasy bedfellows? » *Critical Social Policy* 27 (3): 360-380.
- Beebejaun, Yasminah et Lucy Grimshaw. 2011. « Is the 'New Deal for Communities' a New Deal for Equality? Getting Women on Board in Neighbourhood Governance. » *Urban Studies* 48 (10): 1997-2011.
- Belkacem, Lila, Lucia Dierenberger, Karim Hammou et Zacharias Zoubir. 2019. « Prendre au sérieux les recherches sur les rapports sociaux de race. » In *Mouvements: des idées et des luttes.* : La Découverte.

- Bellot, Céline et Jacinthe Rivard. 2017. « Repenser l'itinérance au féminin dans le cadre d'une recherche participative. » *Criminologie* 50 (2): 95-121.
- Bengtsson, Bo. 2001. « Housing as a social right: Implications for welfare state theory. » *Scandinavian Political Studies* 24 (4): 255-275.
- Benoit, Cecilia et Leah Shumka. 2009. *Gendering the health determinants framework: Why girls' and women's health matters.* : Women's Health Research Network Vancouver, BC.
- Benoit, Cecilia, Leah Shumka, Kate Vallance, Helga Hallgrimsdottir, Rachel Phillips, Karen Kobayashi, Olena Hankivsky, Colleen Reid et Elana Brief. 2009. « Explaining the health gap experienced by girls and women in Canada: A social determinants of health perspective. » *Sociological Research Online* 14 (5): 9.
- Bentley, Michael. 2007. « Healthy Cities, local environmental action and climate change. » *Health Promotion International* 22 (3): 246-253. doi: 10.1093/heapro/dam013.
- Bereni, Laure et Anne Revillard. 2008. « La dichotomie " public-privé " à l'épreuve des critiques féministes: de la théorie à l'action publique. » In *Genre et action publique : la frontière public-privé en questions*, sous la dir. de P. Muller et R. Sénac-Slawinski, 27-55. : L'Harmattan.
- Berkeley, Dina et Jane Springett. 2006. « From rhetoric to reality: A systemic approach to understanding the constraints faced by Health For All initiatives in England. » *Social Science & Medicine* 63 (11): 2877-2889. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.07.023.
- . 2006. « From rhetoric to reality: Barriers faced by health for all initiatives. » *Social Science & Medicine* 63 (1): 179-188. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.11.057.
- Berkman, Lisa F et Ichirō Kawachi. 2014. « A historical framework for social epidemiology. » In *Social epidemiology*, sous la dir. de Lisa F Berkman, Ichirō Kawachi et M Maria Glymour, 1-16. : Oxford University Press.
- Bernier, Luc, Guy Lachapelle et Stéphane Paquin. 2011. *Analyse des politiques publiques (L').* : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Bertrand, Lise. 2004. Des gestes plus grands que la panse. Vers un Conseil de politique alimentaire à Montréal ? sous la dir. de Direction de la santé publique.
- Bilge, Sirma. 2010. « De l'analogie à l'articulation: théoriser la différenciation sociale et l'inégalité complexe. » *L'Homme et la société* (2): 43-64.
- . 2013. « Intersectionality Undone. Saving Intersectionality from Feminist Intersectionality Studies. » *Du Bois Review: Social Science Research on Race* 10 (02): 405-424.
- Bird, Chloe E et Patricia P Rieker. 1999. « Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health. » *Social Science & Medicine* 48 (6): 745-755.
- Blessing, Anita. 2012. « Magical or monstrous? Hybridity in social housing governance. » *Housing Studies* 27 (2): 189-207.

- . 2016. « Repackaging the poor? Conceptualising neoliberal reforms of social rental housing. » *Housing Studies* 31 (2): 149-172.
- Bloch, Katrina et Tiffany Taylor. 2014. « Welfare queens and anchor babies: A comparative study of stigmatized mothers in the United States. » *Mothering in the Age of Neoliberalism* : 199-210.
- Blondiaux, Loïc. 2008. *Le nouvel esprit de la démocratie : Actualité de la démocratie participative*. Paris: Seuil.
- Boisvert, Yves et Magaly Brodeur. 2010. « L'éthique publique: à la jonction de la sociologie de l'action publique. » In *Analyse des politiques publiques*, sous la dir. de Stéphane Paquin, Luc Bernier et Guy Lachapelle. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Bondi, Liz. 1998. « Gender, class, and urban space: Public and private space in contemporary urban landscapes. » *Urban Geography* 19 (2): 160-185.
- Bonner-Thompson, Carl et Linda McDowell. 2020. « Precarious lives, precarious care: Young men's caring practices in three coastal towns in England. » *Emotion, Space and Society* 35: 100684.
- Bouchard, Marie J, Winnie Frohn et Richard Morin. 2010. « Le logement communautaire au Québec: apports et limites d'une innovation sociale. » *Lien social et Politiques* (63): 93-103.
- Bouchard, Marie J et Marcellin Hudon. 2005. « Le logement coopératif et associatif comme innovation sociale émanant de la société civile. » *Revue Interventions économiques Papers in Political Economy* (32): 14.
- Bourque, Denis. 2008. *Concertation et partenariat : entre levier et piège du développement des communautés*. Québec, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Boussaguet, Laurie et Claire Dupuy. 2015. « L'analyse des politiques publiques à l'épreuve de la comparaison. » *Revue internationale de politique comparée* 21 (2): 97-119.
- Boutilier, Marie, Shelley Cleverly et Ronald Labonté. 2000. « Community as a Setting for Health Promotion. » In *Settings for health promotion: Linking theory and practice*, sous la dir. de Blake D Poland, Lawrence W Green et Irving Rootman, 250-307. London: Sage Publications.
- Bowen, Deborah J., Tracy A. Battaglia, Samantha S. Murrell, Sarah G. Bhosrekar, Sarah E. Caron, Eugenia Smith, Gerry Thomas, Jo-Anna Rorie, Laura M. Maetschke et Rachel Goodman. 2013. « What Do Public Housing Residents Say About Their Health? » *Progress in Community Health Partnerships-Research Education and Action* 7 (1): 39-47.
- Bowen, William M., Ronnie A. Dunn et David O. Kasdan. 2010. « What Is "Urban Studies"? Context, Internal Structure, and Content. » *Journal of Urban Affairs* 32 (2): 199-227.
- Bowlby, Sophie. 2011. « Friendship, co-presence and care: neglected spaces. » *Social & Cultural Geography* 12 (6): 605-622.

- . 2012. « Recognising the time-space dimensions of care: Caringscapes and carescapes. » *Environment and Planning A* 44 (9): 2101-2118.
- . 2019. « Caring in domestic spaces: inequalities and housing. » In *The new politics of home: Housing, gender and care in times of crisis*, sous la dir. de Eleanor Jupp, Sophie Bowlby, Jane Franklin et Sarah Marie Hall. : Policy Press.
- Bowlby, Sophie, Susan Gregory et Linda McKie. 1997. « "Doing Home": Patriarchy, Caring, and Space. » *Women's Studies International Forum* 20 (3): 343-350.
- Bowleg, Lisa. 2012. « The Problem With the Phrase Women and Minorities: Intersectionality— an Important Theoretical Framework for Public Health. » *American Journal of Public Health* 102 (7): 1267-1273.
- Boyd, J., D. Cunningham, S. Anderson et T. Kerr. 2016. « Supportive housing and surveillance. » *International Journal of Drug Policy* 34: 72-79.
- Brassolotto, Julia, Dennis Raphael et Navindra Baldeo. 2014. « Epistemological barriers to addressing the social determinants of health among public health professionals in Ontario, Canada: A qualitative inquiry. » *Critical Public Health* 24 (3): 321-336.
- Braubach, Matthias. 2011. « Key challenges of housing and health from WHO perspective. » *International Journal of Public Health* 56 (6): 579-580.
- Brenner, Neil et Nik Theodore. 2002. « Cities and the geographies of "actually existing neoliberalism". » *Antipode* 34 (3): 349-379.
- Bresson, Maryse et Lucie Dumais. 2017. « Les paradoxes du recours aux aidants familiaux. L'exemple des politiques de soutien à domicile dans le champ du handicap en France et au Québec. » *Revue des politiques sociales et familiales* 124 (1): 43-52.
- Breux, Sandra, Jean-Pierre Collin, Geneviève Cloutier et Claire Poitras. 2015. « Les études urbaines et l'urbanisme au Québec deux compagnons de route indissociables, indépendants et qui s'ignorent... » *RIURBA: Revue internationale d'urbanisme* 2015 (1).
- Bridgman, Rae. 2002. « Housing chronically homeless women: "Inside" a safe haven. » *Housing Policy Debate* 13 (1): 51-81.
- Brown, Michael. 2003. « Hospice and the spatial paradoxes of terminal care. » *Environment and Planning A* 35 (5): 833-851.
- Brugère, Fabienne. 2013. *La politique de l'individu*. : Le Seuil.
- . 2020. « Le care à l'épreuve du néolibéralisme. » In *Éthiques de l'hospitalité, du don et du care: Actualité, regards croisés*, sous la dir. de Sophie Bourgeault, Sophie Cloutier et Stéphanie Gaudet. : University of Ottawa Press.
- Bryant, Toba. 2003. « The current state of housing in Canada as a social determinant of health. » *Policy Options* 24 (3): 52-56.

- . 2013. « Policy change and the social determinants of health. » *Health Promotion and the Policy Process* : 63-81.
- . 2016. « Housing and health. » *Social determinants of health: Canadian perspectives* : 360-387.
- Buchner, D. M., R. M. Nicola, M. L. Martin et D. L. Patrick. 1997. « Physical activity and health promotion for older adults in public housing. » *American journal of preventive medicine* 13 (6): 57-62.
- Bullen, Chris, Robin A. Kearns, Janet Clinton, Patricia Laing, Faith Mahoney et Ingrid McDuff. 2008. « Bringing health home: Householder and provider perspectives on the healthy housing programme in Auckland, New Zealand. » *Social Science & Medicine* 66 (5): 1185-1196.
- Burris, Scott, Trevor Hancock, Vivian Lin et Andre Herzog. 2007. « Emerging strategies for healthy urban governance. » *Journal of Urban Health* 84 (1): 154-163.
- Burris, Scott et Danielle Ompad. 2010. « Healthy urban governance. » In *Urban Health: Global Perspectives*, sous la dir. de David Vlahov, Jo Ivey Boufford, Clarence E. Pearson et Laurie Norris, 355-365.
- Cairney, Paul et Tanya Heikkila. 2014. « A comparison of theories of the policy process. » *Theories of the policy process* 3: 363-389.
- Callaghan, Maureen, Leilani Farha, Bruce Porter, J Fraser, N Harragher, M Mulgrave et S Tingley. 2002. *Women and housing in Canada: Barriers to equality*. : Centre for Equality Rights in Accommodation Toronto.
- Cameron, A., L. Lloyd, W. Turner et G. Macdonald. 2009. « Working across boundaries to improve health outcomes: a case study of a housing support and outreach service for homeless people living with HIV. » *Health & Social Care in the Community* 17 (4): 388-395.
- Capolongo, Stefano, Nina Lemaire, Alessandra Oppio, Maddalena Buffoli et Anne Roué Le Gall. 2016. « Action planning for healthy cities: the role of multi-criteria analysis, developed in Italy and France, for assessing health performances in land-use plans and urban development projects. » *Epidemiologia & Prevenzione* 40 (3-4): 257-264. doi: 10.19191/ep16.3-4.P257.093.
- Carmalt, Jean Connolly. 2011. « Human Rights, Care Ethics and Situated Universal Norms. » *Antipode* 43 (2): 296-325.
- Carroll, Barbara Wake et Ruth J. E. Jones. 2000. « The Road to Innovation, Convergence or Inertia: Devolution in Housing Policy in Canada. » *Canadian Public Policy/Analyse de Politiques* : 277-293.
- Carter, Eric D. 2015. « Making the Blue Zones: Neoliberalism and Nudges in Public Health Promotion. » *Social Science and Medicine* 133: 374-382.

- Cave, Ben, Peter Molyneux et Adam Coutts. 2004. « Healthy sustainable communities: what works? » *Milton Keynes ans South Midlands Health and Social Care Group*.
- Celis, Leila, TGFM et COSSL. 2021. *Groupes communautés et femmes en situation de pauvreté à Montréal: besoins, pratiques et enjeux intersectionnels*. Montréal: Service aux collectivités de l'UQAM / Table des groupes de femmes de Montréal / Comité des Organismes Sociaux de Saint-Laurent. Consulté le 03-11-2021. <https://www.tgfm.org/fr/nos-publications/66>.
- Charron, Hélène. 2016. « Démarches méthodologiques et perspectives féministes. » *Recherches féministes* 29 (1): 1-8.
- Chatel, Vivianne. 2008. « Au-delà de la vulnérabilité sociale, la vulnérabilité symbolique. » In *Penser la vulnérabilité: visages de la fragilisation du social*, sous la dir. de Vivianne Chatel et Shirley Roy, 201-237. : PUQ.
- Chaviano, C. L. 2016. « A place of our own: a narrative review of the family housing services literature. » *Child & Family Social Work* 21 (1): 36-43. doi: 10.1111/cfs.12102.
- Chircop, Andrea. 2008. « An ecofeminist conceptual framework to explore gendered environmental health inequities in urban settings and to inform healthy public policy. » *Nursing Inquiry* 15 (2): 135-147.
- Choko, Marc, Jean-Pierre Collin et Annick Germain. 1987. « Le logement et les enjeux de la transformation de l'espace urbain: Montréal, 1940-1960. Deuxième partie. » *Urban History Review/Revue d'histoire urbaine* 15 (3): 243-253.
- Chu, T., M. Hackett et N. Kaur. 2016. « Housing influences among sleep-related infant injury deaths in the USA. » *Health Promotion International* 31 (2): 396-404.
- Chung, Ryoa. 2018. « Les études féministes pour résister aux injustices épistémiques. » In *Déjouer le silence: contre-discours sur les femmes haïtiennes*, sous la dir. de Sabine Lamour, Denyse Côté et Darline Alexis. : Mémoire d'encrier.
- City of Toronto. 2009. *Housing opportunities Toronto*. Consulté le 2021-10-29. https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2018/12/94f8-hot_actionplan.pdf.
- . 2019. *HousingTO 2020-2030 Action Plan*. Toronto. Consulté le 2022-01-03. <https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2020/04/94f0-housing-to-2020-2030-action-plan-housing-secretariat.pdf>.
- . 2020. *Social Housing Waiting List Reports*. Consulté le 2020-05-25. <https://www.toronto.ca/city-government/data-research-maps/research-reports/housing-and-homelessness-research-and-reports/social-housing-waiting-list-reports/>.
- City of Vancouver. 2014. *A Healthy City For All: Vancouver Healthy City Strategy Phase 1: rapport du Community services - Social Policy Division*. Consulté le 2021-10-29. https://council.vancouver.ca/20141029/documents/ptec1_appendix_a_final.pdf.

- . 2015. A healthy city for all. Healthy city strategy - Four year action plan 2015-2018 phase 2. sous la dir. de City of Vancouver. Consulté le 2021-10-29. <https://vancouver.ca/files/cov/Healthy-City-Strategy-Phase-2-Action-Plan-2015-2018.pdf>.
- . 2017. *Housing Vancouver Strategy*. Vancouver. Consulté le 2021-10-29. <https://council.vancouver.ca/20171128/documents/rr1appendixa.pdf>.
- Clark, Julie et Ade Kearns. 2012. « Housing improvements, perceived housing quality and psychosocial benefits from the home. » *Housing Studies* 27 (7): 915-939.
- Clarke, Andrew, Lynda Cheshire et Cameron Parsell. 2020. « Bureaucratic encounters “after neoliberalism”: Examining the supportive turn in social housing governance. » *The British journal of sociology* 71 (2): 253-268.
- Clarke, Andrew et Cameron Parsell. 2020. « The ambiguities of homelessness governance: Disentangling care and revanchism in the neoliberalising city. » *Antipode* 52 (6): 1624-1646.
- Clavier, Carole. 2011. « La santé publique, un enjeu politique local? La politisation des politiques publiques en France et au Danemark. » *Revue internationale de politique comparée* 18 (4): 13-27.
- . 2013. « Les causes locales de la convergence. » *Gouvernement et action publique* (3): 395-413.
- Clavier, Carole et France Gagnon. 2013. « L'action intersectorielle en santé publique ou lorsque les institutions, les intérêts et les idées entrent en jeu. » *The Innovation Journal* 18 (2): 17.
- Clavier, Carole et Michel O'Neill. 2017. « The Role of Policy Coalitions in Understanding Community Participation in Healthy Cities Projects. » In *Healthy Cities: The Theory, Policy, and Practice of Value-Based Urban Planning*, sous la dir. de Evelyne de Leeuw et Jean Simos, 359-373. New York: Springer.
- Clayton, John, Catherine Donovan et Jacqui Merchant. 2015. « Emotions of austerity: Care and commitment in public service delivery in the North East of England. » *Emotion, Space and Society* 14: 24-32.
- Cloke, Paul, Sarah Johnsen et Jon May. 2005. « Exploring ethos? Discourses of ‘charity’ in the provision of emergency services for homeless people. » *Environment and Planning A* 37 (3): 385-402.
- . 2007. « Ethical citizenship? Volunteers and the ethics of providing services for homeless people. » *Geoforum* 38 (6): 1089-1101.
- Cloke, Paul, Jon May et Andrew Williams. 2017. « The geographies of food banks in the meantime. » *Progress in Human Geography* 41 (6): 703-726.
- Cloutier, Geneviève, Jean-Pierre Collin et Claire Poitras. 2011. *Dix ans d'études urbaines au Québec: bilan et perspectives d'avenir*. : Presses de l'Université Laval.

- Cloutier, Geneviève et Muriel Sacco. 2012. « Les mouvements sociaux urbains dans les politiques socio-urbaines : le cas du quartier Sainte-Marie à Montréal. » *L'Information géographique* 76 (1): 58-73.
- Coburn, David. 2004. « Beyond the income inequality hypothesis: class, neo-liberalism, and health inequalities. » *Social Science & Medicine* 58 (1): 41-56.
- Cohen, Yolande. 2012. « Le genre des États-providence: maternalisme et familialisme en France et au Canada. » *Revue française des affaires sociales* (2): 32-51.
- Collins, Cyleste C., Rebecca D'Andrea, Kendra Dean et David Crampton. 2016. « Service Providers' Perspectives on Permanent Supportive Housing for Families. » *Families in Society-the Journal of Contemporary Social Services* 97 (3): 243-252. doi: 10.1606/1044-3894.2016.97.27.
- Collins, Patricia A. 2012. « Do great local minds think alike? Comparing perceptions of the social determinants of health between non-profit and governmental actors in two Canadian cities. » *Health Education Research* 27 (3): 371-384.
- Collins, Patricia A et Michael V Hayes. 2010. « The role of urban municipal governments in reducing health inequities: A meta-narrative mapping analysis. » *International Journal for Equity in Health* 9. doi: 10.1186/1475-9276-9-13.
- Collins, Patricia Hill. 1990. « Toward an Afrocentric feminist epistemology. » *Turning Points in Qualitative Research* : 47-72.
- Conner, Ross et Doug Easterling. 2009. « The Colorado Trust's Healthy Communities Initiative: Results and lessons for comprehensive community initiatives. » *The Foundation Review* 1 (1): 24-42.
- Conradson, David. 2003. « Doing organisational space: practices of voluntary welfare in the city. » *Environment and Planning A* 35 (11): 1975-1992.
- . 2003. « Geographies of care: spaces, practices, experiences. » *Social & Cultural Geography* 4 (4): 451-454.
- . 2003. « Spaces of care in the city: the place of a community drop-in centre. » *Social & Cultural Geography* 4 (4): 507-525.
- . 2011. « Care and Caring. » In *A Companion to Social Geography*, 454-471. : Wiley-Blackwell.
- Conseil des Montréalaises. 2019. *Se loger à Montréal: Avis sur la discrimination des femmes en situation de handicap et le logement*. Consulté le 03-11-2021.
https://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/page/cons_montrealaises_fr/media/documents/conseil_des_montrealaises_avis_logement_handicap_web.pdf.
- Co-op. 2019. *About Canada*. Co-operative Housing International. Consulté le 2020-03-21.
<https://www.housinginternational.coop/co-ops/canada/>.

- Corburn, Jason. 2007. « Reconnecting with Our Roots American Urban Planning and Public Health in the Twenty-first Century. » *Urban Affairs Review* 42 (5): 688-713.
- . 2009. *Toward the healthy city: people, places, and the politics of urban planning*. : MIT Press.
- . 2017. « Equitable and Healthy City Planning: Towards Healthy Urban Governance in the Century of the City. » In *Healthy Cities: The Theory, Policy, and Practice of Value-Based Urban Planning*, sous la dir. de Evelyne de Leeuw et Jean Simos, 31-41. New York: Springer.
- Corburn, Jason, Shasa Curl, Gabino Arredondo et Jonathan Malagon. 2014. « Health in All Urban Policy: City Services through the Prism of Health. » *Journal of Urban Health-Bulletin of the New York Academy of Medicine* 91 (4): 623-636. doi: 10.1007/s11524-014-9886-3.
- Cox, Rosie. 2010. « Some problems and possibilities of caring. » *Ethics, Place and Environment* 13 (2): 113-130.
- . 2013. « Gendered spaces of commoditised care. » *Social & Cultural Geography* 14 (5): 491-499.
- Crenshaw, Kimberle. 1991. « Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. » *Stanford Law Review* 43 (6): 1241-1299.
- Curtis, Sarah, Ben Cave et Adam Coutts. 2002. « Is urban regeneration good for health? Perceptions and theories of the health impacts of urban change. » *Environment and Planning C-Government and Policy* 20 (4): 517-534. doi: 10.1068/c02r.
- Dalton, Tony. 2009. « Housing policy retrenchment: Australia and Canada compared. » *Urban Studies* 46 (1): 63-91.
- Dandoy, Régis et Geoffroy Matagne. 2011. « Carte mentale: regard critique et méthodologique. » In *Carte mentale et science politique: Regards et perspectives critiques sur l'emploi d'un outil prometteur*, sous la dir. de Sandra Breux, Min Reuchamps et Hugo Loiseau, 147-162. : PIE-Peter Lang.
- Daniels, Jessie et Amy J. Schulz. 2006. « Constructing Whiteness in Health Disparities Research. » In *Gender, Race, Class, and Health: Intersectional Approaches*, sous la dir. de Amy J Schulz et Leith Mullings, 89-130. : Jossey-Bass San Francisco.
- Dansereau, Francine et Loïc Aubrée. 2005. *Politiques et interventions en habitation: analyse des tendances récentes en Amérique du Nord et en Europe*. : Presses Université Laval.
- Davies, Wayne KD. 2015. « Healthy Cities: Old and New Solutions. » In *Theme cities: solutions for urban problems*, sous la dir. de Wayne KD Davies, 477-531. : Springer.
- . 2015. *Theme cities: solutions for urban problems*. : Springer.

- de Leeuw, Evelyne. 2017. « From Urban Projects to Healthy City Policies. » In *Healthy Cities The Theory, Policy, and Practice of Value-Based Urban Planning*, sous la dir. de Evelyne de Leeuw et Jean Simos, 407-437. : Springer.
- . 2017. « Healthy Cities are back! (They were never gone). » *Health Promotion International* 32 (4): 606-609.
- de Leeuw, Evelyne, Geoff Green, Lucy Spanswick et Nicola Palmer. 2015. « Policymaking in European healthy cities. » *Health Promotion International* 30 Suppl 1: i18-i31. doi: 10.1093/heapro/dav035.
- de Leeuw, Evelyne, Ilona Kickbusch, Nicola Palmer et Lucy Spanswick. 2015. « European Healthy Cities come to terms with health network governance. » *Health Promotion International* 30 Suppl 1: i32-i44.
- DeLeon, Peter. 1999. « The stages approach to the policy process: What has it done? Where is it going. » *Theories of the policy process* 1 (19): 19-32.
- Delphy, Christine. 2009. *L'ennemi principal: penser le genre (tome 2)*. : Syllepse.
- Desroches, Marie-Eve. 2018. « L'intersectionnalité et l'éthique du care pour approfondir le rôle du logement en santé publique. » *Éthique publique Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale* 20 (2).
- . 2020. « Créer des logements sociaux pour les femmes: une question de care qui va au-delà du privé. » *Cahiers de géographie du Québec* 64 (181-182): 53-69.
- . 2022. « La place des logements sociaux dans le mouvement des Villes en santé. » *Lien social et Politiques* (87): 192-211.
- Desroches, Marie-Eve et Blake Poland. 2021. « The place of care in social housing in a neoliberal era. » *International Journal of Housing Policy* : 1-22.
- Donchin, M., A. A. Shemesh, P. Horowitz et N. Daoud. 2006. « Implementation of the Healthy Cities' principles and strategies: an evaluation of the Israel Healthy Cities network. » *Health Promotion International* 21 (4): 266-273.
- Dooris, Mark. 1999. « Healthy Cities and Local Agenda 21: the UK experience—challenges for the new millennium. » *Health Promotion International* 14 (4): 365-375.
- Dooris, Mark et Zoe Heritage. 2013. « Healthy Cities: facilitating the active participation and empowerment of local people. » *Journal of Urban Health* 90 (Suppl 1): 74-91. doi: 10.1007/s11524-011-9623-0.
- Doyal, Lesley. 2001. « Sex, gender, and health: the need for a new approach. » *British Medical Journal* 323 (7320): 1061.
- Doyle, Veronica M, Beverly Burnside et Sheila Scott. 1996. *The Single Parents' Housing Study: The Effect of Housing Governance on the Health and Wellbeing of Single Parent Families in Vancouver*.

- Drew, Erin. 2013. « Teaching and Learning Guide for: Ecocriticism and Eighteenth-Century English Studies. » *Literature Compass* 10 (4): 301-310. doi: 10.1111/lic3.12050.
- Duffy, Mignon. 2005. « Reproducing labor inequalities: Challenges for feminists conceptualizing care at the intersections of gender, race, and class. » *Gender & Society* 19 (1): 66-82.
- Duhl, Leonard J. 1993. « Conditions for Healthy Cities - Diversity, Game Boards and Social Entrepreneurs. » *Environment and Urbanization* 5 (2): 112-124. doi: Doi 10.1177/095624789300500209.
- Duncan, Nancy. 1996. « Renegotiating gender and sexuality in public and private spaces. » In *BodySpace Destabilizing geographies of gender and sexuality*, sous la dir. de Nancy Duncan, 127-144.
- Dunn, James R. 2000. « Housing and health inequalities: review and prospects for research. » *Housing Studies* 15 (3): 341-366.
- Dunn, James R, Michael V Hayes, J David Hulchanski, Stephen Hwang et Louise Potvin. 2004. « Housing as a socio-economic determinant of health: a Canadian research framework. » In *Housing & health: Research, policy and innovation*, sous la dir. de Philppa Howden-Chapman et Penelope Carroll, 12-39.
- . 2006. « Housing as a socio-economic determinant of health: Findings of a national needs, gaps and opportunities assessment. » *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Santé Publique* : S11-S15.
- Dwyer, Sonya Corbin et Jennifer L Buckle. 2009. « The Space Between: On Being an Insider-Outsider in Qualitative Research. » *International Journal of Qualitative Methods* 8 (1): 54-63.
- Dyck, Isabel et Parin Dossa. 2007. « Place, health and home: gender and migration in the constitution of healthy space. » *Health & Place* 13 (3): 691-701.
- Dyck, Isabel, Pia Kontos, Jan Angus et Patricia McKeever. 2005. « The home as a site for long-term care: meanings and management of bodies and spaces. » *Health & Place* 11 (2): 173-185.
- Dye, Christopher. 2008. « Health and urban living. » *Science* 319 (5864): 766-769.
- Dyke, Tim. 2012. « Healthy Cities are a reality: old cities with old ideas can offer a future. » *Perspectives in Public Health* 132 (3): 104-104.
- Easterlow, Donna et Susan J Smith. 2004. « Housing for health: can the market care? » *Environment and Planning A* 36 (6): 999-1017.
- Elengold, Kate Sablosky. 2015. « Structural Subjugation: Theorizing Racialized Sexual Harassment in Housing. » *Yale Journal of Law & Feminism* 27 (2): 227-282.
- Emejulu, Akwugo et Leah Bassel. 2018. « Austerity and the Politics of Becoming. » *Journal of Common Market Studies* 56: 109-119.

- Engster, Daniel. 2007. *The Heart of Justice : Care ethics and Political Theory*. : Oxford University Press on Demand.
- Espace MUNI. 2021. *Mission*. Consulté le 2022-01-04. <https://espacemuni.org/a-propos/mission/>.
- Fagan, Charlotte et Dan Trudeau. 2014. « Empowerment by Design? Women's Use of New Urbanist Neighborhoods in Suburbia. » *Journal of Planning Education and Research* 34 (3): 325-338.
- Farrant, Wendy. 1994. « Building healthy public policy: The healthy communities movement as an entry point A review of recent literature. » *Critical Public Health* 5 (1): 49-64.
- Farrell, Anne F., Preston A. Britner, Mariana Guzzardo et Samantha Goodrich. 2010. « Supportive housing for families in child welfare: Client characteristics and their outcomes at discharge. » *Children and Youth Services Review* 32 (2): 145-154. doi: 10.1016/j.childyouth.2009.06.012.
- Fischer, Frank et Gerald J Miller. 2006. *Handbook of public policy analysis: theory, politics, and methods*. : crc Press.
- Fischer, Frank, Gerald J. Miller et Mara S. Sidney. 2006. « Introduction. » In *Handbook of public policy analysis*, sous la dir. de Frank Fischer, Gerald J. Miller et Mara S. Sidney, xix-xxv.
- Flynn, Beverly Collora. 1996. « Healthy Cities: toward worldwide health promotion. » *Annual Review Public Health* 17 (1): 299-309.
- Fortin, Jean-Paul, Gisèle Groleau, Vincent Lemieux, Michel O'Neill et Paul Lamarche. 1994. *L'action intersectorielle en santé*. Sainte-Foy: Université Laval et Équipe de recherche en organisation et évaluation des services de santé de la Direction régionale de Santé publique de Québec.
- FQCH. 2018. Les enjeux prioritaires de l'habitation communautaire et sociale pour les élections de 2018. : Fonds québécois d'habitation communautaire. Consulté le 03-12-2020. <https://rqoh.com/lhabitation-communautaire-un-dossier-incontournable-pour-les-elections-quebecoises-de-2018/>.
- Frankish, C James, Stephen Hwang et Darryl Quantz. 2005. « Homelessness and health in Canada: research lessons and priorities. » *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique* : S23-S29.
- FRAPRU. 2019. *Dossier noir: femmes logement et pauvreté*: Front d'action populaire en réaménagement urbain. Consulté le 03-11-2021. <https://www.frapru.qc.ca/wp-content/uploads/2019/03/DNFemmes2019.pdf>.
- Fraser, Nancy. 1990. « Rethinking the public sphere: A contribution to the critique of actually existing democracy. » *Social Text* (25/26): 56-80.
- . 2016. « Contradictions of capital and care. » *New Left Review* 100 (99).

- Fraser, Nancy et Linda Gordon. 1994. « A genealogy of dependency: Tracing a keyword of the US welfare state. » *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 19 (2): 309-336.
- Freudenberg, Nicholas. 2006. « Interventions to improve urban health. » In *Cities and the Health of the Public*, 294-326.
- Freudenberg, Nicholas et Sandro Galea. 2008. « Cities of consumption: the impact of corporate practices on the health of urban populations. » *Journal of Urban Health* 85 (4): 462-471.
- Frève, Richard. 2011. « Le rôle des idées dans les politiques publiques. » In *L'analyse des politiques publiques*, sous la dir. de Luc Bernier, Guy Lachapelle et Stéphane Paquin, 125-161. : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Froding, K., C. Eriksson et I. Elander. 2008. « Partnership for healthy neighbourhoods - City networking in multilevel context. » *European Urban and Regional Studies* 15 (4): 317-331. doi: 10.1177/0969776408095108.
- Frohlich, Katherine L, Blake Poland et M Shareck. 2012. « Contrasting entry points for intervention in health promotion practice: situating and working with context. » In *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives on Practice*, 102-116.
- Frohlich, Katherine L et Louise Potvin. 2008. « Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. » *American Journal of Public Health* 98 (2): 216-221.
- Frumkin, Howard. 2003. « Healthy places: exploring the evidence. » *American Journal of Public Health* 93 (9): 1451-1456.
- Fuller-Thomson, Esme, J David Hulchanski et Stephen Hwang. 2000. « The housing/health relationship: what do we know? » *Reviews on Environmental Health* 15 (1-2): 109-134.
- Gaetz, Stephen, Erin Dej, Tim Richter et Melanie Redman. 2016. *The state of homelessness in Canada 2016*. : Canadian Homelessness Research Network.
- Galea, Sandro, Nicholas Freudenberg et David Vlahov. 2005. « Cities and population health. » *Social Science & Medicine* 60 (5): 1017-1033.
- Galea, Sandro et David Vlahov. 2005. « Epidemiology and urban health research. » In *Handbook of Urban Health*, 259-276. : Springer.
- . 2005. « Urban Health: Evidence, Challenges, and Directions. » *Annual Review of Public Health* 26 (1): 341-365.
- Gardiner, Patricia et Hemalata C Dandekar. 1993. « Housing and gender: Beyond the public/private dichotomy. » In *Shelter, Women, and Development: First and Third World Perspectives*, 62-67.
- Gaudet, Stéphanie. 2015. « La participation sociale... entre le care et le don. » *Sophie Bourgault et Julie Perreault (sous la dir de), Le care Éthique féministe actuelle, Montréal, Remue-ménage* : 137-161.

- Gaudet, Stéphanie et Martin Turcotte. 2013. « Sommes-nous égaux devant l'«injonction» à participer? Analyse des ressources et des opportunités au cours de la vie. » *Sociologie et Sociétés* 45 (1): 117-145.
- Gaudreault, Allan et Marie Bouchard. 2002. *Le financement du logement communautaire: évolution et perspectives.* : ARUC-économie sociale.
- Gauthier, Benoit. 2009. « La structure de la preuve. » In *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*, 5e éd., sous la dir. de Benoit (dir) Gauthier, 169-198. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Gazibo, Mamoudou et Jane Jenson. 2004. *La politique comparée: fondements, enjeux et approches théoriques.* : PUM.
- Gazzoli, Patricia et Joanna Sauermann. 2012. *Les effets des réseaux intersectoriels sur les organisations participantes: proposition d'un cadre théorique pour l'étude de l'influence des tables de quartier sur les organisations publiques et les organisations du tiers secteur.* : Chaire de recherche du Canada en économie sociale, Université de Montréal.
- Geidne, Jonny, Karin Froding, Stig Montin et Charli Eriksson. 2012. « Implementation Structure and Participation at Neighbourhood Level-A Multiple Case Study of Neighbourhood Development in Sweden. » *Systemic Practice and Action Research* 25 (4): 305-322. doi: 10.1007/s11213-012-9227-y.
- Gilligan, Carol. 1982. *In a different voice.* : Harvard University Press.
- Glouberman, Sholom et John Millar. 2003. « Evolution of the determinants of health, health policy, and health information systems in Canada. » *American Journal of Public Health* 93 (3): 388-392.
- Godbout, Jacques. 1983. *Participation contre la démocratie*, Les Éditions coopératives Albert Saint-Martin. Montréal.
- Gore, Dana et Anita Kothari. 2012. « Social determinants of health in Canada: Are healthy living initiatives there yet? A policy analysis. » *International Journal for Equity in Health* 11 (1): 41.
- Goumans, Marleen et Jane Springett. 1997. « From projects to policy: 'Healthy cities' as a mechanism for policy change for health? » *Health Promotion International* 12 (4): 311-322.
- Gouvernement de l'Ontario. 2016. *Mise à jour de la stratégie à long terme de logement abordable*. Consulté le 2021-10-29. <https://collections.ola.org/mon/30003/334198-f.pdf>.
- Grant, Marcus. 2015. « European Healthy City Network Phase V: patterns emerging for healthy urban planning. » *Health Promotion International* 30 Suppl 1: i54-i70.
- Green, Geoff. 2012. « Intersectoral planning for city health development. » *Journal of Urban Health* 89 (2): 247-257.

- . 2013. « Age-Friendly Cities of Europe. » *Journal of Urban Health-Bulletin of the New York Academy of Medicine* 90: S116-S128. doi: 10.1007/s11524-012-9765-8.
- Green, Geoff, John Acres, Charles Price et Agis D. Tsouros. 2009. « City health development planning. » *Health Promotion International* 24 Suppl 1: i72-i80.
- Green, Geoff, Josephine Jackisch et Gianna Zamaro. 2015. « Healthy cities as catalysts for caring and supportive environments. » *Health Promotion International* 30 Suppl 1: i99-i107.
- Green, Geoff, Charles Price, Alistair Lipp et Richard Priestley. 2009. « Partnership structures in the WHO European Healthy Cities project. » *Health Promotion International* 24 Suppl 1: i37-i44.
- Green, Lawrence W, Blake Poland et Irving Rootman. 1999. « The settings approach to health promotion. » *Settings for health promotion: Linking theory and practice* : 1-43.
- Green, Maia et Victoria Lawson. 2011. « Recentring care: interrogating the commodification of care. » *Social & Cultural Geography* 12 (6): 639-654.
- Gurstein, Penny, Erin LaRocque et Robert J. MacDonald. 2018. *No Vacancy High Rent. Low Vacancy. Growing Homelessness.*
- Hackworth, Jason et Abigail Moriah. 2006. « Neoliberalism, contingency and urban policy: The case of social housing in Ontario. » *International Journal of Urban and Regional Research* 30 (3): 510-527.
- Hancock, Trevor. 1993. « The evolution, impact and significance of the health cities/healthy communities movement. » *Journal of public health policy* 14 (1): 5-18.
- . 1999. « Health care reform and reform for health: creating a health system for communities in the 21st century. » *Futures* 31 (5): 417-436.
- . 2001. « Moving beyond healthcare: the role of healthcare organizations in creating healthy people in healthy communities in a healthy world. » *Hospital quarterly* 4 (4): 20-26.
- . 2002. « From Public Health to the Healthy City. » In *Urban Policy Issues: Canadian Perspectives*, sous la dir. de Edmund Fowler et Davi Siegel, 253-275. Canada: Oxford University Press.
- . 2009. *Agir localement: Promotion de la santé de la population.* Victoria (C.-B.).
- . 2017. « Healthy Cities Emerge: Toronto–Ottawa–Copenhagen. » In *Healthy Cities: The Theory, Policy, and Practice of Value-Based Urban Planning*, sous la dir. de Evelyne de Leeuw et Jean Simos, 63-73. New York: Springer.
- Hancock, Trevor et Clem Bezold. 2017. « Futures Thinking and Healthy Cities. » In *Healthy Cities The Theory, Policy, and Practice of Value-Based Urban Planning*, sous la dir. de Evelyne de Leeuw et Jean Simos, 449-462. : Springer.

- Hancock, Trevor, Tyler Norris, Réal Lacombe et Fran Perkins. 2017. « Healthy Cities and Communities: The North American Experience. » In *Healthy Cities: The Theory, Policy, and Practice of Value-Based Urban Planning*, sous la dir. de Evelyne de Leeuw et Jean Simos, 215-240. New York: Springer.
- Hankivsky, Olena. 2005. *Social policy and the ethic of care*. Vancouver: UBC Press.
- . 2014. « Rethinking care ethics: On the promise and potential of an intersectional analysis. » *American Political Science Review* 108 (02): 252-264.
- Hankivsky, Olena et Ashlee Christoffersen. 2008. « Intersectionality and the determinants of health: a Canadian perspective. » *Critical Public Health* 18 (3): 271-283.
- Haraway, Donna. 1988. « Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective. » *Feminist Studies* 14 (3): 575-599.
- Harpham, Trudy, Salma Burton et Ilona Blue. 2001. « Healthy city projects in developing countries: the first evaluation. » *Health Promot International* 16 (2): 111-125.
- Harris, Elise. 2009. « The role of community gardens in creating healthy communities. » *Australian Planner* 46 (2): 24-27.
- Harrison, Malcolm et Cathy Davis. 2001. *Housing, social policy and difference: Disability, ethnicity, gender and housing*. Bristol: Policy Press.
- Haylett, Chris. 2003. « Culture, class and urban policy: Reconsidering equality. » *Antipode* 35 (1): 55-73.
- Held, Virginia. 1993. *Feminist morality: Transforming culture, society, and politics*. : University of Chicago Press.
- . 2006. *The ethics of care: Personal, political, and global*. : Oxford University Press.
- Hellawell, David. 2006. « Inside–out: analysis of the insider–outsider concept as a heuristic device to develop reflexivity in students doing qualitative research. » *Teaching in higher education* 11 (4): 483-494.
- Henwood, Benjamin F., Leopoldo J. Cabassa, Catherine M. Craig et Deborah K. Padgett. 2013. « Permanent supportive housing: addressing homelessness and health disparities? » *American Public Health Association* 103 Suppl 2 (S2): S188-192.
- Henwood, Benjamin F., Victoria Stanhope, Rickie Brawer, Lara Carson Weinstein, James Lawson, Edward Stwors et Cornelius Crossan. 2013. « Addressing Chronic Disease Within Supportive Housing Programs. » *Progress in Community Health Partnerships-Research Education and Action* 7 (1): 67-75.
- Heritage, Zoe et Mark Dooris. 2009. « Community participation and empowerment in Healthy Cities. » *Health Promotion International* 24 Suppl 1: i45-i55.
- Hill Collins, Patricia. 2016. *La pensée féministe noire*. Montréal: Éditions du remue-ménage.

- Hochschild, Arlie Russell. 2005. « Le drainage international des soins et de l'attention aux autres. » *Genre, nouvelle division internationale du travail et migrations* : 75-82.
- Hoeijmakers, Marjan, Evelyn De Leeuw, Patrick Kenis et Nanne de Vries. 2007. « Local health policy development processes in the Netherlands: an expanded toolbox for health promotion. » *Health Promotion International* 22 (2): 112-121.
- Hollinger-Smith, L. 1998. « Partners in collaboration: The Homan Square Project. » *Journal of Professional Nursing* 14 (6): 344-349.
- Honjo, Kaori. 2004. « Social epidemiology: definition, history, and research examples. » *Environmental health and preventive medicine* 9 (5): 193-199.
- hooks, bell. 1981. *Ain't I a Woman Black Women and Feminism*. New York: South End Press.
- Howden-Chapman, P. 2004. « Housing standards: a glossary of housing and health. » *Journal of Epidemiology and Community Health* 58 (3): 162-168.
- Hu, Susan C. et Hsien-Wen Kuo. 2016. « The development and achievement of a healthy cities network in Taiwan: sharing leadership and partnership building. » *Global health promotion* 23 (1 Suppl): 8-17.
- Hughes, Bill, Linda McKie, Debra Hopkins et Nick Watson. 2005. « Love's labours lost? Feminism, the Disabled People's Movement and an ethic of care. » *Sociology-the Journal of the British Sociological Association* 39 (2): 259-275. doi: 10.1177/0038038505050538.
- Hulchanski, J David. 2003. « What factors shape Canadian housing policy? The intergovernmental role in Canada's housing system. » *Municipal-federal-provincial relations in Canada* : 221-247.
- Hwang, Stephen. 2002. « Is homelessness hazardous to your health? » *Canadian Journal of Public Health* 93 (6): 407-410.
- Hwang, Stephen et James R Dunn. 2005. « Homeless people. » In *Handbook of urban health*, 19-41. : Springer.
- Imrie, Rob. 2013. « Shared Space and the Post-politics of Environmental Change. » *Urban Studies* 50 (16): 3446-3462.
- Imrie, Rob et Kim Kullman. 2016. « Designing with Care and Caring with Design. » *Care and Design: Bodies, Buildings, Cities Oxford: Wiley-Blackwell*.
- Initiative montréalaise de soutien au développement social local. 2006. *Orientations et paramètres de gestion et d'évaluation : un quartier où il fait bon vivre!* Montréal.
- Irvine, Linda, Lawrie Elliott, Hilary Wallace et Iain K. Crombie. 2006. « A review of major influences on current public health policy in developed countries in the second half of the 20th century. » *J R Soc Promot Health* 126 (2): 73-78.

- Jackisch, Josephine, Gianna Zamaro, Geoff Green et Manfred Huber. 2015. « Is a healthy city also an age-friendly city? » *Health Promotion International* 30: i108-i117.
- Jacquot, Sophie. 2014. « Approche séquentielle (stages approach). » In *Dictionnaire des politiques publiques*, sous la dir. de Laurie Boussaguet, Sophie Jacquot et Pauline Ravinet, 82-90. : Presses de Science Po.
- Jarvis, Helen. 2007. « Home Truths about Care-less Competitiveness. » *International Journal of Urban and Regional Research* 31 (1): 207-214.
- Jategaonkar, Natasha et Pamela Ponc. 2011. « Unsafe & Unacceptable Housing: Health & Policy Implications for Women Leaving Violent Relationships. » *Women's Health and Urban Life* 10 (1): 32-58.
- Jenkins, William leuan. 1978. *Policy analysis: A political and organisational perspective*. : Wiley-Blackwell.
- Jenson, Jane. 2004. « Changing the paradigm: Family responsibility or investing in children. » *Canadian Journal of Sociology/Cahiers canadiens de sociologie* : 169-192.
- Jewkes, Rachel et Anne Murcott. 1998. « Community representatives: Representing the "community"? » *Social Science and Medicine* 46 (7): 843-858.
- Joassart-Marcelli, Pascale, Jennifer Wolch et Zia Salim. 2011. « Building Healthy City: The Role of Nonprofits in Creating Active Urban Parks. » *Urban Geography* 32 (5): 682-711.
- Johnsen, Sarah, Paul Cloke et Jon May. 2005. « Day centres for homeless people: spaces of care or fear? » *Social & Cultural Geography* 6 (6): 787-811.
- . 2005. « Transitory spaces of care: serving homeless people on the street. » *Health & Place* 11 (4): 323-336.
- Johnson, Joy L., Lorraine Greaves et Robin Repta. 2009. « Better science with sex and gender: Facilitating the use of a sex and gender-based analysis in health research. » *International Journal for Equity in Health* 8: 14-14. doi: 10.1186/1475-9276-8-14.
- Jupp, Eleanor. 2013. « 'I feel more at home here than in my own community': Approaching the emotional geographies of neighbourhood policy. » *Critical Social Policy* 33 (3): 532-553.
- . 2014. « Women, communities, neighbourhoods: Approaching gender and feminism within UK urban policy. » *Antipode* 46 (5): 1304-1322.
- . 2017. « Home space, gender and activism: The visible and the invisible in austere times. » *Critical Social Policy* 37 (3): 348-366.
- . 2019. « Spaces of care beyond the home: austerity and children services. » In *The new politics of home: Housing, gender and care in times of crisis*, sous la dir. de Eleanor Jupp et Sophie Bowlby. : Policy Press.

- Jupp, Eleanor, Sophie Bowlby, Jane Franklin et Sarah Marie Hall. 2019. « Conclusion: opening up the politics of home. » In *The new politics of home: Housing, gender and care in times of crisis*, sous la dir. de Eleanor Jupp et Sophie Bowlby. : Policy Press.
- Katz, Amy S, Billie-Jo Hardy, Michelle Firestone, Aisha Lofters et Melody E Morton-Ninomiya. 2020. « Vagueness, power and public health: Use of ‘vulnerable’ in public health literature. » *Critical Public Health* 30 (5): 601-611.
- Kegler, Michelle C., Julia E. Painter, Joan M. Twiss, Robert Aronson et Barbara L. Norton. 2009. « Evaluation findings on community participation in the California Healthy Cities and Communities program. » *Health Promotion International* 24 (4): 300-310.
- King, S. 2013. « Philanthrocapitalism and the Healthification of Everything. » *International Political Sociology* 7 (1): 96-98.
- Kingdon, John W. 1997. *Agendas, alternatives, and public policies*, 2nd Edition. Glenview: HarperCollins Publishers.
- Kittay, Eva Feder. 1998. « Social policy. » In *A Companion to Feminist Philosophy*, sous la dir. de Alison M Jaggar et Iris Marion Young, 569-580.
- . 2011. « The ethics of care, dependence, and disability. » *Ratio Juris* 24 (1): 49-58.
- Klein, Seth et Lorraine Copas. 2010. *Unpacking the Housing Numbers: How much new social housing in BC building?* : Canadian Centre for Policy Alternatives.
- Klodawsky, Fran. 2009. « Home spaces and rights to the city: Thinking social justice for chronically homeless women. » 6 (591-610): 591.
- Krieger, James et Donna L Higgins. 2002. « Housing and health: time again for public health action. » *American Journal of Public Health* 92 (5): 758-768.
- Kullman, Kim. 2014. « Children, urban care, and everyday pavements. » *Environment and Planning A* 46 (12): 2864-2880.
- Lacombe, Real, Julie Lévesque et Louis Poirier. 2002. « Healthy cities and villages in Quebec: An idea which bore fruit. » *Plan Canada* 42 (4): 15-17.
- Lafond, Leah Janss et Zoe Heritage. 2009. « National networks of Healthy Cities in Europe. » *Health Promotion International* 24 (suppl 1): 100-107.
- Lalonde, Marc. 1974. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens: un document de travail*. Canada: ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.
- Lanier, J., J. Schumacher et K. Calvert. 2015. « Cultivating Community Collaboration and Community Health Through Community Gardens. » *Journal of Community Practice* 23 (3-4): 492-507.
- Lapidus, Lenora M. 2002. « Doubly victimized: Housing discrimination against victims of domestic violence. » *American University Journal of Gender Social Policy and Law* 11: 377.

- Lascoumes, Pierre et Patrick Le Galès. 2012. *Sociologie de l'action publique: domaines et approches*, 2e édition. : Armand Colin.
- Laugier, Sandra. 2010. « L'éthique du care en trois subversions. » *Multitudes* (3): 112-125.
- Lauster, Nathanael et Adam Easterbrook. 2011. « No room for new families? A field experiment measuring rental discrimination against same-sex couples and single parents. » *Social Problems* 58 (3): 389-409.
- Lawrence, Roderick J. 2011. « Housing for health promotion. » *International Journal of Public Health* 56 (6): 577-578.
- . 2011. « Looking back for the future. » *International Journal of Public Health* 56 (6): 581-582.
- Lawrence, Roderick J. et Collin Fudge. 2009. « Healthy Cities in a Global and Regional Context. » *Health Promotion International* 24 Suppl 1 (suppl 1): i11-i18.
- Lawson, Victoria. 2007. « Geographies of Care and Responsibility. » *Annals of the Association of American Geographers* 97 (1): 1-11.
- Le Galès, Patrick. 1995. « Du gouvernement des villes à la gouvernance urbaine. » *Revue Française de Science Politique* 45 (1): 57-95.
- Le Goff, Alice. 2013. *Care et démocratie radicale*. : Presses universitaires France.
- Lecours, André. 2002. « L'approche néo-institutionnaliste en science politique: unité ou diversité? » *Politique et Sociétés* 21 (3): 3-19.
- Lemieux, Vincent. 1994. « Les politiques publiques et les alliances d'acteurs. » In *Le système de santé au Québec Organisations, acteurs et enjeux*, sous la dir. de Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin et Gérard Bélanger, 107-128. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- . 2002. *L'étude des politiques publiques : les acteurs et leur pouvoir*, 2e édition, revue et augmentée. Sainte-Foy: Presses de l'Université Laval.
- . 2006. « Évaluation de programmes et analyse des politiques. » *Télescope Revue d'analyse comparée en administration publique* 13 (1): 1-8.
- Lenz-Rashid, Sonja. 2017. « Supportive housing program for homeless families: Foster care outcomes and best practices. » *Children and Youth Services Review* 79: 558-563.
- Leone, Roberto et Barbara W Carroll. 2010. « Decentralisation and devolution in Canadian social housing policy. » *Environment and Planning C: Government and Policy* 28 (3): 389-404.
- Lessa, Iara. 2006. « Single motherhood in the Canadian landscape: Postcards from a subject. » *Canadian social policy: Issues and perspectives* 4: 291-308.

- Lindemyer, Nicole A Forkenbrock. 2000. « Sexual harassment on the second shift: The misfit application of Title VII employment standards to Title VIII housing cases. » *Law & Inequality: A Journal of Theory and Practice* 18: 351-392.
- Link, Bruce G et Jo Phelan. 1995. « Social conditions as fundamental causes of disease. » *Journal of Health and Social Behavior* : 80-94.
- Lipp, Alistair, Tim Winters et Evelyne de Leeuw. 2013. « Evaluation of partnership working in cities in phase IV of the WHO Healthy Cities Network. » *Journal of Urban Health* 90 Suppl 1 (1): 37-51.
- Litman, T. 2008. « Creating safe and healthy communities. » *Environments* 35 (3): 21-43.
- Little, Margaret. 1995. « The Blurring of Boundaries: Private and Public Welfare for Single Mothers in Ontario. » *Studies in Political Economy* 47 (1): 89-109. doi: 10.1080/19187033.1995.11675361.
- Liu, Lingxuan, Shotaro Matsuno, Bing Zhang, Beibei Liu et Oran Young. 2013. « Local governance on climate mitigation: a comparative study of China and Japan. » *Environment and Planning C-Government and Policy* 31 (3): 475-489.
- Loiseau, Hugo. 2011. « La carte mentale comme instrument de collecte de l'information: une évaluation. » In *Carte mentale et science politique: Regards et perspectives critiques sur l'emploi d'un outil prometteur*, sous la dir. de Sandra Breux, Min Reuchamps et Hugo Loiseau, 39-54. : PIE-Peter Lang.
- Loiseau, Hugo et Sébastien Brunet. 2011. « Définitions. » In *Carte mentale et science politique: Regards et perspectives critiques sur l'emploi d'un outil prometteur*, sous la dir. de Sandra Breux, Min Reuchamps et Hugo Loiseau, 25-38. : PIE-Peter Lang.
- Macfarlane, R. G., L. P. Wood et M. E. Campbell. 2015. « Healthy Toronto by Design: Promoting a healthier built environment. » *Canadian Journal of Public Health-Revue Canadienne De Sante Publique* 106 (1): Es5-Es8.
- MacLeod, Timothy, S Kathleen Worton et Geoffrey Nelson. 2017. « Bridging perspectives and balancing priorities: New directions for housing policy in Canada. » *Canadian Journal of Community Mental Health* 35 (3): 55-68.
- Madden, David et Peter Marcuse. 2016. *In defense of housing: The politics of crisis*. Brooklyn, NY: Verso Books.
- Maki, Krystle. 2019. *More Than a Bed: A National Profile of VAW Shelters and Transition Houses*. Ottawa: Women's Shelters Canada.
- Manson-Singer, Sharon. 1994. « The Canadian Healthy Communities Project: Creating a social movement. » In *Health promotion in Canada: Provincial, national and international perspectives*, sous la dir. de Ann Pederson, Michel O'Neill et Irving Rootman, 107-122. : Wiley Online Library.
- Marwell, Nicole P. 2016. « Rethinking the state in urban outcasts. » *Urban Studies* 53 (6): 1095-1098.

- Masuda, Jeffrey et Right to Remain Research Collective. 2021. « Abandoning the SRO: Public Health Withdrawal from Sanitary Enforcement in Vancouver's Downtown Eastside. » *Journal of Urban History*.
- Maxwell, Jill. 2006. « Sexual Harassment at Home: Altering the Terms, Conditions and Privileges of Rental Housing for Section 8 Recipients. » *Wisconsin Women's Law Journal* 21: 223-261.
- Maynard, Robyn. 2018. *NoirEs sous surveillance: Esclavage, répression, violence d'état au Canada*. Montréal: Mémoire d'encrier.
- McDowell, Linda. 1999. *Gender, Identity, and Place: Understanding Feminist Geographies* Minneapolis: University of Minnesota Press.
- . 2004. « Work, workfare, work/life balance and an ethic of care. » *Progress in Human Geography* 28 (2): 145-163.
- McEwan, Cheryl et Michael K Goodman. 2010. « Place geography and the ethics of care: introductory remarks on the geographies of ethics, responsibility and care. » *Ethics, Place and Environment* 13 (2): 103-112.
- McGibbon, Elizabeth. 2012. « People under Threat: Health Outcomes and Oppression » In *Oppression: A social determinant of health*, 32-44. Canada: Fernwood Pub.
- McGibbon, Elizabeth et Charmaine McPherson. 2011. « Applying intersectionality & complexity theory to address the social determinants of women's health. » *Women's Health & Urban Life* 10 (1): 59-86.
- McKie, L., S. Bowlby et S. Gregory. 2004. « Starting well: Gender, care and health in the family context. » *Sociology* 38 (3): 593-611.
- McMullan, Colin A. 2002. « A Qualitative Evaluation of Healthy and Sustainable Community Initiatives in Hamilton and Sudbury, Ontario. » Thesis, Géographie, McMaster University.
- Mee, Kathleen. 2009. « A space to care, a space of care: public housing, belonging, and care in inner Newcastle, Australia. » *Environment and Planning A* 41 (4): 842-858.
- Mégie, Antoine. 2014. « Mise en œuvre. » In *Dictionnaire des politiques publiques*, sous la dir. de Laurie Boussaguet, Sophie Jacquot et Pauline Ravinet, 343-350. Paris: Presses de Sciences Po.
- Mellos, Koula. 2008. « Une science objective. » In *Recherche sociale, de la problématique à la collecte des données*, 5e édition, sous la dir. de Benoît Gauthier, 571-589. : Presses de l'Université du Québec.
- Meresman, Sergio, Marilyn Rice, Carlos Vizzotti, Romina Frassia, Pablo Vizzotti et Marco Akerman. 2010. « Contributions for repositioning a regional strategy for healthy municipalities, cities and communities (HM&C): Results of a Pan-American survey. » *Journal of Urban Health* 87 (5): 740-754.

- Milaney, Katrina, Stacy Lee Lockerbie, Xiao Yang Fang et Kaylee Ramage. 2019. « The role of structural violence in family homelessness. » *Canadian Journal of Public Health* (110): 1-9.
- Milaney, Katrina, Kaylee Ramage, Xiao Yang Fang et Marilyn Louis. 2017. *Understanding mothers experiencing homelessness*. Toronto: Canada: Canadian Observatory on Homelessness.
- Milio, N. 1990. « Healthy Cities: the new public health and supportive research. » *Health Promotion International* 5 (4): 291-297.
- Milligan, Christine. 2000. « 'Bearing the burden': Towards a restructured geography of caring. » *Area* 32 (1): 49-58.
- Milligan, Christine, Sarah Atkinson, Mark Skinner et Janine Wiles. 2007. « Geographies of care: A commentary. » *New Zealand Geographer* 63 (2): 135-140.
- Milligan, Christine et Janine Wiles. 2010. « Landscapes of care. » *Progress in Human Geography* 34 (6): 736-754.
- Milroy, B. M. et S. Wismer. 1994. « Communities, work and public/private sphere models. » *Gender, Place and Culture* 1 (1): 71-90.
- Miro, Alice, Kim Perrotta, Heather Evans, Natalie A Kishchuk, Claire Gram, Richard S Stanwick et Helena M Swinkels. 2015. « Pour que les autorités sanitaires influencent davantage l'aménagement du territoire et la planification des transports: leçons du projet Bâtir un Canada en santé de l'initiative COALITION en Colombie-Britannique. » *Canadian Journal of Public Health* 106 (1): eS43-eS53.
- Molinier, Pascale. 2013. *Le travail du care*. Paris: La Dispute.
- . 2018. *Le care monde. Trois essais de psychologie morale*.
- Montiel, R. P. et F. Barten. 1999. « Urban governance and health development in Leon, Nicaragua. » *Environment and Urbanization* 11 (1): 11-26. doi: Doi 10.1177/095624789901100119.
- Montréal métropole en santé. 2017. Faire de Montréal une Métropole en santé reconnue mondialement! . Montréal. Consulté le 03-11-2021. <https://sam.montrealmetropoleensante.ca/fr/actualite/faire-de-montreal-une-metropole-en-sante-reconnue-mondialement>.
- Moreau, Greg. 2019. *Les établissements d'hébergement canadiens pour les victimes de violence, 2017-2018*. : Statistique Canada. Consulté le 03-11-2021. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/85-002-x/2019001/article/00007-fra.pdf?st=8nDg9o5N>.
- Morris, Jenny. 1997. « Care of empowerment? A disability rights perspective. » *Social Policy & Administration* 31 (1): 54-60.

- Morse, Nuala et Ealasaid Munro. 2018. « Museums' community engagement schemes, austerity and practices of care in two local museum services. » *Social & Cultural Geography* 19 (3): 357-378.
- Mossberger, Karen et Gerry Stoker. 2001. « The evolution of urban regime theory the challenge of conceptualization. » *Urban Affairs Review* 36 (6): 810-835.
- Moy, G. G. 2001. « Healthy marketplaces: an approach for ensuring food safety and environmental health. » *Food Control* 12 (8): 499-504.
- Murphy, Mary P et Rory Hearne. 2019. « Implementing marketisation: comparing Irish activation and social housing. » *Irish Political Studies* 34 (3): 444-463.
- Murray, Karen Bridget. 2004. « Do Not Disturb: "Vulnerable Populations" in Federal Government Policy Discourses and Practices. » *Canadian Journal of Urban Research* 13: 50-69.
- Mykhalovskiy, Eric, Katherine L Frohlich, Blake Poland, Erica Di Ruggiero, Melanie J Rock et Leigha Comer. 2019. « Critical social science with public health: Agonism, critique and engagement. » *Critical Public Health* 29 (5): 522-533.
- Narayan, Uma. 1995. « Colonialism and its others: Considerations on rights and care discourses. » *Hypatia* 10 (2): 133-140.
- Navarro, Vicente et Leiyu Shi. 2001. « The political context of social inequalities and health. » *Social Science & Medicine* 52 (3): 481-491.
- Neufeld, Lindsay Michelle. 2013. « Building A Healthy City for All: Exploring the Creation and Implementation of a Healthy Planning and Development Toolkit. », University of British Columbia.
- Newman, Lareen, Fran Baum, Sara Javanparast, Kerry O'Rourke et Leanne Carlon. 2015. « Addressing Social Determinants of Health Inequities Through Settings: a Rapid Review. » *Health Promotion International* 30: ii126-ii143.
- Niforou, Christina. 2012. « International Framework Agreements and Industrial Relations Governance: Global Rhetoric versus Local Realities. » *British Journal of Industrial Relations* 50 (2): 352-373.
- Noddings, Nel. 1984. *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. California: University of California Press.
- . 2002. *Starting at home: Caring and social policy*. : University of California Press.
- Northridge, Mary Evelyn et Lance Freeman. 2011. « Urban planning and health equity. » *Journal of Urban Health* 88 (3): 582-597. doi: 10.1007/s11524-011-9558-5.
- Nosek, Margaret A, Catherine Clubb Foley, Rosemary B Hughes et Carol A Howland. 2001. « Vulnerabilities for abuse among women with disabilities. » *Sexuality and Disability* 19 (3): 177-189.

- Novac, Sylvia. 1990. « Not seen, not heard: Women and housing policy. » *Canadian Woman Studies* 11 (2): 53-57.
- Novac, Sylvia, Joyce Brown et Carmen Bourbonnais. 2009. « Transitional housing models in Canada: Options and outcomes. » In *Finding home: Policy options for addressing homelessness in Canada*, sous la dir. de John David Hulchanski.
- Novac, Sylvia, Joyce Brown, Alison Guyton et Mary Anne Quance. 2004. *Borderlands of Homelessness Women's Views on Alternative Housing*: The Women's Services Network.
- Novac, Sylvia, Joe Darden, David Hulchanski et Anne-Marie Seguin. 2002. *Housing discrimination in Canada: The state of knowledge*. Ottawa: Canada Mortgage and Housing Corporation Ottawa.
- O'Campo, Patricia, Nihaya Daoud, Sarah Hamilton-Wright et James Dunn. 2016. « Conceptualizing Housing Instability: Experiences with Material and Psychological Instability Among Women Living with Partner Violence. » *Housing Studies* 31 (1): 1-19. doi: 10.1080/02673037.2015.1021768.
- OHCC. 2019. *1992-2019: our legacy*: Ontario Healthy Communities Coalition. Consulté le 2022-01-03. <https://greencommunitiescanada.org/wp-content/uploads/2019/11/Legacy-Report-web.pdf>.
- Ollivier, Michèle et Manon Tremblay. 2000. *Questionnements féministes et méthodologie de la recherche*. Paris.
- OMS. 1986. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. In *Conférence internationale pour la promotion de la santé*. Ottawa (Ontario): Organisation mondiale de la santé/Santé et Bien-être social Canada/Association canadienne de santé publique.
- . 1999. *Glossaire de la promotion de la santé*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- O'Neill, Michel, Lise Cardinal, Jean-Paul Fortin et Gisèle Groleau. 1990. « La naissance du réseau québécois de Villes et de villages en santé. » *Recherches sociographiques* 31 (3): 405-418.
- O'Neill, Michel, Ann Pederson et Irving Rootman. 2000. « Health promotion in Canada: declining or transforming? » *Health Promotion International* 15 (2): 135-141.
- Ontario Gouvernement. 2017. *Ontario supportive housing policy framework*. Consulté le 03-11-2021. <http://www.mah.gov.on.ca/AssetFactory.aspx?did=15986#:~:text=The%20Framework%20is%20an%20aspirational,housing%20to%20achieve%20this%20vision>.
- Orsini, Michael. 2007. « Discourses in Distress: From "Health Promotion" to "Population Health" to "You Are Responsible for Your Own Health." » In *Critical policy studies*, 347-363. Vancouver.
- Oswald, F. et H. W. Wahl. 2004. « Housing and health in later life. » *Reviews on Environmental Health* 19 (3-4): 223-252.

- Ouellet, Francine, Danielle Durand et Gilles Forget. 1994. « Preliminary results of an evaluation of three healthy cities initiatives in the montreal area. » *Health Promotion International* 9 (3): 153-159.
- Ouellet, Francine, Gilles Forget et Danielle Durand. 1993. *Une ville et deux quartiers en santé: étude de cas des trois premières initiatives dans l'île de Montréal.* : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique.
- Palier, Bruno et Yves Surel. 2005. « Les «trois I» et l'analyse de l'État en action. » *Revue Française de Science Politique* 55 (1): 7-32.
- Pampalon, Robert et Guy Raymond. 2003. « Indice de défavorisation matérielle et sociale : son application au secteur de la santé et du bien-être. » *Santé, Société et Solidarité* 1: 191-208.
- Pan-Canadian Voice. 2018. Pan Canadian Voice for Women's Housing 2018 Symposium. Consulté le 03-11-2021. https://www.atira.bc.ca/sites/default/files/Pan-Canadian_Symposium_Nov2018.pdf.
- Paperman, Patricia et Pascale Molinier. 2011. « L'éthique du care comme pensée de l'égalité. » *Travail, genre et sociétés* 2 (26): 189-193.
- Park, Sang-Chui, Keon-Hyung Lee et Se-Jin Lee. 2014. « Public Health and Local Comprehensive Plan; Socio-Physical, Political and Multi-Sectoral Context. » *Lex Localis- Journal of Local Self-Government* 12 (1): 105-125.
- Parker, Brenda. 2016. « Feminist forays in the city: Imbalance and intervention in urban research methods. » *Antipode* 48 (5): 1337-1358.
- Parr, Hester et Chris Philo. 2003. « Rural mental health and social geographies of caring. » *Social & Cultural Geography* 4 (4): 471-488.
- Patrick, Rebecca, Mark Dooris et Blake Poland. 2016. « Healthy Cities and the Transition movement: converging towards ecological well-being? » *Global health promotion* 23 (1 Suppl): 90-93.
- Pattillo, Mary. 2013. « Housing: Commodity versus Right. » *Annual Review of Sociology* 39: 509-531. doi: 10.1146/annurev-soc-071312-145611.
- Pearce, Neil. 2005. *A short introduction to epidemiology*, 2e édition. Wellington: Centre for Public Health Research, Massey University.
- Peck, Jamie, Neil Brenner et Nik Theodore. 2018. « Actually existing neoliberalism. » *The Sage handbook of neoliberalism* : 3-15.
- Peck, Jamie et Adam Tickell. 2002. « Neoliberalizing Space. » *Antipode* 34 (3): 380-404.

- Pederson, Ann et Irving Rootman. 2017. « From Health Care to the Promotion of Health: Establishing the Conditions for Healthy Communities in Canada. » In *Healthy Cities The Theory, Policy, and Practice of Value-Based Urban Planning*, sous la dir. de Evelyne de Leeuw et Jean Simos, 43-61. : Springer.
- Peredo, Ana Maria et Murdith McLean. 2006. « Social entrepreneurship: A critical review of the concept. » *Journal of world business* 41 (1): 56-65.
- Perkins, Frances et Meg Shields. 1998. « Conditions for health: the Toronto Healthy City Model. » *Promotion & education* 5 (1): 9-14.
- Perron, Odette et Claude Roy. 2007. *Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social: une intervention intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation.* : Ministère de la santé et des services sociaux.
- Petersen, Alan. 1996. « The 'healthy' city, expertise, and the regulation of space. » *Health & Place* 2 (3): 157-165.
- Pfeiffer, Deirdre et Scott Cloutier. 2016. « Planning for Happy Neighborhoods. » *Journal of the American Planning Association* 82 (3): 267-279.
- Phillips, Susan. 2012. « Dual restructuring: civil society and the welfare state in Canada, 1985-2005. » *British Journal of Canadian Studies* 25 (2): 161-180.
- Philo, Chris. 2000. « Post-asylum geographies: an introduction. » *Health and Place* 3 (6): 135-136.
- Pinfold, Vanessa. 2000. « 'Building up safe havens... all around the world': users' experiences of living in the community with mental health problems. » *Health & Place* 6 (3): 201-212.
- Pinson, Gilles et Valérie Sala Pala. 2007. « Peut-on vraiment se passer de l'entretien en sociologie de l'action publique? » *Revue Française de Science Politique* 57 (5): 555-597.
- Poland, Blake et Mark Dooris. 2010. « A green and healthy future: the settings approach to building health, equity and sustainability. » *Critical Public Health* 20 (3): 281-298.
- Poland, Blake, Heather Graham, Elaine Walsh, Paul Williams, Leslie Fell, Janet M Lum, Jessica Polzer, Saddaf Syed, Stasey Tobin et Gregory Kim. 2005. « 'Working at the margins' or 'leading from behind'? a Canadian study of hospital- community collaboration. » *Health & Social Care in the Community* 13 (2): 125-135.
- Poland, Blake, Lawrence W Green et Irving Rootman. 1999. *Settings for health promotion: linking theory and practice.* : Sage Publications.
- Poland, Blake, Gene Krupa et Douglas McCall. 2009. « Settings for health promotion: an analytic framework to guide intervention design and implementation. » *Health promotion practice* 10 (4): 505-516.

- Pomeroy, Steve 2017. *Discussion Paper: Envisioning a Modernized Social and Affordable Housing Sector in Canada*. Ottawa: Carleton University, Centre for Urban Research and Education. Consulté le 03-11-2021. <https://carleton.ca/cure/wp-content/uploads/Envisioning-a-strengthened-social-housing-sector-FINAL-Oct-2018.pdf>.
- Popke, Jeff. 2006. « Geography and ethics: everyday mediations through care and consumption. » *Progress in Human Geography* 30 (4): 504-512.
- Potvin, Louise, Sylvie Gendron, Angèle Bilodeau et Patrick Chabot. 2005. « Integrating social theory into public health practice. » *American Journal of Public Health* 95 (4): 591-595.
- Power, Andrew. 2017. « Introduction. » In *Health geographies: A critical introduction*, sous la dir. de Tim Brown, Gavin J Andrews, Steven Cummins, Beth Greenhough, Daniel Lewis et Andrew Power. : John Wiley & Sons.
- Power, Andrew et Edward Hall. 2018. « Placing care in times of austerity. » *Social & Cultural Geography* 19 (3): 303-313.
- Power, Emma R. 2017. « Housing, home ownership and the governance of ageing. » *The Geographical Journal* 183 (3): 233-246.
- . 2019. « Assembling the capacity to care: Caring-with precarious housing. » *Transactions of the Institute of British Geographers* : 1-15.
- Power, Emma R et Tegan L Bergan. 2018. « Care and Resistance to Neoliberal Reform in Social Housing. » *Housing, Theory and Society* : 1-23.
- Power, Emma R et Kathleen J Mee. 2019. « Housing: an infrastructure of care. » *Housing Studies* : 1-22.
- Power, Emma R et Miriam J Williams. 2020. « Cities of care: A platform for urban geographical care research. » *Geography Compass* 14 (1): e12474.
- Provincial Advocate for Children and Youth. 2012. My Real Life Book: Report From The Youth Leaving Care Hearings. In *Report from the youth leaving care hearings*. Toronto. Consulté le 04-11-2021. https://cwrp.ca/sites/default/files/publications/YLC_REPORT_ENG.pdf.
- Puig de la Bellacasa, María. 2017. *Matters of care: Speculative ethics in more than human worlds*. : U of Minnesota Press.
- Quine, S., H. Kendig, C. Russell et D. Touchard. 2004. « Health promotion for socially disadvantaged groups: the case of homeless older men in Australia. » *Health Promotion International* 19 (2): 157-165.
- Racette, Jean-Christophe. 2020. « À travers les frontières: la participation de Montréal au réseau d'échange inter-municipal sur les problèmes de logement dans les années 1930. » *Urban History Review* 48 (1): 22-42.
- Raghuram, Parvati. 2012. « Global care, local configurations – challenges to conceptualizations of care. » *Global Networks* 12 (2): 155-174.

- Raghuram, Parvati, Clare Madge et Pat Noxolo. 2009. « Rethinking responsibility and care for a postcolonial world. » *Geoforum* 40 (1): 5-13.
- Raibaud, Yves. 2015. « Durable mais inégalitaire : la ville. » *Travail, genre et sociétés* 33 (1): 29-47.
- Ramaswami, Anu, Armistead G. Russell, Patricia J. Culligan, Karnamadakala R. Sharma et Emani Kumar. 2016. « Meta-principles for developing smart, sustainable, and healthy cities. » *Science* 352 (6288): 940-943.
- Ramazanoglu, Caroline et Janet Holland. 2002. *Feminist methodology : challenges and choices* London : Sage.
- Raphael, Dennis. 2004. « Introduction to the Social Determinants of Health. » In *Social determinants of health: Canadian perspectives*, sous la dir. de Raphael Dennis. Toronto: Canadian Scholars' Press.
- . 2009. *Social determinants of health: Canadian perspectives*. Toronto: Canadian Scholars' Press.
- Rauh, Virginia A., Phillip J. Landrigan et Luz Claudio. 2008. « Housing and health - Intersection of poverty and environmental exposures. » In *Annals of the New York Academy of Sciences*, sous la dir. de S. G. Kaler et O. M. Rennert, 276-288.
- Reid, Colleen et Carol Herbert. 2005. « 'Welfare moms and welfare bums': Revisiting poverty as a social determinant of health. » *Health Sociology Review* 14 (2): 161-173.
- Rice, Marilyn et Trevor Hancock. 2016. « Equity, sustainability and governance in urban settings. » *Global health promotion* 23 (1 suppl): 94-97.
- Ritsatakis, A. 2013. « Equity and the social determinants of health in European cities. » *Journal of Urban Health* 90 Suppl 1 (SUPPL 1): 92-104.
- Rohlfing, Ingo. 2013. « What is the Relation Between Comparative Historical Analysis and 'Ordinary' Case Studies? » *European Political Science* 12 (1): 16-19.
- Rolnik, Raquel. 2014. « Place, inhabitation and citizenship: the right to housing and the right to the city in the contemporary urban world. » *International Journal of Housing Policy* 14 (3): 293-300.
- Rootman, Irving et Michel O'Neill. 2012. « Key Concepts in Health Promotion. » In *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives on Practice*, sous la dir. de Irving Rootman, Ann Pederson, Sophie Dupéré et Michel O'Neill, 18-32. : Canadian Scholars' Press.
- Rose, Damaris. 1984. « Rethinking gentrification: beyond the uneven development of Marxist urban theory. » *Environment and Planning D: Society and Space* 2: 47-74.
- Rosen, Gillad et Alan Walks. 2013. « Rising cities: Condominium development and the private transformation of the metropolis. » *Geoforum* 49: 160-172.

- . 2015. « Castles in Toronto's sky: Condo-ism as urban transformation. » *Journal of Urban Affairs* 37 (3): 289-310.
- Roulston, Kathryn. 2014. « Analysing Interviews. » In *The SAGE handbook of qualitative data analysis*, sous la dir. de Uwe Flick, 297-312. : Sage.
- RQVVS. 2016. Déclaration de Montréal « Agir ensemble ». Montréal: Réseau québécois de Villes et Villages en santé.
- Ruddick, Sara. 1995. *Maternal thinking: Toward a politics of peace*, 2e édition. Boston: Beacon Press.
- Ruming, Kristian et Maria de Lourdes Melo Zurita. 2020. « Care and dispossession: Contradictory practices and outcomes of care in forced public housing relocations. » *Cities* 98: 102572.
- Sabatier, Paul A. 1999. *Theories of the policy process*. Boulder, Colorado: Westview Press.
- . 2007. *Theories of the policy process*, 2nd edition. Boulder, Colorado: Westview Press.
- Sabatier, Paul A et Christopher Weible. 2014. *Theories of the policy process*. Boulder, Colorado: Westview Press.
- Sagert, Erika. 2017. *Designing Common Spaces for Women-Centered Supportive Housing: A Practical Application of Intersectional Feminist Analysis*: University of British Columbia. Professional Planning Project.
- Sanchez, Isabelle, Geneviève Turcotte et Janie Boucher. 2013. « Mères avec pouvoir— Montréal. Quand les mères s' épanouissent dans la sphère sociale et citoyenne. » *Revue de psychoéducation* 42 (1): 235-239.
- Santé Montréal. 2020. « Inégaux face à la pandémie: populations racisées et la COVID-19. » *Le Point sur la santé des Montréalais en période de pandémie*. http://emis.santemontreal.qc.ca/fileadmin/emis/Sant%C3%A9_des_Montr%C3%A9alais/D%C3%A9terminants/conditions_sociales/Populations_racis%C3%A9es/Populations-Racisees-Covid-19_26_a%C3%BBt_2020.pdf.
- Savoie-Zajc, Lorraine. 2009. « L'entrevue semi-dirigée. » *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données* 5: 337-360.
- SCHL. 2019. Enquête sur le logement social et abordable - Immeubles locatifs : Société canadienne d'hypothèque et de logement. Consulté le 03-11-2021. <https://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/data-and-research/data-tables/social-affordable-housing-survey-rental-structures-data>.
- . 2019. Enquête sur le marché locatif. sous la dir. de Société canadienne d'hypothèque et de logement. Consulté le 04-11-2021. <https://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/professionals/housing-markets-data-and-research/housing-data/data-tables/rental-market/rental-market-report-data-tables>.

- . 2020. Caractéristiques, ménages avec besoins impérieux de logement, Canada, PT, RMR. sous la dir. de Société canadienne d'hypothèque et de logement. Consulté le 04-11-2021. <https://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/professionals/housing-markets-data-and-research/housing-data/data-tables/household-characteristics/characteristics-households-core-housing-need-canada-pt-cmas>.
- . 2020. Portail de l'information sur le marché de l'habitation. : Société canadienne d'hypothèque et de logement. Consulté le 04-11-2021. <https://www03.cmhc-schl.gc.ca/hmip-pimh/fr#Profile/1/1/Canada>.
- Schugurensky, Daniel et John P. Myers. 2008. « Informal Civic Learning Through Engagement in Local Democracy: The Case of the Seniors' Task Force of Healthy City Toronto. » In *Learning through Community*, sous la dir. de Kathryn Church, Nina Bascia et Eric Shragge, 73-95. : Springer Netherlands.
- Schulz, Amy et Leith Mullings. 2006. « Intersectionality and Health: An Introduction. » In *Gender, Race, Class, and Health: Intersectional Approaches*, sous la dir. de Amy J Schulz et Leith Mullings, 3-20. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schwab, G. L., S. T. Moyses, B. H. S. Franca, R. I. Werneck, E. Frank et S. J. Moyses. 2015. « Healthy Cities Fighting against Chronic Conditions. » *Environmental Practice* 17 (1): 16-24.
- Schwan, Kaitlin, Alicia Versteegh, Melissa Perri, Rachel Caplan, Khulud Baig, Erin Dej, Jesse Jenkinson, Hannah Brais, Faith Eiboff et Tina Pahlevan Chaleshtari. 2020. *The State of Women's Housing Need and Homelessness in Canada*. : Women's National Housing and Homelessness Network. Consulté le 04-11-2021. <http://womenshomelessness.ca/wp-content/uploads/State-of-Womens-Homelessness-Literature-Review.pdf>.
- Schwinn, T. M., S. Schinke, L. Fang et S. Kandasamy. 2014. « A web-based, health promotion program for adolescent girls and their mothers who. reside in public housing. » *Addictive Behaviors* 39 (4): 757-760.
- Séguin, Anne-Marie. 1989. « Madame Ford et l'espace : lecture féministe de la suburbanisation. » *Recherches féministes* 2 (1): 51-68.
- Semenza, Jan C. 2005. « Building Healthy Cities. » In *Handbook of Urban Health*, sous la dir. de Sandro Galea et David Vlahov, 459-478. New York: Springer.
- Sénécal, Gilles, Geneviève Cloutier, Léa Méthé Myrand, Anmélie Dubé et Andréanne Chevalier. 2010. *Les effets de la concertation. Étude sur les Tables intersectorielles de quartier de Montréal*. Montréal: Institut national de la recherche scientifique Centre - Urbanisation Culture Société.
- Sénécal, Gilles, Laurence Leduc-Primeau et Joly-Petit. Odile. 2016. « Le programme de Revitalisation Urbaine Intégrée de Montréal: une approche contextualisée. » In *Revitalisation urbaine et concertation de quartier*, sous la dir. de Gilles Sénécal, 73-100.
- Sevenhuijsen, Selma. 1998. *Citizenship and the ethics of care: Feminist considerations on justice, morality, and politics*. : Psychology Press.

- . 2003. « The place of care the relevance of the feminist ethic of care for social policy. » *Feminist theory* 4 (2): 179-197.
- Shaw, Mary. 2004. « Housing and public health. » *Annual Review of Public Health* 25: 397-418.
- Shearer, Jessica C, Julia Abelson, Bocar Kouyaté, John N Lavis et Gill Walt. 2016. « Why do policies change? Institutions, interests, ideas and networks in three cases of policy reform. » *Health policy and planning* 31 (9): 1200-1211.
- Short, Aric K. 2007. « Slaves for rent: Sexual harassment in housing as involuntary servitude. » *Nebraska Law Review* 86: 838-894.
- Silver, Jim. 2011. *Good Places to Live: Poverty and public housing in Canada*. : Fernwood Publishing.
- Simard, Paule. 2007. « Le Réseau québécois des Villes et Villages en santé: un mouvement fort confronté à de nouveaux défis. » *Promotion & education* 14 (2): 121-122.
- Simo, Marguerite et Jia Qi Xiao. 2019. *Perceptions du marché et propension au risque des acheteurs d'habitations : résultats de l'Enquête sur les motivations des acheteurs de logements de 2018*. Consulté le 04-11-2021. <https://assets.cmhc-schl.gc.ca/sf/project/cmhc/pubsandreports/housing-market-insight/2019/housing-market-insight-canada-68471-m06-fr.pdf?rev=071dc360-6fd8-4a90-990c-4d26758b4bcd>.
- Simos, Jean et Evelyne de Leeuw. 2017. « Wrap-Up: Values and Governance for Urban Health. » In *Healthy Cities The Theory, Policy, and Practice of Value-Based Urban Planning*, sous la dir. de Evelyne de Leeuw et Jean Simos, 341-357. : Springer.
- Simos, Jean et Nicolas Prisse. 2013. « Health impact assessment in France. » In *Health Impact Assessment: Past Achievement, Current Understanding, and Future Progress*.
- Simos, Jean, Lucy Spanswick, Nicola Palmer et Derek Christie. 2015. « The Role of Health Impact Assessment in Phase V of the Healthy Cities European Network. » *Health Promotion International* 30: i71-i85.
- Smith, Diane L. 2008. « Disability, gender and intimate partner violence: Relationships from the behavioral risk factor surveillance system. » *Sexuality and Disability* 26 (1): 15-28.
- Smith, David M. 1998. « How far should we care? On the spatial scope of beneficence. » *Progress in Human Geography* 22 (1): 15-38. doi: 10.1191/030913298670636601.
- Smith, Neale, Lori Baugh Littlejohns, Penelope Hawe et Lisa Sutherland. 2008. « Great expectations and hard times: developing community indicators in a healthy communities initiative in Canada. » *Health Promotion International* 23 (2): 119-126.
- Smith, Susan J. 2005. « States, markets and an ethic of care. » *Political Geography* 24 (1): 1-20.
- . 2015. « Owner occupation: At home in a spatial, financial paradox. » *International Journal of Housing Policy* 15 (1): 61-83.

- Smith, Susan J, Alan Alexander et Donna Easterlow. 1997. « Rehousing as a health intervention: miracle or mirage? » *Health & Place* 3 (4): 203-216.
- Smith, Stephanie L et Moritz Hunsmann. 2019. « Agenda setting for maternal survival in Ghana and Tanzania against the backdrop of the MDGs. » *Social Science & Medicine* 226: 135-142.
- Staeheli, Lynn A. 1996. « Publicity, privacy, and women's political action. » *Environment and Planning D: Society and Space* 14 (5): 601-619.
- . 2003. « Women and the work of community. » *Environment and Planning A* 35 (5): 815-831.
- Staeheli, Lynn A et Michael Brown. 2003. *Where has welfare gone? Introductory remarks on the geographies of care and welfare.* : SAGE Publications Sage UK: London, England.
- Staeheli, Lynn A et Don Mitchell. 2004. « Spaces of public and private: locating politics. » *Spaces of democracy* : 147-160.
- Stanhope, Victoria et Kerry Dunn. 2011. « The curious case of Housing First: The limits of evidence based policy. » *Int J Law Psychiatry* 34 (4): 275-282.
- Statistique Canada. 1981. *Recensement de la population de 1981, Canada [Pays]*.
- . 2016. *Recensement de la population de 2016, Canada [Pays]*.
- . 2016. *Recensement de la population de 2016, Montréal, Ville [Subdivision de recensement]*.
- . 2016. *Recensement de la population de 2016, Toronto, Ville [Subdivision de recensement]*.
- . 2016. *Recensement de la population de 2016, Vancouver, Ville [Subdivision de recensement]*.
- . 2017. *Recensement en bref: Les enfants vivant dans un ménage à faible revenu.*
- Steedman, Eric et Jane Rabinowicz. 2006. « Changing Dynamics in the Canadian Voluntary Sector: Challenges in Sustaining Organizational Capacity to Support Healthy Communities. » *J R Soc Promot Health* 126 (6): 275-279.
- Stensöta, Olofsdotter Stensöta. 2015. « Public ethics of care-a general public ethics. » *Ethics and Social Welfare* 9 (2): 183-200.
- Stern, Ruth et Judith Green. 2008. « A Seat at the Table? A Study of Community Participation in Two Healthy Cities Projects. » *Critical Public Health* 18 (3): 391-403.
- Stoker, Gerry. 1998. « Cinq propositions pour une théorie de la gouvernance. » *Revue Internationale des Sciences Sociales* (155): 19-30.

- Strobl, Judith et Nigel Bruce. 2000. « Achieving wider participation in strategic health planning: experience from the consultation phase of Liverpool's 'City Health Plan'. » *Health Promotion International* 15 (3): 215-225.
- Surel, Yves. 1998. « Idées, intérêts, institutions dans l'analyse des politiques publiques. » *Pouvoirs: Revue française d'études constitutionnelles et politiques* (87): 161-178.
- . 2009. « L'action publique modélisée par les «trois i ». » *Le choix rationnel en science politique Débats critiques Rennes: Presses Universitaires de Rennes* : 229-255.
- Suryanarayanan, Parthasarathy, Ching-Huei Tsou, Ananya Poddar, Diwakar Mahajan, Bharath Dandala, Piyush Madan, Anshul Agrawal, Charles Wachira, Osebe Mogaka Samuel et Osnat Bar-Shira. 2021. « AI-assisted tracking of worldwide non-pharmaceutical interventions for COVID-19. » *Scientific Data* 8 (1): 1-14.
- Suttor, Greg. 2011. « Offset mirrors: Institutional paths in Canadian and Australian social housing. » *International Journal of Housing Policy* 11 (3): 255-283.
- . 2014. « Canadian social housing: Policy evolution and impacts on the housing system and urban space. » Thesis, Geography and Planning, University of Toronto.
- . 2016. *Still Renovating: A History of Canadian Social Housing Policy*. Montréal: McGill-Queen's University Press.
- Swyngedouw, Erik, Frank Moulaert et Arantxa Rodriguez. 2002. « Neoliberal Urbanization in Europe: Large-Scale Urban Development Projects and the New Urban Policy. » *Antipode* 34 (3): 542-577.
- Tansey, Oisín. 2007. « Process tracing and elite interviewing: a case for non-probability sampling. » *PS: Political Science & Politics* 40 (04): 765-772.
- Taylor, Marilyn. 2007. « Community participation in the real world: opportunities and pitfalls in new governance spaces. » *Urban Studies* 44 (2): 297-317.
- Tester, Griff. 2007. « Housing and Sex Discrimination. » In *The face of discrimination: How race and gender impact work and home lives*, sous la dir. de Vincent J Roscigno, 187-202. : Rowman & Littlefield Publishers.
- . 2008. « An intersectional analysis of sexual harassment in housing. » *Gender & Society* 22 (3): 349-366.
- TGFM. 2019. *État des lieux des enjeux de logement vécus par les Montréalaises*: Table des groupes de femmes de Montréal. Consulté le 04-11-2021. <https://www.tgfm.org/fr/nos-publications/17>.
- . 2021. *Le droit au logement des Montréalaises: on y travaille, et vous?*: Table des groupes de femmes de Montréal. <https://www.tgfm.org/fr/nos-publications/111>.
- Theodore, H. Tulchinsky et A. Varavikova Elena. 2010. « What is the "New Public Health"? » *Public Health Reviews*, 2010, 25-53.

- Thériault, Luc, Christian Jetté, Réjean Mathieu et Yves Vaillancourt. 2001. « Social housing with community support: A study of the FOHM experience. » *Ottawa: The Caledon Institute of Social Policy*.
- Thompson, Samantha. 2018. « " It's yours": Tenant experiences of home and care in women's non-profit housing. » Thesis, Environment: Department of Geography, Simon Fraser University.
- Thomson, Hilary, Mark Petticrew et Margaret Douglas. 2003. « Health impact assessment of housing improvements: incorporating research evidence. » *Journal of Epidemiology & Community Health* 57 (1): 11-16.
- Thomson, Hilary, Mark Petticrew et David Morrison. 2001. « Health effects of housing improvement: systematic review of intervention studies. » *Bmj* 323 (7306): 187-190.
- Tironi, Martin. 2015. « Ethics of care of urban resources: maintenance and repair on a public bicycle system. » *Arq (Santiago)* (89): 76-89.
- Tischler, Victoria, Alison Rademeyer et Panos Vostanis. 2007. « Mothers experiencing homelessness: Mental health, support and social care needs. » *Health & Social Care in the Community* 15 (3): 246-253.
- TPH. 2011. *Healthy Toronto by Design*. Toronto: Toronto Public Health,.
- . 2014. *Strategic Plan 2015-2019*. Toronto: Toronto Public Health.
- . 2016. *Housing and Health: Unlocking Opportunity*. Toronto: Toronto Public Health.
- Tremblay, Diane-Gabrielle, Juan-Luis Klein, Jean-Marc Fontan et Christine Champagne. 2009. « L'action locale et la lutte contre l'exclusion et la pauvreté: le cas de Mères avec pouvoir à Montréal. » *Lien social et Politiques* (61): 187-205.
- Tronto, Joan C. 1993. *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. : Psychology Press.
- . 2009. *Un monde vulnérable: pour une politique du care*. Paris: Éd. la Découverte.
- . 2012. *Le risque ou le care? : Presses universitaires de France*.
- . 2013. *Caring democracy: Markets, equality, and justice*. : NYU Press.
- Trudeau, Daniel et Meghan Cope. 2003. « Labor and housing markets as public spaces: 'personal responsibility' and the contradictions of welfare-reform policies. » *Environment and Planning A* 35 (5): 779-798.
- Tsouros, Agis D. 2013. « City leadership for health and well-being: back to the future. » *Journal of Urban Health* 90 Suppl 1 (SUPPL 1): 4-13.

- . 2017. « Healthy Cities: A Political Project Designed to Change How Cities Understand and Deal with Health. » In *Healthy Cities The Theory, Policy, and Practice of Value-Based Urban Planning*, sous la dir. de Evelyne de Leeuw et Jean Simos, 489-504. : Springer.
- Twiss, Joan, Joy Dickinson, Shirley Duma, Tanya Kleinman, Heather Paulsen et Liz Rilveria. 2011. « Community gardens: lessons learned from California Healthy Cities and Communities. » *American Journal of Public Health*.
- Vaillancourt, Yves. 2014. « Le tiers secteur dans la co-construction des politiques publiques canadiennes. » *Canadian Public Policy* 40 (0): S4-S16. doi: 10.3138/cpp.2012-097.
- Vaillancourt, Yves, Marie-Noëlle Ducharme, François Aubry et Stéphane Grenier. 2016. *AccèsLogis Québec (1997-2015): les hauts et les bas de la co-construction d'une politique publique*. Montréal: Centre de recherche sur les innovations sociales.
- Vakili-Zad, Cyrus. 1996. « Privatizing public housing in Canada, A public policy agenda. » *Netherlands journal of housing and the built environment* 11 (1): 47-68.
- Veal, Charlotte. 2017. « Dance and Wellbeing in Vancouver's "A Healthy City For All". » *Geoforum* 81: 11-21.
- Ville de Montréal. 2006. « Chapitre 2 : Les orientations d'aménagement. » In *Plan d'urbanisme de Montréal*, 22. Montréal: Ville de Montréal. Consulté le 04-11-2021. http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/PLAN_URBANISME_FR/MEDIA/DOCUMENTS/160125_2_1.PDF.
- . 2015. *Initiative montréalaise de soutien au développement social local: des quartiers où il fait bon vivre!* Montréal.
- . 2016. *Cadre de référence du programme Quartiers 21*. Montréal.
- Vives-Cases, Carmen, Maria Teresa Ruiz-Cantero, Vicenta Escriba-Aguir et Juan José Miralles. 2011. « The effect of intimate partner violence and other forms of violence against women on health. » *Journal of Public Health* 33 (1): 15-21.
- Vivre Montréal en santé. 1993. *Agir ensemble... pour une meilleure qualité de vie: guide pour un portrait de quartier*.
- Wachsmuth, David, Danielle Kerrigan, David Chaney et Andrea Shillolo. 2017. « Short-term cities: Airbnb's impact on Canadian housing markets. » *Policy report Urban Politics and Governance research group, School of Urban Planning, McGill University*.
- Walby, Sylvia. 1989. « Theorising Patriarchy. » *Sociology* 23 (2): 213-234.
- Walks, Alan et Brian Clifford. 2015. « The political economy of mortgage securitization and the neoliberalization of housing policy in Canada. » *Environment and Planning A: Economy and Space* 47 (8): 1624-1642.

- Walks, Alan et Richard Maaranen. 2008. *The timing, patterning, & forms of gentrification & neighbourhood upgrading in Montreal, Toronto, & Vancouver, 1961 to 2001*. : Centre for Urban and Community Studies, Cities Centre, University of Toronto.
- Wallerstein, Nina, Rosilda Mendes, Meredith Minkler et Marco Akerman. 2011. « Reclaiming the Social in Community Movements: Perspectives From the USA and Brazil/South America: 25 Years After Ottawa. » *Health Promotion International* 26 Suppl 2 (SUPPL. 2): ii226-ii236.
- Walsh, Christine, Meaghan Bell, Nicole Jackson, John Graham, Shafak Sajid et Katrina Milaney. 2014. *Permanent Supportive Housing for Families With Multiple Needs*. Calgary: Calgary Homeless Foundation & University of Calgary, Faculty of Social Work.
- Weible, Christopher M et Paul A Sabatier. 2006. « A Guide to the Advocacy Coalition Framework. » In *Handbook of public policy analysis: theory, politics, and methods*, sous la dir. de Frank Fischer et Gerald J. Miller, 123-136. : Routledge.
- Wekerle, Gerda. 1980. « Women in the Urban Environment. » *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 5 (3): S188-S214.
- . 1988. « Canadian women's housing cooperatives: Case studies in physical and social innovation. » In *Life spaces: Gender, household, employment*, sous la dir. de Caroline Andrew et Beth Moore Milroy, 102-140.
- . 1993. « Responding to Diversity: Housing Developed by and for Women. » In *Shelter, Women and Development: First and Third World Perspectives*, sous la dir. de Hemalata C. Dandekar, 179-187.
- . 1997. « The shift to the market: Gender and housing disadvantage. » *Women and the Canadian welfare state: Challenges and change* : 170-194.
- Werna, E., T. Harpham, I. Blue et G. Goldstein. 1999. « From healthy city projects to healthy cities. » *Environment and Urbanization* 11 (1): 27-39.
- Whitehead, Margaret, Göran Dahlgren et Di McIntyre. 2007. « Putting equity center stage: challenging evidence-free reforms. » *International Journal of Health Services* 37 (2): 353-361.
- Whittemore, R., A. Rosenberg, L. Gilmore, M. Withey et A. Breault. 2014. « Implementation of a Diabetes Prevention Program in Public Housing Communities. » *Public Health Nursing* 31 (4): 317-326.
- Whitzman, Carolyn. 2006. « At the Intersection of Invisibilities: Canadian women, homelessness and health outside the 'big city'. » *Gender Place and Culture* 13 (4): 383-399.
- . 2018. « Rights Talk, Needs Talk and Money Talk in Affordable Housing Partnerships. » *Journal of Planning Education and Research* : 1-9.
- . 2018. *Tap turners and game changers: lessons for Melbourne, Victoria and Australia from affordable housing systems in Vancouver, Portland and Toronto*: University of Melbourne.

- Whitzman, Carolyn et Marie-Eve Desroches. 2020. *Women's Housing: balancing "scaling-up" and "caring" in Montreal, Gatineau and Ottawa*: U Ottawa. Consulté le 03-11-2021. <https://womenshomelessness.ca/wp-content/uploads/Scaling-up-and-Caring-report-Feb-2020-published.pdf>.
- . 2022. « Women's housing: balancing scaling and caring in three Canadian cities. » *International Journal of Housing Policy* : 1-21. doi: 10.1080/19491247.2022.2038770.
- WHO Europe. 2009. *Zagreb Declaration for Healthy Cities: health and health equity in all local policies*. Copenhagen: World Health Organization Europe.
- Wiles, Janine. 2011. « Reflections on being a recipient of care: vexing the concept of vulnerability. » *Social & Cultural Geography* 12 (6): 573-588.
- Williams, Allison. 2002. « Changing geographies of care: employing the concept of therapeutic landscapes as a framework in examining home space. » *Social Science & Medicine* 55 (1): 141-154.
- . 2017. « Therapeutic landscapes. » In *The International Encyclopedia of Geography*, sous la dir. de Douglas Richardson, Noel Castree, Michael F. Goodchild, Audrey Kobayashi, Weidong Liu et Richard A. Marston. : Wiley Online Library.
- Williams, Miriam J. 2016. « Justice and Care in The City: Uncovering Everyday Practices Through Research Volunteering. » *Area* 48 (4): 513-520.
- . 2017. « Care-full Justice in the City. » *Antipode* 49 (3): 821-839.
- . 2020. « The possibility of care-full cities. » *Cities* 98: 102591.
- Wister, Andrew V. 2005. « The built environment, health, and longevity: Multi-level salutogenic and pathogenic pathways. » *Journal of Housing for the Elderly* 19 (2): 49-70.
- Witty, D. R. 2002. « Healthy communities: What have we learned? » *Plan Canada* 42 (4).
- Women's Shelter Canada. 2017. *Housing, Homelessness, and Violence Against Women*. Ottawa. Consulté le 2021-12-01. <https://endvaw.ca/wp-content/uploads/2018/11/Discussion-Paper-Exec-Summary-EN.pdf>.
- Yin, Robert K. 1994. *Case study research: design and methods*. : Sage Publications.
- Youth Leaving Care Working Group. 2013. *Blueprint for Fundamental Change to Ontario's Child Welfare System. Final Report of the Youth Leaving Care Working Group January 2013*. : Toronto: Office of the Provincial Advocate for Children and Youth. Consulté le 2021-12-01. <http://www.children.gov.on.ca/htdocs/English/documents/childremsaid/youthleavingcare.pdf>.
- Zahariadis, Nikolaos. 2007. « The multiple streams framework: Structure, limitations, prospects. » In *Theories of the policy process*, sous la dir. de Paul A. Sabatier, 65-92. : Westview Press.

- Zarowsky, Christina, Slim Haddad et Vinh-Kim Nguyen. 2013. « Au-delà des «groupes vulnérables»: contextes et dynamique de la vulnérabilité. » *Global health promotion* 20 (1 suppl): 80-87.
- Zhang, D. 2016. « Courtyard housing in North America: Chinese design for health and happiness. » *Urban Design International* 21 (4): 281-297. doi: 10.1057/udi.2016.6.
- Zhang, Xiaoling, Bogachan Bayulken, Martin Skitmore, Weisheng Lu et Donald Huisingh. 2018. « Sustainable urban transformations towards smarter, healthier cities: Theories, agendas and pathways. » *Journal of Cleaner Production* 173: 1-10. doi: 10.1016/j.jclepro.2017.10.345.

ANNEXE 1 : L'INTERSECTIONNALITE ET L'ETHIQUE DU CARE POUR APPROFONDIR LE ROLE DU LOGEMENT EN SANTE PUBLIQUE

Résumé

La santé publique envisage généralement le logement pour ses risques ou encore comme un lieu pour intervenir auprès des populations vulnérables. Bien que pertinentes, ces visions reposent sur une conception statique de la vulnérabilité et du logement, mais elles négligent d'importantes inégalités de pouvoir et formes de *care* qui conditionnent le rapport au logement et au système d'habitation. Le présent article mobilise les éthiques du *care* et une approche intersectionnelle pour approfondir ces angles morts. Ces perspectives théoriques permettent, d'une part, de concevoir le logement comme un nœud pour le déploiement de relations, d'espaces et de temporalités favorables au *care* pour se maintenir en santé. D'autre part, elles contribuent à définir le rôle potentiel du logement pour imbriquer et créer une synergie de désavantages qui pose des risques et crée une vulnérabilité par rapport à ceux-ci. Selon cette perspective, des interventions en matière d'habitation peuvent jouer un rôle clé pour que les populations en situation de vulnérabilité puissent reprendre du pouvoir sur leur situation et constituer un moyen de lutte efficace contre les inégalités de santé.

Santé publique; logement; éthique du *care*; intersectionnalité; déterminants de la santé

Abstract

Public health generally considers housing for its risks or as a place to reach vulnerable populations. While these perspectives are relevant, they are rooted in a static conception of vulnerability and housing. These perspectives overlook major power inequalities and types of care that shape the relationship to a home and the housing system. To deepen these blind spots, this paper draws on an ethic of care and an intersectional approach. These theoretical perspectives enable us, on the one hand, to conceive home as a node for the deployment of caring relationships, spaces and temporalities in order to stay healthy. On the other hand, these perspectives show the potential role of housing in interweaving and creating disadvantages that pose risks and create further vulnerability. From this point of view, housing interventions can play a key role for vulnerable population in regaining power over their own situation and provide an effective means of addressing health inequalities.

Public health; Housing; Care Ethics; Intersectionality; Determinants of Health

Introduction

Pour réduire les inégalités, la santé publique s'appuie sur des données probantes afin de développer des interventions en matière d'habitation qui ciblent notamment des populations en situation de vulnérabilité. En santé publique, les populations vulnérables sont celles qui, au cours de leur vie, tendent à être plus fréquemment exposées à des contextes et des conditions qui posent des risques pouvant affecter leur bien-être tout en disposant d'un pouvoir et de moyens inégaux pour s'en prémunir (Frohlich et Potvin 2008). Cette vulnérabilité est, bien souvent, associée à des différences basées sur la situation socioéconomique, le genre, l'ethnicité, l'âge ou le handicap sans toutefois reconnaître les rapports de pouvoirs structurels sous-jacents (McGibbon et McPherson 2011). Cette perspective statique et figée de la vulnérabilité néglige les rapports de pouvoirs qui conditionnent la relation au logement et au système d'habitation²⁵. Elle écarte également le rôle du logement lui-même dans le processus de vulnérabilisation. En effet, le logement est un prérequis pour être en bonne santé puisque se trouver sans logement sain, abordable, adapté et sécuritaire représente un important facteur de vulnérabilité, car il expose les ménages à un ensemble de chocs et de difficultés pour demeurer en santé (ex. : isolement, stress, violences, maladies, accès aux soins limité, etc.) (Bryant 2016). En santé publique, des angles morts subsistent encore aujourd'hui tant dans la construction de la vulnérabilité qui génère une impuissance par rapport aux risques que dans le rôle du logement au sein des inégalités. Mieux comprendre les facteurs qui alimentent cette vulnérabilité pourrait contribuer à développer des interventions pour structurellement remédier aux inégalités de santé.

Les recherches en santé publique adhèrent à deux visions principales du rôle du logement pour les populations en situation de vulnérabilité. L'attention est tout d'abord tournée vers les risques associés aux conditions matérielles comme l'insalubrité, la taille insuffisante et l'exposition à des polluants (Dunn et al. 2004 ; Shaw 2004). Le logement est ensuite présenté comme un lieu pour déployer des interventions pour, par exemple, sensibiliser aux saines habitudes de vie et offrir des soins de santé. Par ces deux orientations, le logement est vu à travers ses dimensions matérielles, à savoir un lieu qui pose des risques et qui permet d'intervenir auprès des habitants et habitantes. Ces visions dominantes voient donc le logement comme un contenant et non

²⁵ Bien que le logement soit généralement projeté comme participant du marché immobilier, cette expression réifie cette question aux échanges ce qui marginalise les autres dynamiques et acteurs qui influencent notamment la qualité et l'offre. Nous employons, comme d'autres, l'expression système d'habitation (*housing system*). Comme le logement réfère au lieu physique permettant l'habitation, nous mobilisons l'expression interventions en matière d'habitation. Ce terme plus inclusif englobe les interventions sur les logements eux-mêmes, mais également le système dans lequel ils s'inscrivent (marché immobilier, droits des locataires, subventions des loyers, etc.).

comme un espace relationnel. En étant un point central du quotidien, le logement devrait fournir les conditions matérielles et sociales pour développer les aptitudes à prendre soin de soi-même et des autres, par exemple, en permettant de s'alimenter, de se reposer, de se rétablir, et d'offrir ou de recevoir du soutien émotionnel (Noddings 2002). De ce point de vue, le logement joue un rôle clé pour les multiples formes de *care* qui permettent d'assurer la vie, la survie et l'épanouissement des populations (Held 2006). Si les recherches et les interventions en santé publique se préoccupent du *care*, l'attention demeure toutefois tournée vers l'éducation aux saines habitudes de vie ainsi que vers les soins préventifs et curatifs exercés par des professionnels, en raison de la vision biomédicale qui domine le champ. Pour élargir cette compréhension des dimensions du logement qui influencent la santé, il convient de porter une attention aux nombreuses relations qui contribuent au bien-être. En effet, en négligeant ces dimensions relationnelles et politiques, ces perspectives ne permettent pas de saisir précisément l'ensemble et la force des mécanismes de la relation entre le logement et les inégalités de santé. Conséquemment, les interventions en santé publique ciblent quelques dimensions et peinent ainsi à utiliser le logement à son plein potentiel pour réduire les inégalités. Il reste donc une réflexion théorique à entreprendre pour développer une perspective plus holistique.

L'objectif du présent article est de répondre à ce besoin théorique en mobilisant les éthiques du *care* et une approche intersectionnelle pour montrer que le logement constitue autant une force active qui alimente les inégalités de santé, qu'un moyen de lutte efficace contre ces dernières. À partir d'une présentation détaillée des deux principales tendances sur le plan de la recherche et des approches en santé publique concernant le logement, nous mettons en avant, dans une première partie, les angles morts de ces perspectives. La détermination de ces lacunes nous permet, dans les deux parties suivantes, de montrer la pertinence de mobiliser les outils conceptuels et analytiques des éthiques du *care* et d'une approche intersectionnelle (McGibbon et McPherson 2011) pour approfondir la question des inégalités de pouvoir et des dimensions relationnelles qui conditionnent le rapport au logement et à l'état de santé. Cette lecture pose ainsi les bases d'une réflexion plus large sur le potentiel des interventions en matière d'habitation afin d'élargir le paysage du *care* disponible pour accroître le pouvoir au sein du logement, de manière à être en mesure de se maintenir en santé.

Le logement au sein de la santé publique

La santé publique a une longue, bien qu'intermittente, histoire de recherche et d'interventions sur le logement (Krieger et Higgins 2002). Dans un premier temps, la santé publique moderne, par ses mesures hygiénistes, s'est intéressée au logement ou plutôt aux conditions propices à la propagation des maladies infectieuses. Ces interventions étaient des mesures visant à lutter notamment contre l'insalubrité, le manque d'isolation et la surpopulation (Krieger et Higgins 2002 ; Corburn 2009). Ces premiers regards ont contribué à faire du logement un vecteur de risques potentiels. Au cours du XIX^e et du XX^e siècle, certaines découvertes, principalement liées aux germes, favorisent une meilleure compréhension de la propagation des maladies et engendrent une médicalisation de la santé. Cette médicalisation a réorienté la santé publique vers des pratiques sanitaires et médicales exercées par des professionnels qui visent les corps ou les facteurs pathogéniques (Corburn 2009). Cette approche biomédicale s'est imposée dans plusieurs champs d'action et de recherche et a permis d'éradiquer certaines maladies infectieuses. Ces interventions sanitaires et médicales n'ont toutefois pas freiné les maladies chroniques ni éliminé les inégalités de santé.

Certaines études en épidémiologie sociale ont permis de reconnaître que chaque société façonne, à sa façon, la distribution ainsi que les états de santé et de maladie (Berkman, Kawachi et Glymour 2014 ; Corburn 2009). Ce champ a également démontré l'influence des déterminants de la santé, tels que le logement, le travail, le genre, l'alimentation, le statut migratoire et l'éducation, dans la diffusion de maladies chroniques et la croissance des inégalités (Berkman, Kawachi et Glymour 2014). Dans cette foulée, plusieurs acteurs et institutions ont tenté d'opérer un virage vers la promotion de la santé où l'attention est tournée vers les ressources et les capacités dont les populations disposent pour être en bonne santé plutôt que vers les risques et les maladies. Ces activités visent des populations, des enjeux et des milieux (settings) pouvant contribuer au bien-être et donc à la réduction des inégalités (Poland, Green et Rootman 1999). L'approche par le milieu en promotion de la santé vise à rendre les environnements physiques plus sains et à agir auprès des populations qui l'utilisent ou l'habitent. Ces deux dimensions reflètent les principaux axes d'actions et de recherche sur le logement.

Du côté universitaire, les écrits en santé publique voient le logement comme un lieu pour prévenir ou intervenir sur des facteurs de risques associés aux conditions matérielles. Plusieurs interrogent, par exemple, la façon dont la santé et la qualité de vie sont influencées par les réparations et les rénovations des logements pour améliorer l'efficacité énergétique ou s'adapter

aux besoins de personnes en perte d'autonomie (voir, entre autres, Clark et Kearns 2012). Certains analysent les effets du relogement ou de l'accès à un logement adapté sur la santé et les habitudes de vie (voir, entre autres, S. J. Smith, Alexander et Easterlow 1997). D'autres s'intéressent aux effets des interventions de renouvellement urbain ou de revitalisation sur la santé des ménages (voir, entre autres, Curtis, Cave et Coutts 2002 ; Clark et Kearns 2012). À partir d'études empiriques comme ces dernières, des chercheurs ont développé des typologies et modèles pour décrire et expliquer les facteurs du logement qui affectent la santé (voir, entre autres, Dunn et al. 2004 ; Shaw 2004). Ceux-ci soulignent que les risques tendent à se combiner et à toucher plus fréquemment certaines populations.

Les probabilités d'être exposé à des conditions de logement malsaines ou dangereuses ne sont pas uniformes et aléatoires, mais surtout toutes et tous n'ont pas les mêmes moyens et capacités pour les affronter. L'exposition et la vulnérabilité aux risques sont tributaires d'inégalités de pouvoir qui se cristallisent notamment par le fonctionnement du système d'habitation. Le marché immobilier, qui domine généralement le système d'habitation, n'offre pas les mêmes possibilités à toutes et à tous. Les populations socialement privilégiées disposent d'un pouvoir notamment financier et symbolique par rapport au marché. Ceux-ci sont plus fréquemment propriétaires puis disposent plus aisément de choix résidentiels qui correspondent à leurs besoins, capacités et réalités (Easterlow et Smith 2004). Ces privilèges limitent donc l'exposition potentielle aux risques, mais également la vulnérabilité puisque ceux-ci peuvent plus facilement adapter leur logement ou, au besoin, déménager. Alors qu'il y a un nombre limité de logements abordables, de tailles suffisantes et adaptées sur le marché, les ménages à faible revenu sont contraints de se tourner vers des logements qui posent des risques pour la santé, qui sont, par exemple, exigus ou en mauvais état. Pour plusieurs, l'atténuation ou l'élimination de ces risques sont freinées par la discrimination basée, par exemple, sur la race, la classe ou le statut migratoire qui limite notamment leur mobilité résidentielle ou leur possibilité d'exiger des réparations (Bryant 2016). Ce pouvoir inégal contribue donc aux disparités de santé.

Le pouvoir constitue une dimension qui est peu prise en compte et théorisée par le champ de la santé publique (Poland, Green et Rootman 1999). Lorsque ces recherches s'intéressent aux inégalités, celles-ci ciblent des différences dans l'état de santé entre les individus. Dans ce contexte, des conditions médicales, telles que les maladies cardiovasculaires et certains cancers, sont associées à des facteurs de risque (des habitudes de vie, des différences biologiques ou même des traits culturels reliés, par exemple, à l'ethnicité et la classe sociale).

Ces perspectives tendent à évacuer les dimensions et dynamiques structurelles qui créent et reproduisent les disparités concernant l'accès et la qualité des déterminants de la santé comme le revenu et l'alimentation (McGibbon et McPherson 2011). En plus d'individualiser les enjeux de santé, de telles interprétations peuvent renforcer des stéréotypes et des préjugés alléguant que leur condition médicale est attribuable à leurs comportements individuels négligents (Bowleg 2012).

Le logement est également vu comme un espace positif pour, par exemple, contribuer au bien-être, à la santé et à la longévité des populations. Ainsi, certains interrogent le rôle de la localisation résidentielle sur l'accès aux soins de santé et services sociaux (voir, entre autres, Anderson et Barclay 2003). D'autres soulignent que le logement peut constituer un site pour intervenir sur les habitudes de vie comme le tabagisme, l'activité physique et l'alimentation (voir, entre autres, Schwinn et al. 2014) ou encore pour déployer, coordonner et recevoir des soins de santé et des services sociaux (voir, entre autres, Henwood, Cabassa, et al. 2013). Au sein de ces écrits, le logement demeure considéré pour ses dimensions matérielles, à savoir un site permettant une mise en relation avec le réseau de la santé. Ainsi, les principales formes de *care* reconnues et valorisées sont liées aux soins de santé, constituant un portrait partiel et même partial.

Le *care* correspond à l'ensemble des activités déployées, de façon attentive, sensible et respectueuse, pour aider les individus à répondre à leurs besoins biologiques vitaux, à développer ou à maintenir leurs capacités de base et à éviter, autant que possible, tout dommage et souffrance non nécessaire (Engster 2007). Ces actions offrent de l'aide, des ressources et des opportunités pour survivre, se développer et pleinement fonctionner en société. Au sein des écrits qui croisent santé et logement, le *care* réfère notamment aux infirmières, aides familiales et préposés aux bénéficiaires qui prennent soin de personnes en situation de handicap, de perte d'autonomie ou de convalescence (voir, entre autres, Bowlby 2011). Comme ces dernières exercent des soins curatifs ou préventifs envers des états pathologiques, ces relations sont unidirectionnelles : des professionnelles vers des bénéficiaires qui sont vues comme étant vulnérables, mais surtout dépendantes et passives. Cette vision néglige donc une large part des attitudes et des activités de *care* qui sont cruciales pour la santé de toutes et tous, c'est-à-dire les relations interpersonnelles qui permettent de répondre aux besoins quotidiens et de prévenir un état de vulnérabilité accrue.

Ces deux visions dominantes mettent de côté certaines dimensions sociales et psychologiques qui sont associées aux relations au sein et entre les ménages ainsi qu'à l'identification, l'appréciation et le sentiment de contrôle sur milieu de vie. En plus de nuire au sentiment de sécurité, de stress, d'intimité, de contrôle et d'appartenance, ces dimensions immatérielles ont une incidence directe sur le bien-être ainsi que sur la santé mentale et physique perçue (Dunn et al. 2004 ; Krieger et Higgins 2002 ; Mee 2009). Ces angles morts laissent penser qu'il reste une réflexion théorique à entreprendre pour mieux cerner le rôle de ces dimensions immatérielles. Les outils conceptuels et analytiques de l'intersectionnalité et des éthiques du *care* permettent de répondre à ces lacunes, en approfondissant la question des inégalités ainsi que les dimensions relationnelles qui conditionnent le rapport au logement et l'état de santé.

Les éthiques du *care* et l'intersectionnalité pour approfondir les dimensions relationnelles et politiques du logement

Les éthiques du *care* reposent sur la reconnaissance de la vulnérabilité fondamentale des êtres humains qui sont soutenus par diverses relations de *care* tout au long de leur vie (Tronto 2009). À propos de cette vulnérabilité, les sociétés doivent reconnaître et prendre leurs responsabilités pour soutenir l'interdépendance qui permet de s'aider et se protéger mutuellement tout en accordant une attention aux plus vulnérables (Carmalt et Faubion 2010). Ces éthiques ont d'abord été associées aux rôles sociaux féminins puisque les premiers écrits se sont basés sur les activités et les expériences liées à la maternité, aux soins ainsi qu'à l'éducation qui sont des domaines traditionnellement féminins. Les écrits subséquents, influencés par les travaux de Tronto (2009) sont allés au-delà de cette vision essentialiste et naturalisante. Ces éthiques ne sont pas naturelles, mais le résultat d'une socialisation par laquelle les femmes ont été assignées comme les principales responsables du *care*. Il s'agit désormais d'éthiques féministes qui offrent des outils pour déconstruire l'exercice du *care* qui implique un ensemble d'inégalités basées notamment sur la race, le genre et les capacités chez les bénéficiaires et les prestataires.

Ces écrits ont influencé de nombreux champs de recherche. En études urbaines, les éthiques du *care* sont mobilisées pour repenser la justice dans les interventions politiques locales ou encore dans l'aménagement (M. J. Williams 2017 ; Bates, Imrie et Kullman 2016). Depuis quelques années, des géographes exposent comment le *care* s'organise et s'articule dans l'espace (Milligan et al. 2007). Ces géographies du *care* s'intéressent notamment aux façons dont l'espace peut favoriser le déploiement du *care* au sein des sociétés et au développement

de concepts pour comprendre les relations et dynamiques qui façonnent la santé et le bien-être des populations, tels que les paysages du *care* (*landscapes of care* ou *caringscapes*) (Conradson 2003c ; Milligan et Wiles 2010). Les paysages du *care* correspondent à des assemblages multiscalaires d'espaces qui établissent, maintiennent et conditionnent le *care*. Ces paysages sont composés de relations desquelles les individus sont interdépendants en étant à la fois bénéficiaires et prestataires de *care*. Comme ces relations se tissent et prennent place dans différentes échelles et différents lieux, il est possible d'entrevoir le *care* par ses dimensions spatiales. Comme le *care* envers soi-même et les autres repose sur un équilibre dans l'articulation des temps de vie (travail, famille, études, loisirs, etc.), les temporalités constituent d'autres dimensions cruciales pour bien saisir ces paysages et leur rôle pour se maintenir en santé.

Le logement est un lieu crucial où le *care* se déploie sur une base quotidienne à travers une pluralité de relations ayant un niveau variable d'obligation sociale, de formalité, de professionnalisme et de compensation monétaire (Bowlby 2011). À quelques exceptions près, la santé publique emploie une vision restreinte du *care* en référant au travail exercé par des professionnels ou des aidants naturels envers des populations vulnérables en raison, par exemple, de leur âge ou d'un handicap. Ces relations reposent sur un rapport de dépendance dans lequel les bénéficiaires sont passifs. Cependant, les éthiques du *care* s'attachent à reconnaître la réciprocité ainsi que le rôle actif de l'ensemble des parties impliquées (Held 2006). Comme la vulnérabilité n'est pas immuable, les personnes peuvent être à tour de rôle les prestataires et les bénéficiaires. Les bénéficiaires jouent un rôle actif en offrant des rétroactions et en suggérant des transformations dans l'offre de *care*. Ensuite, ces éthiques s'attachent à reconnaître le *care* entre des individus vus comme relativement indépendants, ce qui permet de valoriser le rôle des relations intimes, familiales, amicales, communautaires et de voisinage. Ce *care* qui prend la forme d'écoute, d'aide, de protection ou d'accompagnement ponctuel ou continu permet aux individus d'accéder aux moyens adéquats. Cela permet de prendre soin de soi-même (*selfcare*) pour se maintenir en santé, mais également de prendre soin de ses proches ou même d'occuper un emploi. Par l'ensemble de ces relations, les individus peuvent s'inscrire dans une logique d'interdépendance et donc éviter ou quitter un état de vulnérabilité accrue. Cette logique d'interdépendance repose notamment sur l'articulation des temps de vie.

Les temps de vie s'articulent dans la vie quotidienne et comprennent, entre autres, le travail, la vie familiale, les implications sociales, les études et les loisirs qui sont cruciaux pour offrir des réponses adéquates aux vulnérabilités. Le logement joue un rôle clé dans ceux-ci. Il y a d'abord

les temps consacrés à la vie personnelle et privée, qui permettent le *selfcare*. Ces temps permettent de répondre à ses propres besoins concernant notamment l'alimentation, l'hygiène, le repos et l'activité physique. D'autres temps de vie sont consacrés aux relations familiales, amicales et communautaires qui déploient du *care* et qui s'articulent au sein ou autour du logement. Enfin, pour celles et ceux qui ont un travail ou s'impliquent bénévolement d'autres temps peuvent être consacrés à la planification, l'exécution et l'évaluation du *care*, qui prennent parfois place dans le logement du bénéficiaire. L'articulation de ces temps de vie est nécessaire au bien-être des individus et de leur entourage, mais également au bon fonctionnement des sociétés. En principe, une articulation équilibrée de ces temps de vie permet aux individus, à court et à long terme, de prendre soin d'eux-mêmes et de s'engager dans diverses relations en étant fournisseurs et prestataires de *care*.

En tant que pratique relationnelle, le *care* se déploie dans un ensemble d'espaces publics et privés (Conradson 2003c). Le logement est un important siège physique pour l'offre et la réception de *care*. En permettant aux personnes de répondre à leurs besoins, il favorise d'abord le *selfcare*. Comme la famille est une institution cruciale dans laquelle de nombreuses relations sont établies, en particulier entre les parents et les enfants, le domicile peut être ensuite un lieu important où ce *care* se déploie sur une base quotidienne pour celles et ceux qui habitent avec certains de leurs proches. Il s'agit également d'une porte d'entrée vers un milieu de vie qui compte un ensemble d'installations, d'infrastructures, de ressources et de services pour prendre soin de soi et des autres (hôpitaux, centres pour personnes âgées, épiceries, organisations communautaires, etc.). Dans la mesure où ces espaces sont adéquatement disposés, ils peuvent favoriser le *selfcare*, mais aussi l'établissement et le maintien de relations par lesquelles les individus sont dans des logiques d'interdépendance. Le logement constitue donc un espace relationnel résolument crucial pour les trois dimensions des paysages du *care* qui contribuent à une bonne santé individuelle et collective. Ces paysages ne sont pas homogènes, tout comme le rôle du logement au sein de ceux-ci.

Les paysages du *care*, tout comme le rôle joué au sein de ceux-ci, sont tributaires de leur contexte d'inscription. Ils se transforment donc au gré des dynamiques économiques, politiques et sociales qui façonnent les valeurs, les normes, les responsabilités et les ressources liées au *care* (Milligan et Wiles 2010). Ces paysages sont uniques à chaque individu puisque la position sociale, qui est à l'intersection de rapports de pouvoir, influence l'accès et le rôle joué au sein de ceux-ci. Alors que les inégalités restreignent l'étendue et le pouvoir au sein des paysages, certaines interventions peuvent favoriser son déploiement ou même un repositionnement.

Toutefois, plusieurs auteures, dont Hankivsky (2014), Duffy (2005) et Narayan (1995), soutiennent que les éthiques du *care* sont limitées sur le plan théorique et conceptuel pour comprendre comment les positions sociales, les différences, le pouvoir et, donc, les inégalités associées. Au sein de ces éthiques, le genre est généralement vu comme la principale structure d'oppression. Lorsque d'autres rapports de pouvoirs sont considérés, comme le racisme et le colonialisme, ils sont simplement additionnés. Une telle vision ne permet pas de comprendre comment ces systèmes de rapports de pouvoir interagissent, se renforcent mutuellement et construisent les inégalités. Plus encore, ces travaux tendent à avoir une lecture statique, homogénéisante et parfois même naturalisante des réalités vécues. Hankivsky (2014) considère que les études du *care* pourraient être considérablement renforcées par l'emploi de l'intersectionnalité.

Crenshaw (1991) fut la première à employer le terme intersectionnalité pour désigner la double subordination qui intervient dans les structures, les politiques et les représentations des violences perpétrées envers les femmes racisées. Les écrits sur l'intersectionnalité ont contribué au développement et à la diffusion de perspectives holistes de la domination pour saisir comment les rapports de pouvoir s'influencent et se construisent dans des contextes mouvants et complexes (Bilge 2013, 2010). Les idées à la base de l'intersectionnalité ont été développées, dans les années 1970 et 1980, en marge des milieux universitaires, par des féministes afro-américaines, hispano-américaines et lesbiennes. Ces dernières sentaient que les réalités qu'elles vivaient en cumulant plusieurs oppressions n'étaient pas comprises notamment dans les mouvements et les discours féministes et antiracistes. Par rapport à ce constat, plusieurs autrices afro-américaines ont développé des perspectives, des concepts et des cadres d'analyse aujourd'hui associés à l'intersectionnalité, tel hooks (1981) qui a réfléchi aux processus de co-construction des oppressions de sexe, de race et de classe et P. H. Collins (1990) qui a pensé l'imbrication des systèmes d'oppression et la matrice de la domination qui permettent de saisir l'organisation des rapports de pouvoir hiérarchiques au sein d'une société. Ces perspectives holistes de la domination s'attardent à l'architecture dynamique et complexe des oppressions qui participent à la co-formation et co-construction de la domination. L'idée n'est pas de diviser ou de hiérarchiser les effets des dominations, mais de comprendre comment celles-ci se combinent à travers le temps, l'espace et les institutions de façon à générer et à maintenir les rapports de pouvoir (Bilge 2010). L'analyse des intersections entre plusieurs rapports de pouvoirs permet une déconstruction critique afin de mieux comprendre des expériences particulières et les contextes qui reproduisent les privilèges et les oppressions.

Alors que les premiers travaux traitaient de l'imbrication des rapports de domination associés à la race, au genre et à la classe, les écrits plus récents intègrent, par exemple, à l'âge, la sexualité et le handicap et s'appliquent à différents domaines d'étude comme la santé et le logement.

En santé, les analyses intersectionnelles permettent d'appréhender la complexité des déterminants qui influencent le bien-être ou encore les conditions médicales (voir, entre autres, Hankivsky et Christoffersen 2008 ; McGibbon et McPherson 2011 ; Bowleg 2012). L'intersectionnalité ne cherche pas à esquiver ou à simplifier la complexité, mais l'accueille afin de comprendre les causes des inégalités qui influencent le bien-être des populations (Hankivsky et Christoffersen 2008 ; McGibbon et McPherson 2011). L'analyse intersectionnelle saisit comment ces facteurs et dynamiques provenant de plusieurs échelles se conjuguent de manière à déployer des privilèges et des oppressions qui conditionnent le rapport au monde et à leur état de santé (Bowleg 2012). Ces analyses visent à relever de nouvelles connaissances sur les dynamiques sous-jacentes aux inégalités et donc susciter une prise de distance avec les approches et les modèles qui ont une vision figée et statique des groupes sociaux et des déterminants de la santé.

Dans cette lignée, McGibbon et McPherson (2011) ont développé une approche qui s'appuie sur l'exposition et l'analyse des intersections de trois champs de déterminants de la santé. Le premier champ inclut les déterminants sociaux de la santé (DSS) qui relèvent d'une pluralité de domaines tels que l'éducation, l'activité physique, les soins de santé, l'alimentation et le travail. Le second champ comprend les identités associées à des rapports de pouvoir structurels comme le sexe, la race, l'âge, l'ethnicité, la religion, l'autochtonie et la classe qui génèrent de façon systématique et sur une période longue un déni aux ressources auxquelles les autres ont accès. Le troisième champ correspond aux éléments géographiques qui relèvent du rapport au territoire comme l'emplacement, la ségrégation, la migration et l'exposition. La décomposition des déterminants de la santé vise, d'une part, à voir que les éléments d'un même champ s'influencent mutuellement et, d'autre part, que les trois champs s'imbriquent et peuvent créer une synergie de désavantages qui conditionne le quotidien et la santé. Cette approche nous permet d'analyser les façons par lesquelles les éléments qui composent les trois champs de déterminants de la santé peuvent interagir de façon à créer une impuissance par rapport au système d'habitation et au logement. Cette lecture permettra d'expliquer comment le logement peut constituer une force active qui place des individus dans une spirale de vulnérabilisation créant ainsi d'importants obstacles au *care* pour soi-même et ses proches.

Analyse intersectionnelle du logement pour approfondir le *care*, les inégalités de santé et le potentiel des interventions en matière d'habitation

Pour ce qui est du rapport au système d'habitation, un faible revenu peut contraindre les choix résidentiels vers les logements plus abordables qui sont souvent moins intéressants sur le plan de la taille, de l'entretien et de l'emplacement (Shaw 2004). Lorsque les coûts liés au logement sont trop élevés, les ménages s'endettent, travaillent davantage ou limitent leurs autres dépenses. Ces stratégies ont des impacts sur les DSS, par exemple, l'alimentation, les médicaments, le transport et l'éducation. La discrimination résidentielle a historiquement été associée à la ségrégation vers des secteurs qui sont moins bien desservis en termes d'infrastructures, de ressources et de services. Ces localisations ont des répercussions sur le temps consacré aux transports, mais aussi aux possibilités de s'alimenter sainement, de faire de l'activité physique ou d'accéder aux soins de santé. De plus, ces ménages sont plus exposés à des risques environnementaux, tels que les îlots de chaleurs ou encore la pollution sonore ou atmosphérique (Corburn 2009). Ces traitements discriminatoires ne s'arrêtent pas à l'accès au logement ; ces personnes peuvent vivre du harcèlement ou des violences sexuelles de la part de leur locateur (Elengold 2015). Après avoir eu de la difficulté à se loger, plusieurs tolèrent ce harcèlement et ces violences par peur de se retrouver à la rue. En plus de mettre en péril le droit à un logement sécuritaire, ces violences affectent la santé physique et mentale par le stress post-traumatique, la dépression, l'anxiété, les douleurs chroniques ou de façon plus brutale par les homicides (Vives-Cases et al. 2011).

Comme tous et toutes n'ont pas la même relation au logement, les conditions d'habitation n'ont donc pas les mêmes effets sur la santé, la sécurité et le bien-être des populations. En raison de différences basées, notamment, sur le sexe, la race, l'orientation sexuelle et l'âge, certaines populations ont historiquement été exclues de la sphère publique (Young 1990). Cette exclusion a contribué à ce que les populations privilégiées aménagent les villes selon leurs besoins et leurs réalités. Alors que ces derniers peuvent profiter et s'approprier les espaces publics, les autres y vivent des inconforts et des obstacles quotidiens, mais surtout les perçoivent comme potentiellement dangereux pour leur intégrité physique. Cette insécurité structure le quotidien et le rapport à l'espace : cette peur peut se traduire en une immobilité forcée, notamment après la tombée du jour (Lieber 2008). En plus d'engendrer de l'isolement, cela limite l'accès géographique aux ressources et aux infrastructures pour répondre à leurs besoins et à ceux de leurs proches. Par opposition, le logement est associé à un lieu de confiance, de quiétude, et de répit des violences des espaces publics. Cela les amène à y passer plus de temps, mais aussi à

y accorder davantage d'importance. Lorsque les conditions de logement se détériorent, elles sont plus à risque de vivre de l'isolement et leur santé s'en trouve davantage affectée (Doyal 1995).

Les activités associées au *care* ont également été exclues de la sphère privée et ont donc été cantonnées au privé et aux catégories les plus dominées, comme les femmes, les personnes racisées et migrantes. Cette assignation n'est pas uniforme, elle est marquée par d'importantes hiérarchies internes basées sur la race, le genre et la classe (Duffy 2005). Bien que certains changements sociaux et politiques aient permis certaines relocalisations vers la sphère publique et d'autres populations, ces tâches continuent d'alimenter les inégalités. Les femmes assurent la majorité de ces tâches et des ménages privilégiés externalisent ce travail vers des services privés qui embauchent majoritairement des travailleuses migrantes. Comme le travail du *care* est encore majoritairement réalisé au sein de la sphère privée, cette assignation façonne le rapport au logement et à la santé (Darke 1994). À titre d'exemple, lorsque les logements présentent des risques, comme des moisissures, celles-ci y sont davantage exposées et seront responsables de l'hygiène et de l'entretien pour s'en débarrasser (Doyal 1995).

Cette répartition inégale du travail du *care* a des impacts sur la possibilité d'articuler géographiquement les temps de vie. Certaines difficultés sont associées au zonage strict par fonction et aux réseaux de transports concentriques caractéristiques de nombreuses villes nord-américaines, qui avantagent les populations qui ont le privilège d'externaliser ce travail du *care*. Cet aménagement pose des obstacles à l'articulation spatiotemporelle des temps de vie (notamment travail, famille, études et loisirs) (Whitzman 2013) et peut se solder par des rythmes effrénés menant au surmenage. Comme le *care* est une activité particulièrement exigeante pour les parents ou les proches aidants, ces rôles peuvent demander une réduction du nombre d'heures travaillées, des horaires flexibles et des arrêts temporaires de travail, ce qui a des répercussions sur les types d'emplois accessibles et leur revenu (Lee et al. 2015). Cela peut, à terme, freiner l'accès et le maintien d'un logement approprié et adéquat, mais aussi réduire le revenu disponible pour les autres besoins. Ces contraintes peuvent même poser des obstacles à certaines occasions de mobilité sociale comme la poursuite d'études postsecondaires.

En s'intéressant aux intersections des DSS, des identités et des éléments géographiques, il est possible d'aller au-delà des perspectives conventionnelles en santé publique qui associent le logement à un lieu qui expose les populations vulnérables à des risques. Cela a permis de souligner la façon dont ces déterminants de la santé peuvent s'intriquer de façon à créer une

synergie de désavantages qui influe sur leur pouvoir par rapport au logement et au système d'habitation. Cette impuissance augmente la probabilité d'habiter des unités et des milieux de vie qui présentent des risques, mais également contraint le quotidien et donc nuit au potentiel du logement pour le *care*. Lorsque ces circonstances se combinent et se succèdent, cela peut alimenter une spirale de vulnérabilisation qui correspond à un ensemble de chocs touchant de façon successive le bien-être social (Zarowsky, Haddad et Nguyen 2013). À l'échelle individuelle, ces chocs se succèdent, se renforcent et surtout empêchent de s'en remettre. Le logement constitue alors une importante force pouvant créer de l'impuissance envers les risques. Comme ce processus de vulnérabilisation concerne directement le logement, il ébranle notamment le sentiment de contrôle sur son milieu de vie et d'avoir un chez-soi. Ces circonstances peuvent donc mener des individus à se trouver en situation d'itinérance. À plus grande échelle, ces processus individuels creusent les inégalités de santé.

L'intersectionnalité n'est pas qu'un outil théorique, mais une lentille critique visant à élaborer des connaissances contre-hégémoniques utiles pour développer des interventions radicalement orientées vers la justice sociale (Bilge 2013). Les éthiques du *care* et l'intersectionnalité ont mis en relief l'ambivalence du logement comme déterminant de la santé. En principe, le logement est un lieu favorisant le déploiement de paysages du *care* qui préservent la santé individuelle et collective. Cependant, le logement peut alimenter une synergie de désavantages qui pose des risques et crée une impuissance par rapport à ceux-ci. En saisissant cette complexité, il est possible de réfléchir et d'articuler des interventions pouvant transformer les dynamiques qui sont au cœur des inégalités (McGibbon et McPherson 2011). Concrètement, cela implique des actions plus sensibles et adaptées aux individus vivant à l'intersection de plusieurs oppressions, principalement pour assurer une reprise de pouvoir sur leur vie et leur environnement. Cette lecture par le pouvoir permet donc une nuance importante quant à la compréhension de l'architecture des inégalités de santé. Il devient illusoire d'agir sur certains risques, il faut plutôt travailler sur une reprise de pouvoir par rapport au logement. Selon hooks (1992), le domicile familial peut constituer un important lieu de résistance notamment pour les Afro-Américaines puisqu'il s'agit d'un espace qui devrait être à l'abri des agressions raciales. Cette protection permet de restaurer sa dignité, d'avoir des occasions de grandir et de développer leurs esprits, mais également d'avoir un espace pour organiser et former des solidarités politiques. Afin d'agir structurellement sur les inégalités de santé, certaines interventions peuvent être déployées pour favoriser une reprise de pouvoir sur le logement et le système d'habitation, ce qui n'est pas à négliger pour la santé publique.

Pour répondre aux besoins des populations vulnérables, plusieurs interventions en matière d'habitation peuvent être envisagées : améliorer la qualité du stock locatif, protéger les droits des locataires, réguler ou subventionner les loyers, ou encore construire de nouveaux logements sociaux. Les logements sociaux avec soutien communautaire constituent un des moyens privilégiés pour prévenir et intervenir auprès de populations en situation ou à risque d'itinérance (Henwood, Stanhope, et al. 2013). Le logement social avec soutien communautaire prend des formes et des modalités variées ; cependant certaines caractéristiques sont communes. Comme ces logements évoluent à l'extérieur des logiques du marché, leur objectif premier n'est pas la rentabilité, mais de reconnaître et de répondre aux besoins des locataires. Ces logements offrent, en principe, un toit abordable, sain, adapté et sécuritaire, mais également un milieu de vie qui est animé par des activités et des services ainsi que des espaces de rencontre pour favoriser leur insertion sociale et leur bien-être.

L'accès à une place en logement social avec soutien communautaire peut permettre de quitter un milieu de vie, des relations et des rythmes qui contribuent à la vulnérabilisation. Ce déménagement peut signifier une reprise de pouvoir. Ce logement et son milieu de vie permettent l'accès à de nouveaux espaces et relations au sein de la communauté pour répondre aux besoins immédiats et futurs. Lorsque les besoins de base sont comblés, il est possible d'articuler les temps de vie et graduellement de quitter une vulnérabilité accrue. Sur le long terme, l'accès à un tel logement permet de panser ses blessures, de se rebâtir et d'aller de l'avant avec sa vie. Celui-ci devient alors un pivot qui élargit le paysage de *care*. Ces nouvelles configurations résidentielles permettent, par exemple, à des individus qui se situent à l'intersection de plusieurs oppressions d'établir des relations de *care* au sein et au-delà de leur logement. Ainsi, les logements sociaux avec soutien communautaire permettent de transformer le paysage du *care* disponible et de jouer un rôle plus actif au sein de celui-ci. À l'échelle individuelle, ces logements forgent des contextes pour prendre soin de soi-même et donc se maintenir en bonne santé. En plus de constituer une reprise de pouvoir au sein des paysages du *care*, ceux-ci peuvent se réinscrire dans une logique d'interdépendance, par exemple, en prenant soin de proches, en s'impliquant de façon bénévole ou en occupant un emploi. Ces logements sociaux avec soutien communautaire peuvent, à plus grande échelle, contribuer à réduire les inégalités notamment en matière de santé.

Conclusion

L'analyse par le *care* et l'intersectionnalité permettent donc d'aller au-delà de la vision du logement comme un site qui expose à des risques ou qui intervient auprès des habitantes et habitants. En rendant compte du potentiel des interventions en matière d'habitation comme moyen pour déployer et accéder à des relations, des espaces et des temporalités favorables au *care*, cela permet de penser la santé au-delà des professionnels médicaux et paramédicaux. Ces relations vont au-delà du curatif en offrant des formes variées de soins pour répondre aux besoins, qui concernent notamment les déterminants sociaux de la santé. Ces relations impliquent l'ensemble de la population autant celles et ceux perçus indépendants ou en situation de vulnérabilité accrue qui sont prestataires et bénéficiaires. Cette perspective permet d'engager, mais surtout de reconnaître l'apport d'un large réseau d'acteurs qui contribue à l'offre d'aide, de soin et de ressources pour assurer le bien-être des populations et donc à la réduction des inégalités de santé. Ainsi, les interventions en matière d'habitation comme le logement social avec soutien communautaire peuvent jouer un rôle clé dans le déploiement de temporalités, d'espaces et de relations favorables au *care* pour rompre et même inverser cette spirale de vulnérabilisation. En allant au-delà des dimensions matérielles, cette perspective souligne que le logement constitue un moyen de lutte holistique aux inégalités de santé.

Depuis la fin des années 1980, des centaines de municipalités s'engagent dans le mouvement mondial des Villes en santé. Ce mouvement vise à ce que les acteurs locaux s'engagent en matière de santé publique, pour instaurer des conditions et des opportunités suffisantes pour répondre aux besoins de leurs citoyens et citoyennes et ainsi contribuer à la réduction des inégalités de santé (Clavier et O'Neill 2017). Pour y parvenir, ces démarches s'appuient sur une gouvernance élargie formée d'une coalition intersectorielle d'acteurs concernés par la santé et ses déterminants qui s'engagent à développer, sur une base continue, des stratégies, des politiques et des programmes pour améliorer continuellement les environnements physiques et sociaux. Par conséquent, l'adhésion à cette approche pourrait fournir un contexte favorable à la mise en œuvre de nouvelles initiatives en matière de logement dans une perspective de promotion de la santé. Compte tenu de l'apport potentiel du logement social avec soutien communautaire pour réduire les inégalités de santé, il semble s'agir d'un domaine d'action à investir par les Villes en santé.

ANNEXE 2 : GRILLES POUR LES RENCONTRES

Grille pour les acteurs directement impliqués

Partie 1. Carte mentale

A. Indications générales

Cette rencontre a pour objectif d'explorer l'histoire du projet de logement par une entrevue, mais également par la réalisation d'un schéma. La rencontre débutera par la réalisation d'un schéma portant sur le déroulement du processus ayant permis la construction de [nom du cas] et votre implication de celui-ci. L'idée est que vous illustrez ce qui vous vient spontanément en tête lorsqu'on parle des mois et années qui ont précédé l'ouverture de [nom du cas]. Avant de commencer la réalisation du schéma, je désire vous indiquer quelques éléments de précisions sur l'exercice et sa place dans la recherche :

- » Je vous demande de réaliser le schéma avec cette feuille blanche (11x17), ce crayon et cette gomme à effacer. Vous aurez une quinzaine de minutes pour réaliser le schéma. Si cela vous prend moins de temps, il n'y a pas de souci, nous débuterons tout simplement l'entrevue.
- » N'oubliez pas que le crayon permet d'effacer. Vous pouvez recommencer le schéma sur une autre feuille si vous n'êtes pas satisfait·es. Dans cette éventualité, elle ne sera pas utilisée dans le cadre de la recherche et je vais la détruire sur le champ.
- » Une fois l'entrevue débutée, vous pourrez le modifier avec le stylo bleu.
- » Si vous n'êtes pas inspiré par la question, je peux vous proposer des pistes pour vous aider.
- » Il n'y a pas de bon schéma. Je ne recherche pas une vision objective, mais à comprendre votre perception du processus, mais surtout votre rôle dans celui-ci.
- » Il est bien certain que la qualité des schémas n'est nullement prise en compte.
- » Il est tout à fait normal que votre schéma ne ressemble en rien à ceux des autres personnes que je vais rencontrer puisque vous avez tous perçu et été impliqués de façon différente dans le processus.

B. Questions pour la carte mentale

Illustrez comment s'est déroulée la construction du [nom du cas] et situez-y clairement votre implication avec le crayon rose.

- » Quelles ont été les grandes étapes: de la première idée jusqu'à l'inauguration.
- » Comment s'est organisée la construction du projet: qui était impliqué, où se prenaient les décisions, etc.
- » Quelles ont été les grandes décisions : taille, emplacement, sélections, etc.
- » Pouvez-vous situer votre implication dans tout cela : au sein des acteurs, dans les différentes étapes, etc.

Partie 2. Entretien

A : Processus de création

Cette première partie de l'entrevue cherche à approfondir le processus qui a été emprunté pour concrétiser le projet de logement. N'oubliez pas, il est possible de modifier votre schéma si au cours de la discussion d'autres éléments vous viennent à l'esprit. Les différentes questions cherchent à soulever vos impressions à partir de votre expérience. Il est possible que vous n'ayez pas de réponse pour certaines des questions puisque vous n'avez pas été impliqué dans l'ensemble des activités qui composent les étapes du processus.

1. Pouvez-vous revenir sur votre vision de l'histoire de [nom du cas], selon vous, quelles sont les grandes étapes ayant permis la construction de celui-ci?

» **Dans vos souvenirs, comment l'idée de [nom du cas] a-t-elle émergé?**

- Est-ce que vous avez l'impression que l'idée a émergé en réaction à de l'attention à l'égard des besoins des femmes?
- Selon vous, est-ce que le processus a posé des obstacles à l'écoute des besoins des femmes?

» **Dans vos souvenirs, comment s'est déroulée la formulation du projet soit l'ensemble des décisions qui ont concrétisé l'idée de logement avec soutien communautaire?**

- Dans vos souvenirs, qui a pris en charge l'enjeu, l'idée de projet et donc le dossier?
- Selon vous, est-ce qu'il y a eu des obstacles à la prise en charge du dossier?

» **Dans vos souvenirs, comment s'est déroulée la mise en œuvre soit l'ensemble des activités qui ont concrétisé [nom du cas]? (ex. la construction/rénovation du bâtiment, la sélection des résidentes, l'embauche du personnel, les demandes de financement à long terme, etc.)?**

- Est-ce que, selon vous, certains acteurs ont davantage été impliqués dans la réalisation des tâches liées à la mise en œuvre?
- Selon vous, est-ce qu'il y a eu des obstacles à la réalisation de ces activités?

» **Dans vos souvenirs, comment s'est déroulée (ou se déroule) l'évaluation du projet?**

- Est-ce que, selon vous, les résidentes ont eu l'occasion de donner des rétroactions sur le projet ou encore son fonctionnement?
- Selon vous, est-ce qu'il y a eu des obstacles à ce que les résidentes donnent des rétroactions sur le projet ou encore son fonctionnement?

2. Si nous revenons sur votre vision de l'histoire de [nom du cas], quelles sont, selon vous, les dynamiques qui ont facilité ou posé des obstacles à sa concrétisation?

- » **À partir de votre expérience, êtes-vous en mesure d'identifier certaines idées portées par des acteurs qui ont facilité ou ont posé obstacle au processus?** (ex. croyances, approches, etc.)
 - Est-ce que vous avez l'impression que ces idées étaient présentes tout au long du processus ou seulement lors de certaines étapes?
- » **À partir de votre expérience, êtes-vous en mesure d'identifier certains intérêts portés par des acteurs qui ont facilité ou ont posé des obstacles au processus?** (ex. revendications, préférences, orientations stratégiques, etc.)
 - Est-ce que vous avez l'impression que ces intérêts étaient présents tout au long du processus ou seulement lors de certaines étapes?
- » **À partir de votre expérience, êtes-vous en mesure d'identifier des éléments institutionnels qui ont facilité ou ont posé des obstacles au processus?** (ex. règles, normes, politique, etc.)
 - Est-ce que vous avez l'impression que ces éléments institutionnels étaient présents tout au long du processus ou seulement lors de certaines étapes?

3. En revenant sur la discussion que nous avons eue jusqu'à maintenant, selon vous, comment le processus a permis de répondre, dans une certaine mesure, aux besoins des femmes?

- » **À partir de votre expérience, avez-vous senti qu'une attention était portée pour adapter le projet au contexte local?** (ex. caractéristiques du projet, services disponibles, consultation, étude de marché, etc.)
 - De votre point de vue, qu'est-ce qui a favorisé ou encore posé des obstacles à cette prise en compte du contexte local?
- » **À partir de votre expérience, avez-vous senti une volonté d'écouter et de faire participer les femmes visées par [nom du cas]?** (ex. consultation, participation au CA, sondage, évaluation annuelle, etc.)
 - De votre point de vue, qu'est-ce qui a favorisé ou encore posé des obstacles à cette écoute et participation des femmes?
- » **À partir de votre expérience, avez-vous senti qu'il y avait des espaces et moments pour réfléchir aux effets potentiels de [nom du cas] sur la santé, la sécurité et le bien-être des femmes?** (ex. étude de marché, modélisation, étude de projets similaires, etc.)
 - De votre point de vue, qu'est-ce qui a favorisé ou encore posé des obstacles aux réflexions sur les effets du projet?

B : Santé

Cette deuxième partie de l'entrevue cherche à approfondir certaines dimensions du fonctionnement du processus notamment concernant les acteurs et les modalités de leur implication.

4. Selon vous, quels étaient les arrangements formels et informels qui ont permis aux acteurs de s'engager dans le processus pour la construction de [nom du cas]? (ex. ententes formelles de collaboration, partenariats volontaires, appuis ponctuels, etc.)

» **Comment avez-vous perçu le rôle joué par les élu-es et la fonction publique de tous les paliers dans le processus?**

- Avez-vous perçu que cet engagement était constant tout au long du processus?
- Avez-vous perçu que cet engagement était une force ou encore un obstacle pour le projet?

» **Comment avez-vous perçu l'engagement du mouvement communautaire dans le processus?**

- Avez-vous perçu que cette implication des acteurs du mouvement communautaire était constante tout au long du processus?
- Avez-vous perçu que cette implication des acteurs du mouvement communautaire était une force ou encore un obstacle pour le projet?

» **Comment avez-vous perçu les collaborations intersectorielles dans le processus? (ex. public-communautaire, logement-santé-femmes, local-municipal-provincial)**

- Avez-vous perçu que ces collaborations étaient constantes tout au long du processus?
- Avez-vous perçu que ces collaborations étaient une force ou encore un obstacle pour le projet?

» **Comment avez-vous perçu le rôle des programmes et politiques publiques des différents paliers pour la construction de [nom du cas]?**

- Avez-vous perçu que ces programmes et politiques ont influencé l'ensemble du processus?
- Avez-vous perçu que ces programmes et politiques étaient une force ou encore un obstacle pour le projet?

Cette dernière partie de l'entrevue traite des liens du projet de logement avec la santé. Il est possible que la santé des femmes n'ait pas été un objectif explicite du projet, mais dans le cadre de cette recherche je cherche à voir si les acteurs ont perçu des liens directs ou indirects avec les questions de santé.

5. Pouvez-vous revenir une dernière fois sur votre vision de l'histoire du projet, et expliquer comment, selon vous, celui-ci répondait à certaines préoccupations relatives à la santé des femmes?

- » **Pouvez-vous me donner des exemples d'enjeux qui touchaient directement ou indirectement la santé des femmes?** (ex. violence conjugale, insécurité en matière de logement, conditions de logement, stress, pauvreté, etc.)
- » **Pouvez-vous me donner des exemples de populations qui étaient davantage touchés par ces enjeux?** (ex. mères monoparentales, immigrantes, racisées, autochtones, jeunes, aînées, etc.)
- » **Pouvez-vous me donner des exemples de milieux de vie où les femmes vivaient davantage ces enjeux?** (ex. secteur de la ville, bâtiments particuliers, etc.)

Comment voyez-vous que le [nom du cas] influence la santé des femmes? (ex. conception, dynamiques internes, fonctionnement, services offerts, règles, etc.)

- » **Comment voyez-vous que [nom du cas] influence directement la santé des femmes?** (ex. ne pas être exposé à des risques liés au logement, accès à un réseau social, stabilité de logement, services fournis, sentiment de sécurité, loyer, etc.)
- » **Comment voyez-vous que [nom du cas] influence indirectement la santé des femmes?** (ex. ne pas être exposé à des risques dans le logement, accès à un réseau social, stabilité de logement, services fournis, sentiment de sécurité, revenu disponible pour d'autres biens et services, etc.)

Grille pour les acteurs périphériques

Partie 1. Carte mentale

Cette rencontre a pour objectif d'explorer votre point de vue sur la gouvernance et les processus permettant la construction de nouveaux projets de logements avec soutien communautaire pour les femmes et leurs liens avec la santé. La rencontre débutera par la réalisation d'un schéma portant sur la gouvernance et les processus généralement empruntés pour la construction de projets de logement avec soutien communautaire et votre implication dans ceux-ci. L'idée est d'illustrer ce qui vous vient spontanément en tête lorsqu'on parle des mois et années qui précèdent l'ouverture des projets. Avant de commencer la réalisation du schéma, je désire vous indiquer quelques éléments de précisions sur l'exercice.

A. Indications générales

- » Je vous demande de réaliser le schéma avec cette feuille blanche, ce crayon et cette gomme à effacer. Prenez le temps qu'il faut pour faire votre schéma.
- » N'oubliez pas que le crayon permet d'effacer. Vous pouvez recommencer le schéma sur une autre feuille si vous n'êtes pas satisfait·es. Dans cette éventualité, elle ne sera pas utilisée dans le cadre de la recherche et je vais la détruire sur le champ.
- » Une fois l'entrevue débutée, vous pourrez le modifier avec le stylo bleu.
- » Si vous n'êtes pas inspiré par la question, je peux proposer des pistes.
- » Il n'y a pas de bon schéma. Je ne recherche pas une vision objective, mais à comprendre votre perception du processus, mais surtout votre rôle dans celui-ci.
- » Il est bien certain que la qualité des schémas n'est nullement prise en compte.
- » Il est normal que votre schéma ne ressemble en rien à ceux des autres personnes que je vais rencontrer puisque vous avez des perceptions et implications différentes.

B. Questions sur la carte mentale

1) Illustrez comment se déroule généralement la construction de projets de logement avec soutien communautaire pour femmes et situez-y clairement votre implication avec le crayon rose.

- » Quelles sont généralement les grandes étapes : de la première idée jusqu'à l'inauguration.
- » Comment s'organisent généralement la construction des projets : qui s'implique, où se prennent les décisions, etc.
- » Quelles sont les grandes décisions : taille, emplacement, choix des résidentes, etc.

***Ma recherche réalise également une étude de cas sur le processus de création du [nom du cas] qui offre du logement pour des femmes cheffes de familles monoparentales à [nom de la ville]. Certains acteurs nous ont mentionné que vous avez aidé à la création de [nom du cas]. Tout au long de l'entrevue, je vais vous demander si vos réponses, selon vous, s'appliquent à leur cas. Considérant qu'il était question d'une implication à distance, il est fort possible que vous ne puissiez pas y répondre.

2*) Croyez-vous que le processus emprunté pour la construction du [nom du cas] correspond à votre schéma?**

- » Si non, pourquoi?

Partie 2. Entretien

A : Processus de création

Cette partie de l'entrevue cherche à approfondir les processus qui sont généralement empruntés pour concrétiser les projets de logement. N'oubliez pas, il est possible de modifier votre schéma si au cours de la discussion d'autres éléments vous viennent à l'esprit. Les différentes questions cherchent à soulever vos impressions à partir de votre expérience. Il est possible que vous n'ayez pas de réponse pour certaines des questions.

1. Pouvez-vous revenir sur votre vision du déroulement de la construction de projets de logement avec soutien communautaire, selon vous, quelles sont les grandes étapes?

- » **Selon vous, comment l'idée à la base des projets émerge généralement?**
 - Est-ce que vous avez l'impression que l'idée émerge en réaction à de l'attention à l'égard des besoins des femmes?
 - Selon vous, est-ce que les processus posent des obstacles à l'écoute des besoins des femmes?
- » **Selon vous, comment se déroule généralement la formulation des projets?** [Décisions qui concrétisent l'idée de logement avec soutien communautaire]
 - Dans vos souvenirs, qui prend en charge la formulation des projets?
 - Selon vous, est-ce qu'il y a eu des obstacles à la formulation?
- » **Selon vous, comment se déroule généralement la mise en œuvre des projets?** [Activités qui concrétisent les projets, ex. construction/rénovation, sélection des résidentes, embauche du personnel, demandes de financement à long terme, etc.]
 - Est-ce que, selon vous, certains acteurs sont davantage été impliqués dans la réalisation des tâches liées à la mise en œuvre?
 - Selon vous, est-ce qu'il y a des obstacles à la réalisation de ces activités?
- » **Selon vous, comment se déroule généralement l'évaluation des projets?**
 - Est-ce que, selon vous, les résidentes ont l'occasion de donner des rétroactions sur le projet ou son fonctionnement? À des moments précis ou au cours du processus?
 - Selon vous, est-ce qu'il y a eu des obstacles à ce que les résidentes donnent des rétroactions sur le projet ou encore son fonctionnement?

De votre point de vue, croyez-vous que ce que vous avez décrits comme processus pour la construction de projets s'applique à [nom du cas]?

- » Si non, pourquoi?

2. Si nous revenons sur votre vision de la construction de projets de logement avec soutien communautaire pour femmes, quelles sont, selon vous, les dynamiques dans la gouvernance des projets qui facilitent ou posent des obstacles?

- » **À partir de votre expérience, êtes-vous en mesure d'identifier certaines idées portées par des acteurs qui généralement facilitent ou posent des obstacles aux processus?** [ex. croyances, approches, valeurs, vision, etc.]
 - Est-ce que vous avez l'impression que ces idées sont généralement présentes tout au long des processus ou seulement lors de certaines étapes?

- » **À partir de votre expérience, êtes-vous en mesure d'identifier certains intérêts portés par des acteurs qui généralement facilitent ou posent des obstacles aux processus?** [ex. revendications, préférences, orientations stratégiques, etc.]
 - Est-ce que vous avez l'impression que ces intérêts sont généralement présents tout au long des processus ou seulement lors de certaines étapes?
- » **À partir de votre expérience, êtes-vous en mesure d'identifier des éléments institutionnels qui généralement facilitent ou posent des obstacles aux processus?** [ex. règles, normes, politique, etc.]
 - Est-ce que vous avez l'impression que ces éléments institutionnels sont généralement présents tout au long des processus ou seulement lors de certaines étapes?

De votre point de vue, croyez-vous que ce que vous avez décrits comme gouvernance pour la construction de projets de logement s'applique à [nom du cas]?

- » Si non, pourquoi?

3. En revenant sur la discussion que nous avons eue jusqu'à maintenant, selon vous, comment ces projets permettent de répondre aux besoins des femmes?

- » **À partir de votre expérience, sentez-vous que les projets cherchent généralement à s'adapter au contexte local?** [ex. caractéristiques du projet, services disponibles, consultation, étude de marché, etc.]
 - De votre point de vue, qu'est-ce qui généralement favorise ou encore pose des obstacles à cette prise en compte du contexte local?
- » **À partir de votre expérience, sentez-vous que les projets ont généralement une volonté d'écouter et de faire participer les femmes visées?** [ex. consultation, participation au CA, sondage, évaluation annuelle, etc.]
 - De votre point de vue, qu'est-ce qui généralement favorise ou encore pose des obstacles à cette écoute et participation des femmes?
- » **À partir de votre expérience, sentez-vous que les projets ont généralement des espaces et des moments pour réfléchir aux effets potentiels sur la santé, la sécurité et le bien-être des femmes?** [ex. étude de marché, modélisation, étude de projets similaires, etc.]
 - De votre point de vue, qu'est-ce qui généralement favorise ou encore pose des obstacles aux réflexions sur les effets du projet?

De votre point de vue, croyez-vous que ce que vous avez décrits comme orientations relatives aux besoins des femmes s'applique à [nom du cas]?

- » Si non, pourquoi?

B : Santé

Cette partie de l'entrevue cherche à approfondir le contexte politique dans lequel s'inscrivent les projets et les liens avec l'approche des Villes et Villages en santé.

4. Selon vous, comment la [nom de la ville] met en œuvre l'approche Villes en santé et donc s'engage en promotion de la santé? [Ex. engagement en santé publique ou promotion de la santé, politiques et programmes liés, mouvement des Villes en santé, etc.]

Selon vous, ces engagements en promotion de la santé ont-ils des répercussions sur le développement de nouveaux projets de logement avec soutien communautaire pour femmes?

» **Croyez-vous que ces engagements de la ville en promotion de la santé favorisent l'engagement des élu-es et de la fonction publique dans la construction des projets de logement?**

- Percevez-vous que ces engagements sont généralement constants dans les processus? une force ou un obstacle pour les projets?
- Si non, est-ce que la construction des projets de logement implique tout de même des élu-es et la fonction publique?

» **Croyez-vous que ces engagements de la ville en promotion de la santé favorisent l'engagement du mouvement communautaire dans la construction des projets?**

- Percevez-vous que cette implication du mouvement communautaire est généralement constante dans les processus? une force ou un obstacle pour les projets?
- Si non, est-ce que la construction des projets de logement implique tout de même de l'action intersectorielle?

» **Croyez-vous que ces engagements de la ville en promotion de la santé favorisent les collaborations intersectorielles dans la construction des projets?** [ex. public-communautaire, logement-santé-femmes, local-municipal-provincial]

- Percevez-vous que ces collaborations sont généralement constantes dans les processus? une force ou un obstacle pour les projets?
- Si non, est-ce que la construction des projets de logement implique tout de même l'engagement du mouvement communautaire?

» **Croyez-vous que ces engagements de la ville en promotion de la santé favorisent l'inscription des projets dans des programmes et politiques publiques?**

- Percevez-vous que ces programmes et politiques ont généralement constants dans les processus? une force ou un obstacle pour les projets?
- Si non, est-ce que la construction des projets de logement implique tout de même des programmes et politiques publiques?

De votre point de vue, croyez-vous que ce que vous avez décrit par rapport à la promotion de la santé et la Ville s'applique au cas de [nom du cas]?

» Si non, pourquoi?

Cette partie de l'entrevue traite des liens des projets de logement avec la santé. Il est possible que la santé ne soit généralement pas un objectif explicite des projets, mais dans le cadre de cette recherche je cherche à voir si les acteurs ont perçu des liens directs ou indirects avec les questions de santé.

5. Pouvez-vous revenir une dernière fois sur votre vision des projets de logement avec soutien communautaire pour femmes, et expliquer comment, selon vous, ceux-ci répondent à certaines préoccupations relatives à la santé?

- » **Pouvez-vous me donner des exemples d'enjeux qui touchent directement ou indirectement la santé des femmes?** (ex. violence conjugale, insécurité en matière de logement, conditions de logement, stress, pauvreté, etc.)
- » **Pouvez-vous me donner des exemples de populations qui sont davantage touchés par ces enjeux?** (ex. mères monoparentales, immigrantes, racisées, autochtones, jeunes, aînées, etc.)
- » **Pouvez-vous me donner des exemples de milieux de vie où les femmes vivent davantage ces enjeux?** (ex. secteur de la ville, bâtiments particuliers, etc.)

Comment voyez-vous que les projets influencent la santé des femmes? (ex. conception, dynamiques internes, fonctionnement, services offerts, règles, etc.)

- » **Comment voyez-vous que les projets influencent directement la santé des femmes?**
[ex. ne pas être exposé à des risques liés au logement, accès à un réseau social, stabilité de logement, services fournis, sentiment de sécurité, loyer, etc.]
- » **Comment voyez-vous que les projets influencent indirectement la santé des femmes?**
[ex. ne pas être exposé à des risques dans le logement, accès à un réseau social, stabilité de logement, services fournis, sentiment de sécurité, revenu disponible pour d'autres biens et services, etc.]

De votre point de vue, croyez-vous que ce que ce portait des effets du logement sur la santé s'applique au cas de [nom du cas]?

- » Si non, pourquoi?

ANNEXE 3 : FORMULAIRE D'ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ



Engagement à la confidentialité

Des villes canadiennes en santé? Éthique du *care* dans la gouvernance des projets de logement pour femmes avec soutien communautaire

Je, soussigné, m'engage à :

- tenir confidentiel, verbalement et dans la rédaction ultérieure de rapport, tout renseignement nominatif sur les participants dans le cadre de la recherche « Des villes canadiennes en santé? Éthique du *care* dans la gouvernance des projets de logement pour femmes avec soutien communautaire »;
- communiquer les renseignements recueillis sur les participants seulement aux personnes autorisées à les recevoir dans le cadre de chaque étude spécifique;
- conserver les données en lieu sûr, avec accès restreint aux personnes autorisées;
- remettre tous les renseignements nominatifs recueillis au responsable de l'étude et de ne conserver aucune donnée nominative après ma période d'engagement pour cette étude.

Nom de l'employé:

Signature :

Date :

ANNEXE 4 : SE SOUCIER, BÂTIR ET PRENDRE SOINS



SE SOUCIER.



BÂTIR



et PRENDRE SOIN

PAR MARIE-ÈVE DESROCHES
ILLUSTRE PAR CHLOLOULA

Résumé

En pleine crise du logement, se loger adéquatement est un vrai casse-tête pour une famille monoparentale. L'une des solutions souvent revendiquées est construire du logement social. Cette bande dessinée nous transporte dans une recherche qui explore la création de logements pour ces dernières à Montréal, Toronto et Vancouver.

Ces histoires nous montrent que les belles stratégies municipales remplies de bonnes intentions ne bâtissent pas du logement social. C'est plutôt le care (se soucier et prendre soin) qui incite les communautés à se mobiliser pour répondre aux besoins locaux. Ensemble, ces bâtisseuses soucieuses trouvent les moyens, affrontent les pépins de chantier et le contexte néolibéral qui pose bien des obstacles.

Cette bande dessinée s'adresse à ceux et celles qui connaissent trop peu le travail invisible derrière ces immeubles, mais aussi aux personnes qui veulent pouvoir dire j'ai lu une thèse et j'ai compris.



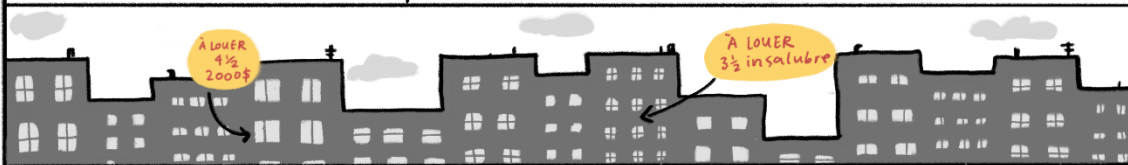
Marie-Eve Desroches

Dans ma thèse, j'étudie la création de logements sociaux sous l'angle

du **care** et des **Villes en santé**

Mon intérêt pour le logement est né au Centre d'éducation et d'action des femmes alors qu'on se mobilise sur les agressions et le harcèlement sexuel vécu par les femmes locataires.

On voit qu'avec la crise du logement, il est difficile de refuser et de dénoncer un propriétaire, concierge, voisin et gestionnaire violent et abusif surtout pour celles qui sont cheffes de familles monoparentales.



Au Canada, 43% des femmes locataires cheffes de familles monoparentales* ont un logement trop cher, trop petit ou ayant besoin de réparations.



Elles sont à risque d'itinérance.

Elles font tout pour éviter la rue.



habitent avec des proches

restent ou retournent avec un conjoint violent



se tournent vers les refuges

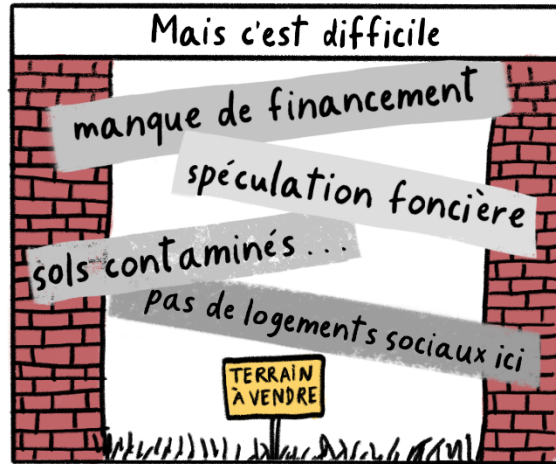
Les hébergements d'urgences sont débordés. Il est plus difficile d'en sortir avec la pénurie de logements familiaux ET abordables... Faut de place, d'autres femmes et familles dans le besoin sont refusées (plus de 600 chaque jour à l'échelle du pays! **).



Logement social = solution pour ces familles.
Mais, les listes d'attente sont longues... Il faut en développer plus...

* Cette statistique est tirée du Recensement canadien de 2016.

** Ce chiffre provient d'un rapport de 2019 de Statistique Canada sur les établissements résidentiels pour les victimes d'abus.



Mon expérience m'amène surtout à voir le care dans l'habitation.



Care
prendre soin, se soucier, sollicitude...

personne n'a de traduction parfaite parce que ça veut dire tout ça.



Joan Tronto, professeure de science politique et féministe américaine


Le care c'est tout ce que nous faisons pour maintenir, continuer ou réparer notre «monde» de telle sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie.




Le domicile, un lieu clé pour le care: prendre soin de soi et des autres demande d'avoir un logement adéquat, abordable, bien localisé pour accéder aux services et à son réseau...

Le CARE

Le care repose sur des relations (familiales, amicales, professionnelles...) qui impliquent de porter attention aux besoins des autres ET des actions concrètes pour y répondre. C'est une forme de travail et de responsabilité qui évolue selon les époques et les normes sociales.



Au 19^e siècle, la vie est organisée autour des industries. Le fonctionnement de l'usine dépend du care des ouvriers (ex. alimentation, ménage, soin des enfants, etc.) et des ressources pillées dans les colonies.



L'équilibre est fragile pour :


les classes ouvrières :
mauvaises conditions de travail et de logement... maladies et décès...

les classes bourgeoises :
des risques de révoltes et des baisses de productivité...

Les mouvements réformistes (classes bourgeoises) militent pour limiter le travail des femmes et des enfants et améliorer les conditions d'habitation (ex. code du bâtiment, ventilation...).



Les réformes assignent le care au domicile et aux femmes, sans compensation pour les salaires perdus. Des œuvres caritatives privées sont établies pour soutenir les mères nécessiteuses (monoparentales).



Au 20^e siècle, le care sort du domicile et les gouvernements prennent des responsabilités par des politiques sociales.



allocations familiales



soins de santé



prestations d'invalidité



congés parentaux

À la fin 1970, les politiques néolibérales définissent le care comme responsabilité individuelle.

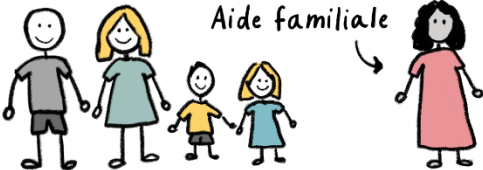


« Débrouillez-vous maintenant! »

Coupures dans les programmes sociaux + préjugés chez celles et ceux qui dépendent des programmes sociaux (ex. BS, welfare queen...)

La norme devient la famille à deux revenus qui utilise des services liés au care. Ce travail (peu payé et peu valorisé) est souvent réalisé par des femmes racisées ou immigrantes.

Éducatrice à l'enfance/
Préposée aux bénéficiaires/
Aide familiale



Le care est également une éthique: on pense et agit de façon soucieuse.

Reconnaitre que les humains sont vulnérables et impliqués dans des relations de care tout au long de la vie (surtout à la fin et au début).
Pour une société juste, le care doit être une priorité politique. Il faut éliminer les inégalités et problèmes associés au care.




La crise du logement engendre de l'insécurité alimentaire, de l'instabilité, de la précarité... plus de difficultés à prendre soin...
Cela crée des déficits de care dans les ménages et les sociétés.



Les logements sociaux =
une des solutions à la crise du logement
et permet de renforcer les capacités de care.

Des recherches le démontrent et je le vois chez les femmes qui habitent en logement social. Elles sont enfin en mesure de prendre soin d'elles, de leur proches, d'un animal et de leur communauté.

Comment ça se développe du logement social au Canada?

Après la Deuxième Guerre mondiale, des complexes de logements publics (HLM) sont construits à l'initiative du fédéral.



Fin 1980 : virage néolibéral... coupures et délégation des responsabilités aux provinces, aux villes et aux communautés qui créent surtout via des coopératives et des OSBL d'habitation.



POSITIF :
des projets plus adaptés aux besoins et mieux intégrés dans les communautés.

NÉGATIF :
le financement est inconstant et inégal entre les provinces. Les organisations sont en compétition pour accéder à des fonds.

Les grandes villes (et maintenant les petites aussi) sont frappées par des pénuries de logements abordables.



Qu'est-ce qui pourrait inciter les municipalités à agir? Pour quel sujet remuerait-on ciel et terre?



LA SANTÉ!

Vous connaissez le mouvement des Villes en santé?

CRÉER des VILLES EN SANTÉ

L'idée est d'inciter les municipalités à continuellement améliorer leurs environnements physiques et sociaux pour la santé de la population.

C'est diffusé depuis la fin des années 1980 par l'OMS*. Des milliers de municipalités y adhèrent et forment un mouvement mondial qui est associé à un retour aux origines de la santé publique.

La santé publique débute en ville pour remédier aux maladies et mortalités liées à l'urbanisation rapide au 19e siècle.



On croit que les maladies (ex. choléra, peste) sont causées par quelque chose de mauvais dans l'air causé par les usines, les déchets, l'insalubrité et le surpeuplement des logements.

Les villes adoptent des mesures hygiénistes pour limiter l'air pollué :

égouts

espaces verts

aération des logements

...



La science démontre que les maladies sont plutôt liées aux germes et virus. Les actions en santé publique vont vers les soins de santé, vaccins, quarantaine...



Au milieu 20e siècle, d'autres problèmes de santé prennent plus d'importance: maladies cardiovasculaires et dégénératives, douleurs chroniques, cancers...

Les causes sont multiples :

Habitudes de vie (alimentation, tabagisme, alcool...)

Déterminants sociaux de la santé (ex. revenu, logement, éducation...)

Inégalités sociales (classe, genre, racisme, capacités...)

*Organisation mondiale de la santé

Lutter contre les maladies chroniques demande une autre approche



→ Réfléchir et agir au-delà des maladies en s'intéressant à toutes ces causes

La santé c'est plus que de ne pas être malade : un état de bien-être physique, mental et social

Les Villes en santé s'inscrivent dans cette lignée.

L'idée est d'inciter les municipalités à travailler avec des partenaires locaux (communautaires, privés, institutionnels) pour intégrer la santé dans l'ensemble de leurs décisions et ainsi déployer une panoplie d'actions innovantes pour :

1. changer les habitudes de vie
2. donner accès aux déterminants sociaux de la santé
3. lutter contre les inégalités sociales

Le logement est un déterminant de la santé
TELLEMENT IMPORTANT.



Mon logement me sauve la vie



Je me refait une santé ici!



Je sors enfin de l'isolement



La stabilité m'a permis de me trouver un travail

EST-CE QUE LES GRANDES VILLES CANADIENNES ADHERENT AU MOUVEMENT ET INTEGRENT LE LOGEMENT DANS LEUR STRATÉGIE?

VANCOUVER:

o 2011 : Consultation de la population et adoption de la stratégie A Healthy City for All axée sur 13 objectifs liés aux déterminants de la santé.

o Objectif 2 = mettre fin à l'itinérance et augmenter l'offre de logements abordables.



MONTREAL:

o Depuis 1990 : la ville finance des programmes pour soutenir la concertation et la réalisation d'initiatives communautaires locales touchant les déterminants de la santé.

o Le plan d'urbanisme affiche l'adhésion au mouvement mondial et reconnaît le logement abordable comme l'un des domaines d'action pour faire de Montréal une ville en santé.



TORONTO:

o 1989-1998 : le Bureau Ville en santé soutient des comités intersectoriels et l'adoption de politiques favorables à la santé.

o 2008 : Création de la Direction des politiques publiques favorables à la santé. Leur mandat est de synthétiser et diffuser des données probantes pour intégrer la santé dans les politiques. Le logement est reconnu comme un champ d'action important pour la santé.



Ça y est!

Le mouvement des Villes en santé est la solution pour résoudre la crise du logement!

Mais... des recherches démontrent que sur le terrain, il y a des villes qui...



utilisent l'approche pour redorer leur image : peu d'action tangible



ont une vision de la santé axée sur les habitudes de vie (exclut le logement)



dédient peu de ressources et les communautés portent des petits projets ponctuels (ex. un rack à vélo, une journée de sensibilisation...)

Ces limites ne sont pas partout : chaque ville est unique. On en sait peu des villes canadiennes et des liens avec le logement.

Peut-être que ce mouvement soutient la création de logements sociaux, qui sait?



Pourquoi?

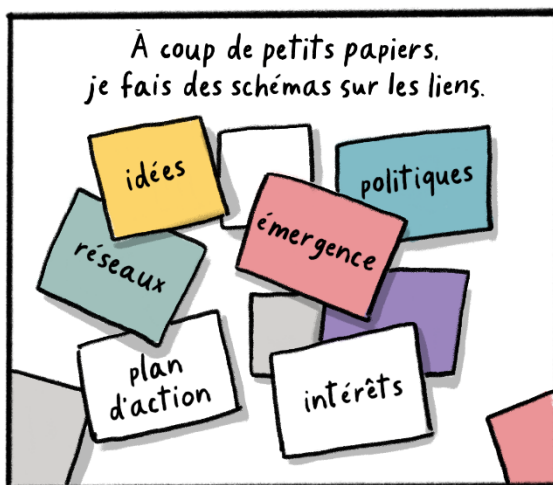
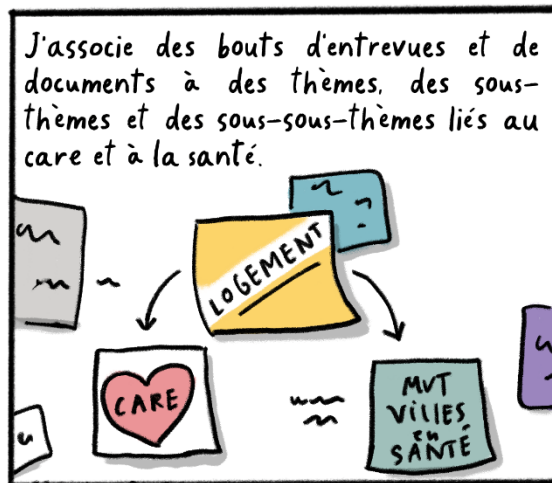
Mon hypothèse c'est que les stratégies pour développer des Villes en santé peuvent supporter le développement de logements sociaux. MAIS, à condition que les démarchent se basent sur une éthique du care.

D'autres chercheur-es démontrent que les éthiques du care permettent de résister au contexte néolibéral axé sur le marché, la rentabilité, l'individualisme...

Je me demande aussi si les nouveaux logements sociaux sont pensés comme des actions pour la promotion de la santé et/ou pour le care.

Une thèse, c'est un long processus. Dans mon cas, ça s'échelonne de 2015 jusqu'à 2022. Pas à temps plein : beaucoup d'interruptions pour participer à d'autres recherches, des mandats dans le communautaire, de l'enseignement... et même un congé de maternité!





Ce travail n'aurait pas été possible sans...



Lauran qui prend soin de moi depuis le début de cette aventure doctorale en m'encourageant, me faisant du café et en endurant mes petits papiers, mes marmonnements de rédaction et mes drôles d'horaires.



Nadia, Carine et toutes les éducatrices qui prennent soin de Léon pour me permettre de rédiger la tête tranquille + aux merveilleux grands-parents qui prennent le relais.



La Fondation Pierre Elliott Trudeau et le CRSH qui me soutiennent financièrement pour la rédaction, la collecte de données, la participation à des colloques et la réalisation de cette BD.



Les femmes du Centre d'éducation et d'action des femmes, du réseau habitation femmes et de la Table des groupes de femmes de Montréal qui m'inspirent pour penser le logement et le milieu communautaire différemment!



Mes amies et collègues qui prennent des nouvelles et m'encouragent à finir cette satanée thèse!



Enfin Chloé qui traduit mes mots en images (et est très patiente).



Assez dit sur le processus, parlons de la recherche.



GRANDIR JUSQU'AU TOIT! MON TOIT, MON CARTIER (MONTREAL)



Tout le monde que je rencontre dit que l'aventure commence avec la démarche de

REVITALISATION URBAINE INTÉGRÉE* (RUI)

Cette démarche coordonnée par la table de concertation de quartier.



Ça mobilise les intervenant-es de Bordeau-Cartierville qui identifient les enjeux pressants.



Définissent un

plan d'action

sur dix ans pour un secteur particulièrement défavorisé.



Les femmes monoparentales vulnérables qui habitaient des logements trop petits, insalubres.

Plusieurs ne travaillent pas, sont peu scolarisées, ont des défis liés à l'immigration, pas beaucoup de réseau, vivent des ruptures...



Elles ont de la difficulté à répondre à leurs besoins de base : se loger, manger...



Qu'est-ce qu'on fait?

On n'a pas beaucoup de services adaptés pour elles ici



Du logement!

J'ai pas le temps

On fonde un nouvel organisme



**L'OBNL d'habitation communautaire :
Mon Toit, mon Cartier (MTMC) est né!**



Pour le financement... c'est le programme AccèsLogis Québec, mais il faut le ok de la Ville.

Les fonctionnaires hésitent :

Il y a assez de logements sociaux là... ça pourrait nuire à la « mixité sociale... »

Le projet est béton : on répond aux besoins des femmes
 + on rénove un bâtiment insalubre
 + on s'engage à accompagner et reloger les locataires actuel-les vers de meilleurs logements.

Tout le monde y gagne!

Ville convaincue et soutien!

MTMC peut maintenant penser la vision organisationnelle, l'aménagement, le fonctionnement et intégrer des éléments pour le quartier.

Le nom de l'immeuble : Grandir jusqu'au toit!

Logements subventionnés pour grandes familles pour 3-5 ans

Intervention communautaire individuelle et collective pour soutenir les locataires dans leur projet de vie (études, réorientation ...)

Rapprochement des organisations qui offrent d'autres services et activités

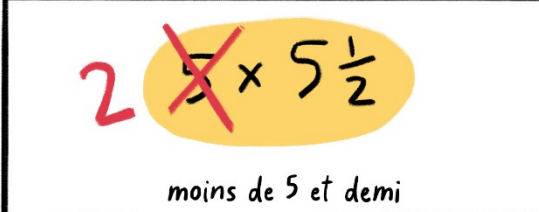
Le toit vert et la ruelle verte pour lutter contre les îlots de chaleurs et des espaces de nature pour les familles

La Maison des parents de Bordeaux-Cartierville loue le bas. Les locataires utilisent la halte-garderie et participent aux activités.

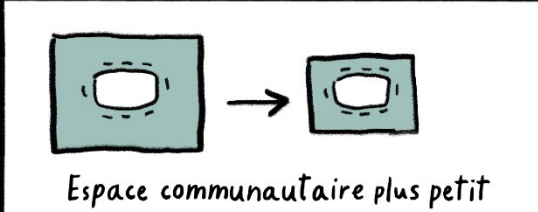
*GRT = Groupe de ressources technique : entreprises d'économie sociale qui accompagnent les communautés dans le développement de logements communautaires.

Les difficultés déboulent!

Les contraintes budgétaires et réglementaires les obligent à revoir leur projet:



moins de 5 et demi



Espace communautaire plus petit



Pas de toit vert comme imaginé,
mais en bacs



Recherche de financement
supplémentaire pour viabiliser le projet

Les problèmes avec l'architecte et l'entrepreneur...

L'architecte écoute rien, ses plans ont pas d'allure.
On met fin au contrat, on trouve un nouveau,
mais c'est long et ça coûte cher!

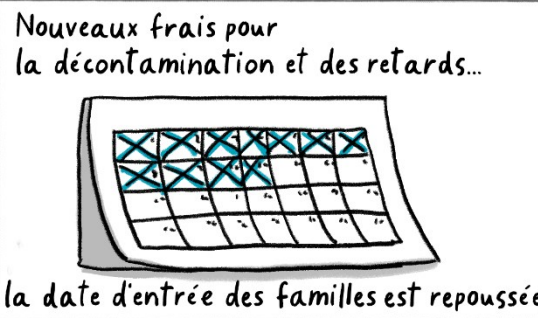


L'entrepreneur (qui est le plus bas soumissionnaire)
charge des extras, respecte pas les délais, n'est pas
à l'écoute, endommage la ruelle verte...
Il en a rien à foutre de notre mission!

La cerise sur le sunday:
pendant la sélection
des locataires, un
réservoir d'huile
percé sur
le terrain voisin est
découvert...



Nouveaux frais pour
la décontamination et des retards...



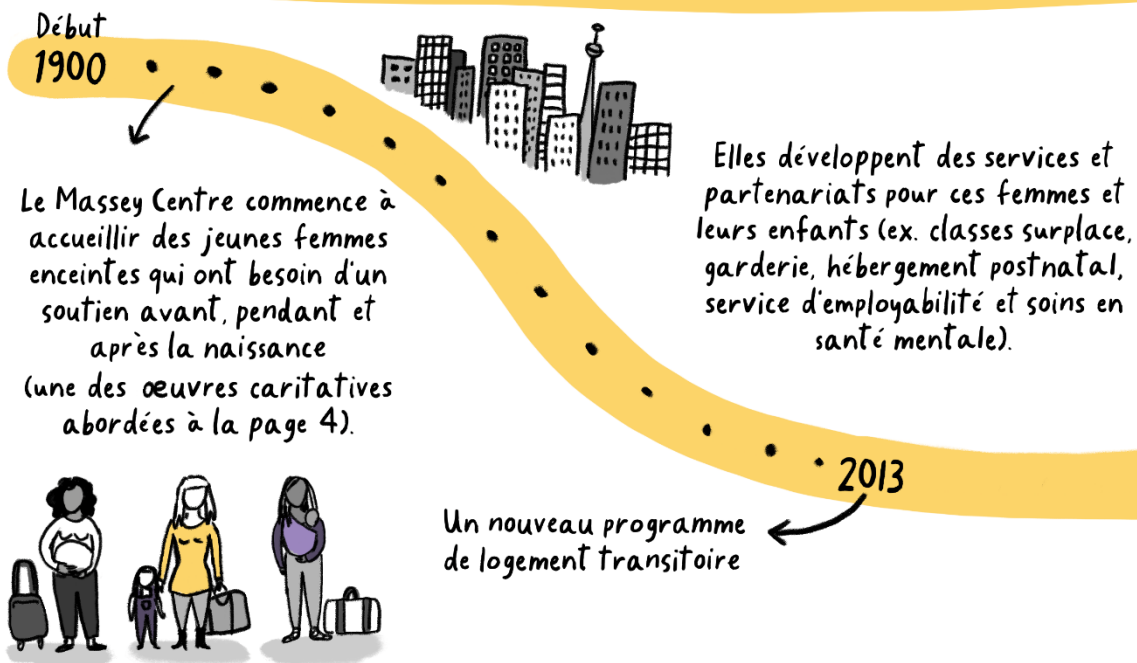
la date d'entrée des familles est repoussée.

Finalement, après un nombre incalculable d'heures bénévoles,
le bâtiment ouvre ses portes à 14 familles.

Le bâtiment passe inaperçu...
entre ces murs, il y a des familles qui prennent un nouveau départ.

Mais il reste que c'est difficile de partir avec la crise du logement qui perdure.

NEW LIVES START HERE, MASSEY CENTRE (TORONTO)



Pourquoi un nouveau programme de logement?

Les jeunes qui quittent le système de protection de l'enfance publient un rapport: ils et elles veulent plus de soutien pour préparer leur transition vers la vie adulte. On accueille certaines qui sont mères...



On était dans une planification stratégique... On évaluait et revoyait nos services pour mieux répondre aux besoins.

Dans le réseau Young Parents with No Fixed Address (YPNFA) on parle souvent des besoins de logements à plus long terme.





Elle consulte l'équipe de travail, les usagères et des membres du YPNFA pour développer un nouveau programme résidentiel. L'organisation a des appartements et une salle de classe dédiée aux femmes âgées de 16 à 21 ans, mais :



Création du programme résidentiel New Lives Start Here
(le slogan de l'organisation) :

- ➔ Allonge le séjour à 4 ans
- ➔ Axé sur le soutien aux études postsecondaires
- ➔ Programme réservé aux mères qui quittent les services sociaux.

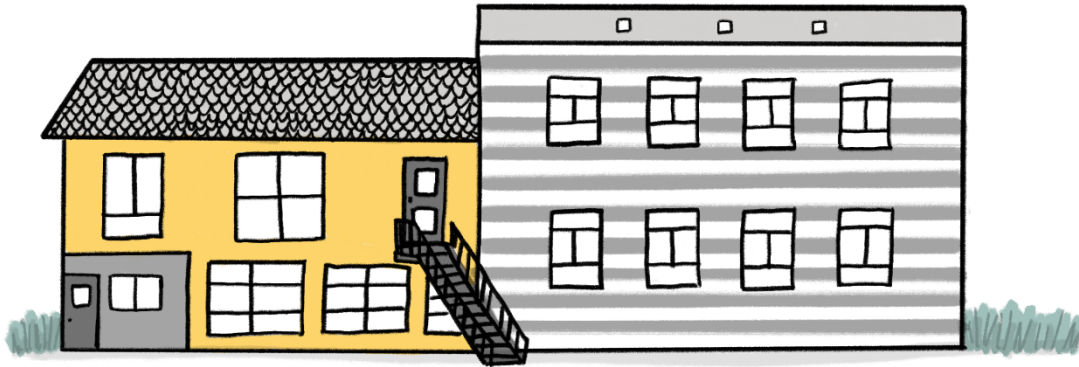


On essaie de mettre les services autour d'elles pour les soutenir, les aider à apprendre à se débrouiller.

On veut leur offrir un logement et du soutien pour nouveau départ, une nouvelle vie.

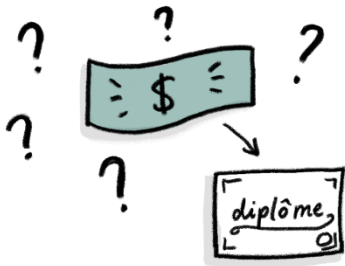


Pas de construction (qui est souvent la partie la plus ardue).



Elles ont déjà les appartements, des bâtiments qui accueillent des programmes et des activités pour soutenir les jeunes mères, dont un service de garde.

Elles cherchent des dons pour des bourses d'études.



Tout se passe bien, sauf pour trouver des locataires :

RECHERCHÉES:

- jeunes femmes cheffes de familles monoparentales
- qui quittent les services sociaux
- prêtes à entreprendre des études postsecondaires.



La population est trop précise.

Elles élargissent les critères d'admissibilité à



toutes les cheffes de famille monoparentale âgées de 18 à 25 ans en situation ou à risque d'itinérance.



Celles qui quittent le système de protection de l'enfance ont accès au programme de façon prioritaire.



Leurs partenaires ont des mamans intéressées.

Elles poursuivent donc leur idée initiale et leur mission : mieux soutenir les jeunes mères.

LA CAUSE WE CARE HOUSE, YWCA METRO VANCOUVER



Comment ce partenariat est-il né?



Depuis une vingtaine d'années, la ville promet de construire une bibliothèque dans le Downtown East Side*. En 2010, ils trouvent enfin un terrain et le projet est annoncé.

Mais des militant-es pour le droit au logement demandent d'inclure du logement social au-dessus. Leur pétition récolte 1500 signatures.

*Downtown East Side :
Quartier au centre-ville de Vancouver souvent associé à la pauvreté, l'itinérance et la crise des opiacés.

Le conseil municipal venait d'adopter un :

PLAN D'ACTION :
éliminer l'itinérance
chronique d'ici 2015 et
améliorer l'offre de
logements abordables...

Quelques élu-es étaient sensibles à
cette revendication.

Nous approuverons le projet de
bibliothèque seulement s'il inclut
du logement.



Mais, il n'y a pas d'argent...

Tout le financement provincial a été utilisé afin d'acheter 14 terrains pour
développer plus de 1500 logements sociaux... il ne reste plus rien...



Les élections approchent...
il faut amorcer la construction
de la bibliothèque, la communauté
a assez attendu!

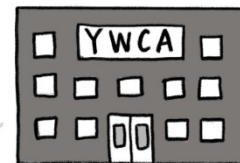
La Ville doit rapidement trouver un
partenaire pour construire du logement
social sans financement pour la
construction et la subvention des loyers.



La directrice générale de la Ville
approche le YWCA du Metro Vancouver

C'est parfait, on a justement comme
priorité d'améliorer l'offre de services et
de logements dans le quartier.

Mais, les terrains sont hors de prix...
Donc, on reste alertes et ouvertes aux
opportunités comme celle-là!



Le projet de bibliothèque, qui inclut du logement social administré
par le YWCA, est approuvé!

Le YWCA fait une levée de fond avec la Cause We Care Foundation
BC Housing s'a joute pour construire quelques unités de plus et maximiser l'espace.



On peut construire
et meubler sans hypothèque!

C'est un projet d'exception avec peu de contraintes

Ce sont de grands logements permanents avec
du rangement, des raccords laveuses-sécheuses...



On aménage de grands couloirs en considérant qu'il
y aura des poussettes, des vélos et des enfants qui
jouent avec les parents pas très loin

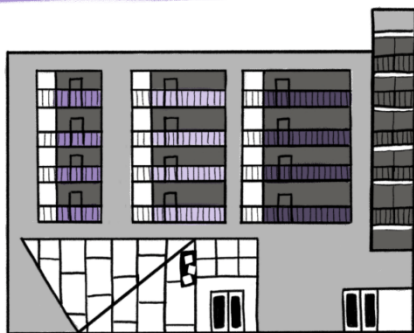
De beaux espaces communs:
une cuisine, un salon, une aire de jeu, une terrasse
et sans oublier des services du YWCA



Le partenariat avec la bibliothèque et la Ville est simple et se passe bien.

Contrairement à d'autres projets de logements sociaux,
on n'a pas de levée de boucliers du voisinage.

Avril 2017, c'est prêt! La bibliothèque nommée **nəca?mat*** ouvre



21 familles ont un appartement neuf

Aujourd'hui, la Cause We Care
House est une communauté
dynamique avec des familles
stables et qui participent aux
événements et aux activités.

Logement social au-dessus d'un bâtiment institutionnel = inédit à Vancouver.
Le succès incite la Ville à répéter l'expérience avec le YWCA et une caserne de pompier.

* signifie nous sommes unis en hənqəmīnəm (langue musqueam)

22

QUELS SONT LES LIENS ENTRE LES CAS ET LES VILLES EN SANTÉ?

Rien n'apparaît dans les entrevues! La plupart ne connaissaient même pas le mouvement des Villes en santé (même si j'ai entendu parlé de Mon Toit, mon Cartier à un colloque sur les Villes en santé).



Pas de panique.
Je fouille dans les documents
et des liens apparaissent.

Ma thèse s'écroule!

MTMC implique des programmes que la Ville associe aux moyens pour créer des quartiers en santé comme la RUI qui amène les partenaires à reconnaître les besoins de logements et à vouloir y répondre ensemble. Puis, leur projet intègre des éléments du plan d'action de la Table de concertation de quartier et du programme Quartier 21 (aussi lié au mouvement des Villes en santé).

Le réseau Young Parents with No Fixed Address est un des éléments qui a incité et aidé le Massey Centre à créer un programme de logements. Ce réseau a été établi alors que le Bureau Ville en santé encourageait les espaces d'échange intersectoriels.

À Vancouver, la revendication d'utiliser l'espace au-dessus de la bibliothèque coïncide avec les cibles pour le logement de la stratégie Ville en santé. C'est une des raisons qui pousse la Ville à retenir la revendication des militant-es.

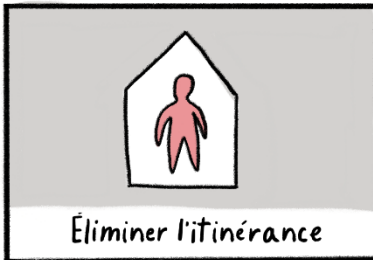


Au fond, des moyens liés aux stratégies municipales créent des coalitions. Ensemble, ils et elles ont la volonté, les connaissances et les capacités pour créer des projets qui impliquent en totalité ou en partie du logement social.



Il y a un décalage dans la façon de voir les retombées du logement pour la santé

Dans les stratégies municipales, les nouveaux logements sociaux visent à :



Éliminer l'itinérance



Résoudre la crise du logement



Créer des milieux de vie complets

Les interviewé-es perçoivent des retombées moins ambitieuses, mais importantes pour les locataires :

Quitter un milieu qui pose des risques pour leur santé (insalubre, trop cher, trop petit, violent...) et accéder à un logement adéquat.



Prendre leur santé en main par des suivis médicaux et bonnes habitudes de vie (stress, sommeil, alimentation)



Développer leur autonomie pour sortir d'une logique de survie et par des projets de vie (études, emploi...)



Mais, ces retombées ne sont pas intentionnelles pour la santé (plusieurs n'y avaient jamais pensé).

Développer une Ville en santé n'est certainement pas une idée qui les a incité-es à étendre leurs services, travailler bénévolement et faire des levées de fond...



LES PROJETS SONT UNE QUESTION DE CARE

Les initiatives émergent d'une reconnaissance de déficits de care chez :

Les familles vivent de l'insécurité alimentaire, de la violence, de la précarité, du stress et de l'insalubrité. Les mères peinent à répondre à leurs besoins et à ceux de leurs enfants.

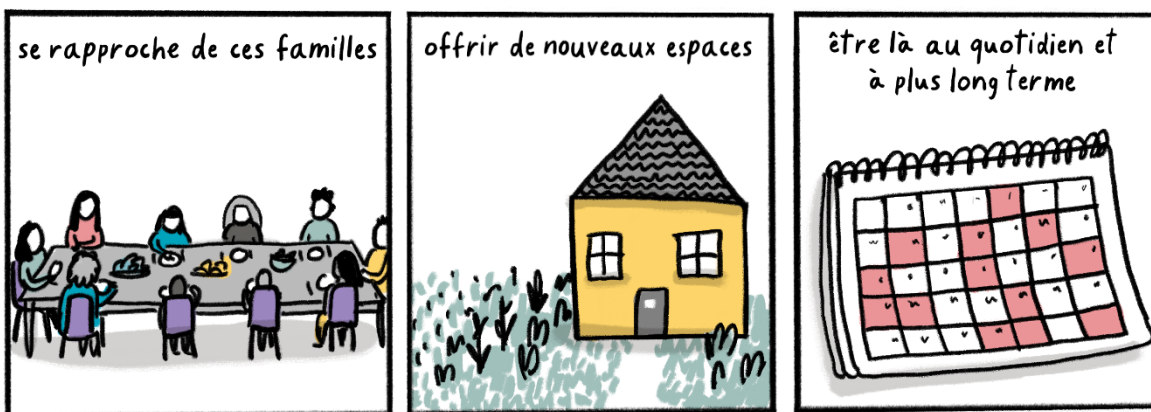
Les organisations ne sont pas en mesure de bien soutenir ces familles avec leurs services actuels.

Les programmes visent à offrir des conditions pour renforcer les capacités de care des locataires.



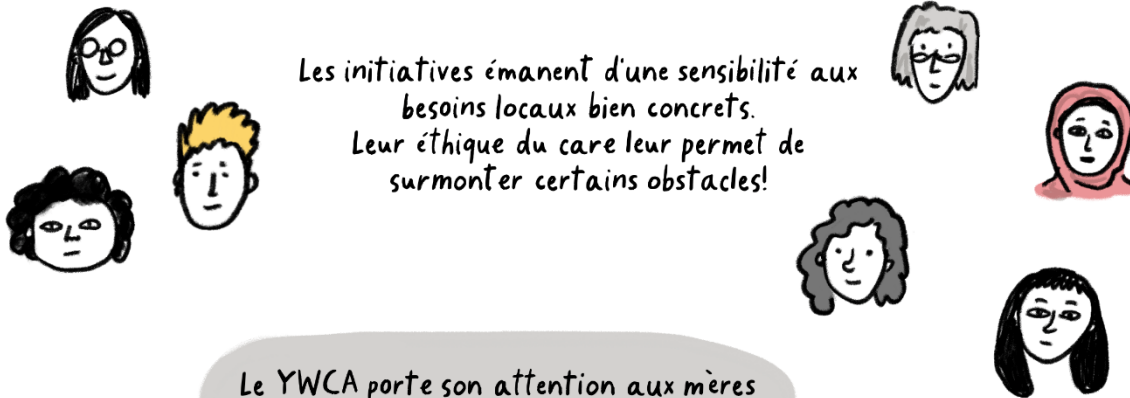
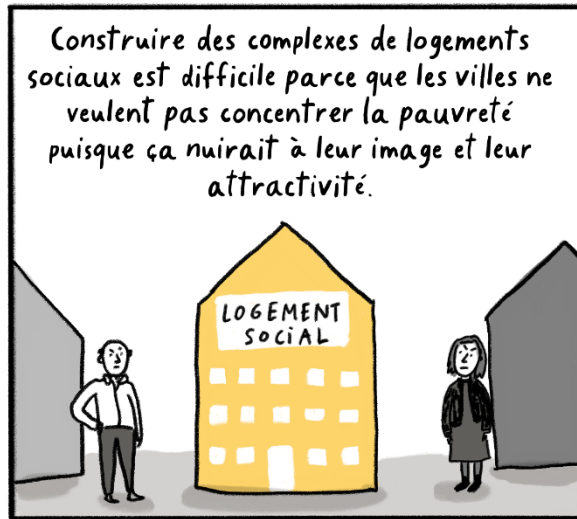
Accéder à un chez-soi, une pause et du soutien pour projeter dans un avenir meilleur où elles pourront prendre soin d'elles, de leurs enfants et même d'autres à travers un nouvel emploi.

Les organisations utilisent les programmes pour développer leurs capacités de care envers ces femmes :



EST-CE QUE C'EST SI FACILE D'AGIR SUR LE SYSTEME D'HABITATION POUR RESOUDRE LES DEFICITS DE CARE?

Oh non! Les groupes ont font face à un contexte néolibéral qui freine et oriente les aides au logement.



Le YWCA porte son attention aux mères qui vivent souvent de l'itinérance cachée.



MTMC surmonte ces discours en démontrant que leur projet permet de répondre aux besoins des familles tout en prenant soin des locataires actuel-les de l'immeuble, du secteur, etc.

Quelques idées caring

qui parfois rejettent les orientations néolibérales:

loyers ajustés au revenu
(et non au prix du marché)

~~1500\$~~ 800\$

avoir de grandes unités
(même si c'est moins rentable)



Offrir plus qu'un toit
avec des services
et espaces communs



Un milieu de vie
sécuritaire
pour les femmes

Mais, offrir du logement temporaire pour favoriser l'indépendance économique et offrir du logement temporaire = cohérent avec les attentes néolibérales



On a pensé le programme avec les usagères du Massey Centre, Elles veulent étudier!

On voit le besoin de soutien à long terme surtout avec la crise. Ça a poussé le YWCA à offrir du permanent.



Nos logements ne conviennent pas à toutes les femmes cheffes de familles monoparentales : la sécurité limite les libertés pour certaines et le soutien insuffisant pour d'autres.

Il faut d'autres programmes pour bien répondre aux besoins variés.



Mais, développer cette offre ne se fait pas en claquant des doigts.



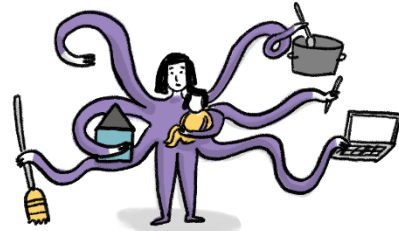
Ces programmes sont rigides et sous-financés : MTMC a dû revoir ses ambitions, trouver d'autres financements et faire beaucoup de bénévolat!

À l'opposé, les fonds privés à Vancouver donnent plus de liberté pour l'aménagement et permet du logement permanent!



Dans les 3 cas, créer du logement social demande aux organisations de dépasser leurs mandats et capacités financières. Ce dépassement est motivé par le care pour ces femmes et familles.

Ce care permet de résister au virage néolibéral, mais, amène les organisations incarner la figure de la communauté capable de prendre le relais des gouvernements.



Mais, toutes les organisations n'ont pas

- un immeuble disponible
- des revenus issus d'activités lucratives (ex. hôtel, gym)
- un réseau pour faire des collectes de fonds
- une réputation pour accéder à des opportunités de développement

Sans ces atouts, les organisations dépendent des ressources publiques insuffisantes et guidées par les idées néolibérales. Elles doivent travailler bénévolement (ce qui tombe sur les épaules des femmes qui sont majoritaires dans le secteur communautaire) et orienter leurs programmes pour favoriser leur acceptabilité (temporaire et promotion de l'indépendance économique...).



Le développement de logements sociaux par les communautés est parfois associé à une privatisation. Mais, c'est plus complexe. Ça participe d'une tendance générale où les gouvernements n'interviennent plus seuls.



C'est ce qui se passe dans les 3 cas, les logements sociaux s'inscrivent dans un contexte où il y a des efforts collectifs pour :



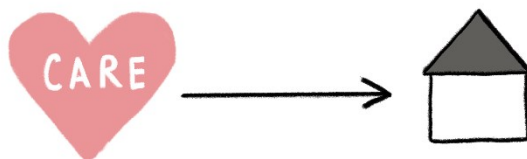
OK, ces quelques dizaines d'unités sont loin de résoudre ces vastes problèmes : c'est une goutte dans l'océan. Mais, ce sont des contributions communautaires pour répondre aux besoins de logement des femmes cheffes de familles monoparentales dans ces efforts collectifs: une goutte dans un lac.



Puis, les organisations n'agissent pas seules, mais bien avec l'implication continue ou ponctuelle d'institutions et d'élus.

On l'a déjà dit, mais rappelons-le : ce soutien n'est pas suffisant c'est pourquoi elles se tournent vers le bénévolat et le secteur privé.

Les initiatives visent à ce que les familles (re)lient le care avec leur logement pour qu'elles puissent s'appuyer sur leur domicile pour prendre soin d'elles et de leurs enfants.



Mais, est-ce que ces initiatives assignent le care aux lieux et relations privées?



Il n'y a pas que des logements.

des espaces communs (terrasse, salle communautaire...) où les locataires socialisent



des locaux d'organismes communautaires, une ruelle verte, une garderie et une bibliothèque qui sont d'autres espaces de care accessibles au voisinage.

Dans ces espaces, il y a du soutien formel offert par les organisations mandataires et des partenaires.

Les programmes accueillent quelques dizaines de familles pour créer une ambiance plus chaleureuse et conviviale. Les aires communes et activités visent à ce que les locataires développent des relations d'entraide (ou même d'amitié).



Le care est loin d'être cantonné au privé!

Au final, les cas révèlent que...

La création de logements sociaux est motivée par le care. Cette éthique incite les communautés à simultanément résister et se conformer au contexte néolibéral.



Les liens avec le mouvement des Villes en santé sont faibles et indirects. Donc les organisations participent sans le savoir à développer des Villes en santé.



C'est ce care qui permet de développer des Villes en santé

VILLES EN SANTÉ

J'ai remarqué que le mouvement des Villes en santé est en perte de vitesse, les villes ont d'autres priorités

Boum, la pandémie de COVID-19!
La santé est sur les lèvres de tous les gouvernements

Avec l'ordre de rester à la maison, le logement est utilisé comme un déterminant de la santé. Mais, tout le monde n'a pas un domicile adéquat qui permet de rester en santé et en sécurité.

Hausse de la violence conjugale et le manque de place en maison d'hébergement

Confinements dans des appartements trop petits, insalubres, etc.

Fracture numérique qui freine l'accès à la télémédecine

Isolement chez les personnes seules

Épuisement chez les familles

Ces conditions d'habitation sont l'une des causes des inégalités creusées par la pandémie. Espérons que les municipalités (et les autres paliers de gouvernements) prendrons les moyens nécessaires pour soutenir les communautés désirant améliorer l'offre de logements sociaux.

Ainsi, davantage de ménages auront un domicile caring et nous serons collectivement un peu mieux préparé-es pour les futurs variants et prochaines pandémies!



31



CARING ABOUT



BUILDING



TAKE CARE OF

TEXT: MARIE-ÈVE DESROCHES
ILLUSTRATIONS: CHLOLOULA

ABSTRACT

During a housing crisis, finding an adequate place to live is difficult. It can be a real struggle for a single-parent family to get by with one income while experiencing discrimination. One of the solutions often proposed is to build more social housing. This graphic novel takes us on a journey of a research, exploring the creation of housing programs for female-led single-parent families in Montreal, Toronto and Vancouver.

These stories illustrate that well-intentioned municipal strategies do not build social housing. Instead, care motivates communities to step up to meet local housing needs. Together, these caring builders find the resources to deal with construction hiccups and a neoliberal context that poses many obstacles.

This graphic novel is for those who know little about the invisible work behind these buildings and people who want to say they read a thesis, and I get it!



Marie-Eve Desroches

In my dissertation, I explore the creation of social housing through the lens of

Care

and

Healthy Cities movement

My interest in housing was sparked at the Centre d'éducation et d'action des femmes (Women's Education and Action Centre). We were advocating for female tenants who had experienced sexual assault and harassment.

We see that with the housing crisis, it is difficult to turn down or report a violent or abusive landlord, janitor, neighbour or manager, especially for those who are single parents.



In Canada, 43% of female lone-parent renters live in a home that is too expensive, too small or in need of repairs.



They are at risk of experiencing homelessness*.

They do everything to avoid the street:



stay with relatives

remain with or return to an abusive partner



turn to shelters

Emergency shelters are full. Due to limited space, more women and families in need are turned away (over 600 every day nationwide!**). It's harder to make it out with the shortage of both family AND affordable housing...



Social housing = a solution for these families.

But waiting lists are long. We need to develop more!

** This statistic is from the 2016 Canadian Census

** This number is from a 2019 Statistic Canada report on residential facilities for victims of abuse



My experience led me to see the care in housing.



Joan Tronto, American political science professor and feminist:

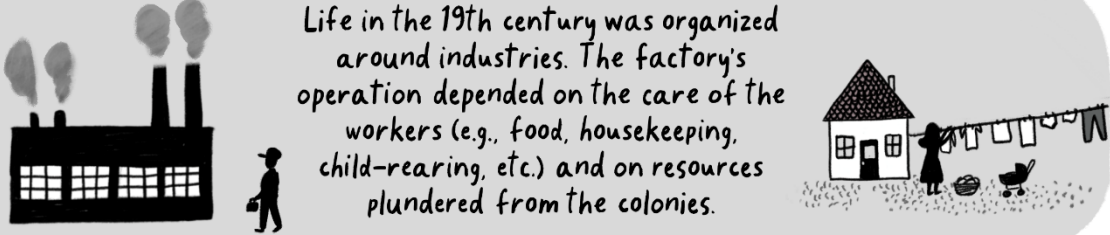
As a species activity that includes everything that we do to maintain, continue, and repair our 'world' so that we can live in it as well as possible. That world includes our bodies, our selves, and our environment, all of which we seek to interweave in a complex, life-sustaining web



A home is a key place for care: caring for oneself and others requires adequate, affordable, well-located housing to access services and one's network...

CARE

Care is about relationships (family, friends, professionals...), which involve paying attention to the needs of others AND taking tangible actions to meet them. It is a type of work and responsibility that evolves over time and according to social norms.




Life in the 19th century was organized around industries. The factory's operation depended on the care of the workers (e.g., food, housekeeping, child-rearing, etc.) and on resources plundered from the colonies.

It's a delicate balance for :

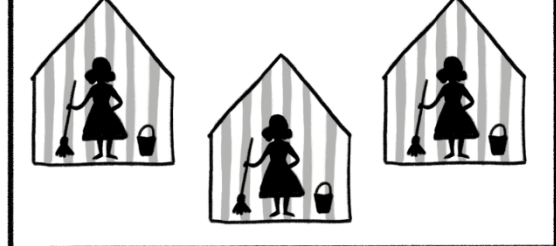
Working classes:
poor working and housing conditions... illness and death...

The bourgeois:
risk of revolt and drops in productivity...

Reformist movements (bourgeois) advocate limiting women's and children's work and improving housing conditions (e.g., building codes, ventilation).



They assign care to the home and women, who are not compensated for lost wages. Private charities are established to support mothers in need (single parents).



In the 20th century, care was transferred out of homes, and governments took on responsibilities through social policies:



child benefits



health care



disability benefits



parental leave


In the late 1970s, neoliberal policies defined care as an individual responsibility.



Take care of yourself now!

Cutbacks in social programs + prejudice among those who depend on them (e.g., welfare queen...)

The norm is the two-income family using care-related services. This work (low-paid and poorly valued) is often done by racialized or immigrant women.



Childcare worker
Caregiver
Housekeeper

Care is also an ethic:
we think and act in a caring way.

Recognize that humans are vulnerable and involved in caring relationships throughout life (especially at the end and beginning).
In a just society, care must be a political priority. Inequalities and problems associated with care must be eliminated.

The housing crisis fuels food insecurity, instability, precarity... it hinders care... This creates care deficits in households and societies.



Social housing =
one of the solutions to the housing crisis and enhance care capacities.

Researches prove it, and I see it with women living in social housing. They can finally take care of themselves and their children, have an animal and even care for their community.

How do we develop social housing in Canada?

After World War II, public housing complexes are built at the federal government's initiative.



End of 1980s: neo-liberal shift... cutbacks and delegation of responsibilities to the provinces, cities and communities, mainly created through cooperatives and non-profit organizations.



POSITIVE:

projects are more responsive to needs and better integrated into communities.

NEGATIVE:

funding is inconsistent and uneven across provinces. Organizations are competing to access it.

Large cities (and now small) are hit by affordable housing shortages. What would spur municipalities to take action?

What would prompt them to move heaven and earth?



HEALTH!



Are you familiar with the Healthy Cities movement?

CREATING HEALTHY CITIES

The idea is to encourage municipalities to continually improve their physical and social environments for the population's health.



It has been promoted by WHO* since the late 1980s. Thousands of municipalities are embracing this idea and forming a global movement associated with a return to the origins of public health.

Public health started in cities to address diseases and mortality related to rapid urbanization in the 19th century.

They thought diseases (e.g., cholera, plague) were caused by something bad in the air due to factories, garbage, unsanitary conditions and overcrowded housing.

Cities adopted hygienic measures to limit polluted air:



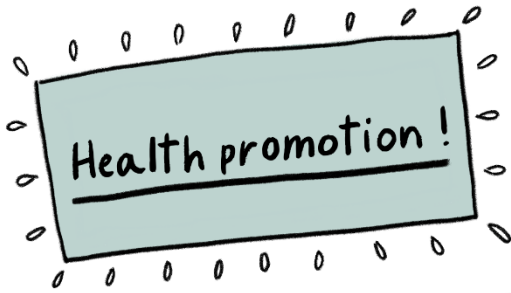
Science showed that diseases are related to germs and viruses. Public health actions were redirected towards health care, vaccines, quarantine...



In the mid-20th century, other health problems became more prominent: cardiovascular and degenerative diseases, chronic pain, cancers... There are multiple causes:

* World Health Organization

Fighting these chronic diseases and conditions requires a different approach.



Thinking and acting beyond diseases by addressing all of these causes.

Health is more than not being sick: it's a state of physical, mental and social well-being

Healthy cities are in line with health promotion. The idea is to encourage municipalities to work with local partners (community, private and institutional) to integrate health into all their decisions and thus deploy a range of innovative actions to:

- 1 change lifestyle habits
- 2 give greater access to social health determinants
- 3 fight against social inequities

Housing is SUCH an essential determinant of health.



My apartment is saving my life.



I'm getting my health back here!



I am finally stepping out of solitude.



Housing stability allowed me to get a job

ARE CANADA'S LARGE CITIES BUYING INTO THE MOVEMENT AND INCORPORATING HOUSING INTO THEIR STRATEGY?

VANCOUVER:

o 2011: Public consultation and adoption of the "A Healthy City for All" strategy focused on 13 goals related to social health determinants.

o Goal no. 2 = ending homelessness and increasing the supply of affordable housing.



MONTREAL:

o Since 1990: the City has funded programs to support community action and local initiatives on social determinants of health.

o The urban plan indicates a commitment to the Healthy Cities movement. It recognizes affordable housing as one of the key action areas for making Montreal healthier.



TORONTO:

o 1989-1998: Healthy City Office supports intersectoral committees and the adoption of healthy policies.

o 2008: Healthy Public Policy Directorate was created. Their mandate is to synthesize and disseminate evidence to integrate health into municipal policies. Housing is recognized as a critical field of action for health.



This is it!

The Healthy Cities movement is the solution to the housing crisis!

But... research shows that in reality, there are municipalities that...



use the approach to rebrand their images



little tangible action
have a narrow vision of health focused on lifestyle (excluding housing)



dedicate limited resources, the communities carrying out small punctual projects (e.g., a bike rack, an awareness day, etc.)

These patterns are not universal: each city is unique.
Not much is known about Canadian cities and the connections to housing.

Maybe this movement supports the development of social housing. Who knows?



My hypothesis is that Healthy Cities strategies can support social housing development but only if their approaches are based on care ethics.

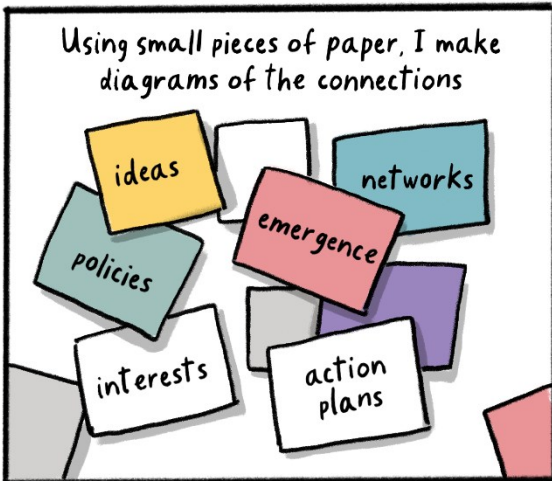
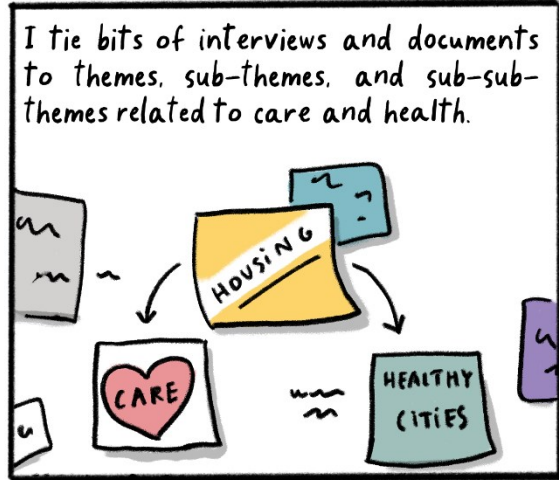
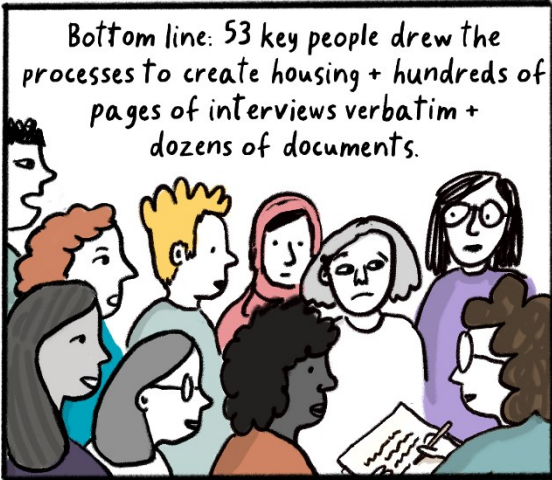
Why?

Other researchers demonstrate that care ethics can withstand neoliberalization (decisions driven by market, profitability, individualism...)

I also wonder if new social housing is thought of as an action for health promotion and/or foster care.

A thesis is a long process. In my case, it stretches from 2015 to 2022. Not full-time: lots of interruptions to participate in other research, mandates in the community, teaching... and even a maternity leave!





This research would not have been possible without...



Lauran has been taking care of me with encouragement, coffee, by enduring my little papers, mumbling while writing, and weird schedules.



Nadia, Carine and all the educators who take care of Leon + the wonderful grandparents who step in. Thanks to you all, I could write with peace of mind.



The Pierre Elliott Trudeau Foundation and the SSHRC, support me financially for the writing, data collection, participation in conferences and production of this graphic novel.



The women of the CEAF, RHF, and Table des groupes de femmes de Montréal inspire me to think about housing and community differently!



My friends and colleagues checking in with encouragement to finish this damn thesis!



Finally, Chloe translated my words very patiently into images.



Enough said about me... let's get to the research!



GROW UP TO THE ROOF! MON TOIT, MON CARTIER (MONTREAL)



Everyone I meet says the adventure began with the **INTEGRATED URBAN REVITALIZATION (IUR)** process.

This process is coordinated by a neighbourhood roundtable.



It mobilizes neighbourhood stakeholders to identify pressing issues.



They define a ten-year **action plan** for a particularly disadvantaged area.



Vulnerable single mothers live in housing that is too small, and substandard...

Many are not working, have little education, have challenges related to immigration, don't have much support, and experience break-ups...



They have difficulty meeting their basic needs: housing, food...



What do we do?
Housing!

We don't have many services adapted for them here.



That's not in my mandate...



I don't have time...

We're starting a new organization.



The community housing NPO:
Mon Toit, mon Cartier (MTMC) was born!



Regarding funding... the AccèsLogis Québec program could support it, but they needed the City's approval.

Officials are reluctant:



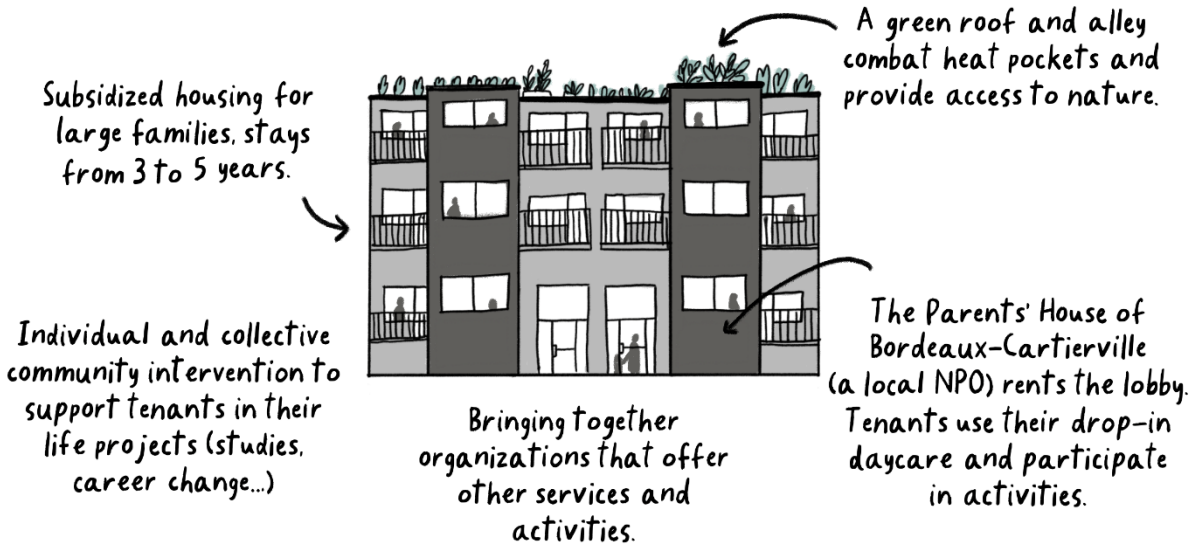
There is enough social housing there... it could harm the "social mix".

The project is solid: we meet the needs of women + we renovate a substandard building + we commit to accompany and rehouse the current tenants toward better housing.

City is convinced and supportive!

MTMC can now think about the organizational vision, layout and operation, incorporating elements for the neighbourhood.

The name of the building: Grow up to the Roof!



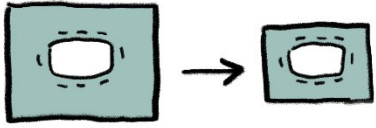
**GRT = Groupe de ressources techniques: social economy enterprises that accompany communities in the development of community housing.

Difficulties ahead!


Budgetary and regulatory constraints force them to revise their project.



Fewer 3-bedroom apartments.



Smaller community space.



No green roof as imagined, but in bins.



Having to seek additional funding to make the project viable.

Problems with the architect and the contractor...

The architect doesn't listen. His plans don't look good. We terminate the contract and find a new one, but it's long and expensive!

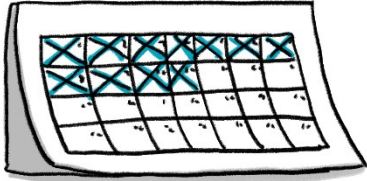


The contractor (the lowest bidder) charges extras, doesn't meet deadlines, doesn't listen, damages the green alley... They don't give a damn about our mission!

The icing on the cake: during tenant selection, a leaking oil tank is discovered on the neighbouring property...



New costs for decontamination and delays... family entry date is pushed back.

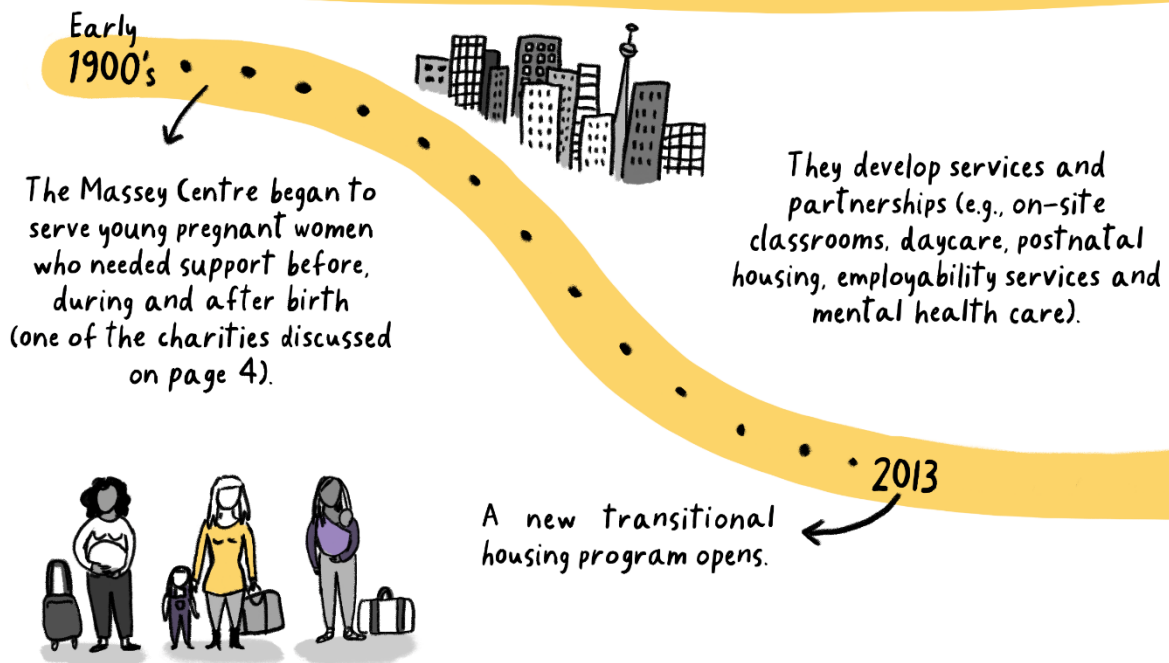


Finally, after countless hours of volunteering, the building opened its doors to 14 families.

The building goes unnoticed...within these walls, families are making a fresh start.

But the fact remains that it's hard to leave with the housing crisis still going on.

NEW LIVES START HERE, MASSEY CENTRE (TORONTO)



Why a new housing program?

Youth leaving the child welfare system issued a report. They need more support in transitioning to adulthood. We are serving some who are mothers...



We were in a strategic planning process... We were assessing and reviewing our services to better meet the needs.

In the Young Parents with No Fixed Address (YPNFA) network, we often talk about longer-term housing needs.





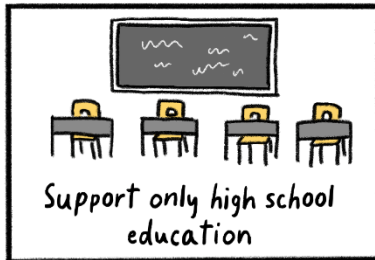
With growing needs, new program development is complex.



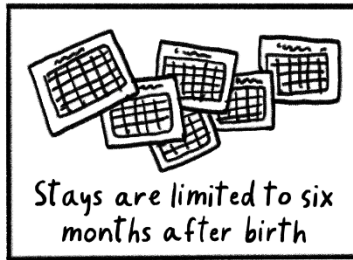
A pro bono professional takes the lead.

I want to take on a new challenge for the Massey Center.

She consults with the staff, clients and YPNFA to develop a new residential program. The organization has apartments and a classroom dedicated to women aged 16 to 21, but:



Support only high school education



Stays are limited to six months after birth



It's challenging to move out in Toronto

New Lives Start Here, their new residential program (the organization's slogan):

- Extends the stay to 4 years
- It is focused on supporting post-secondary education
- Dedicated to former crown wards

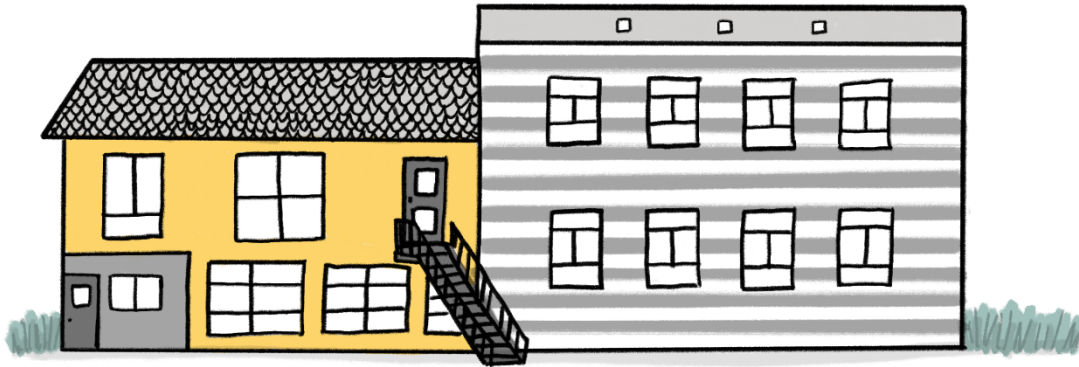


We're trying to provide services that support them and help them learn to thrive.

We want to offer them housing and support for a fresh start, a new life!



No construction (which is often the most challenging part).



They already have apartments and buildings that host programs and activities to support young mothers, including childcare.

They are looking for donations for scholarships.

Illustration showing a green banknote with a dollar sign (\$) and an arrow pointing to a diploma labeled "diploma". Several question marks are scattered around the banknote and diploma.

Everything is going well, except for finding tenants:

WANTED:

- Young female single parents
- Former crown wards aging out of care
- Ready to undertake post-secondary education

The population is too specific.

They expand the eligibility to

- ➔ All female heads of single-parent families homeless or under-housed aged 18-25.
- ➔ Former Crown Wards are prioritized
- ➔ Their stakeholders have interested moms.

So they continue pursuing their original idea and mission to support young mothers.

CAUSE WE CARE HOUSE, YWCA METRO VANCOUVER

In Vancouver, most investment in social housing goes to projects for people experiencing chronic homelessness and mental health issues.



They attract attention by being visible in public spaces, emergency rooms, shelters...

Few organizations are successful in developing social housing dedicated to women. I meet with the YWCA, which is one of the exceptions.

We are developing above a new library branch.



How did this partnership come about?



For about 20 years, the City has promised to build a library in the Downtown East Side*. In 2010, they finally found land and the project was announced.

But rights-to-housing activists demand that social housing be included. Their petition collects over 1500 signatures.

*Downtown East Side: An inner-city neighbourhood often associated with poverty, homelessness and the opioid crisis.

City Council had just adopted...

ACTION PLAN:
eliminate chronic
homelessness by 2015
and improve the supply
of affordable housing...

A few elected officials:

We will only approve the
library project if it includes
social housing.



But there is no money...

We used all the provincial funding to buy 14 lots to develop over 1500 social housing units... there is nothing left...



The election is coming...we need to
break ground on the library. The
community has waited long enough!

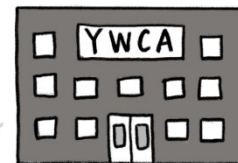
The City needs to quickly find a partner
to build social housing without funding
for construction and rent subsidies.



The city manager approaches Metro
Vancouver YWCA.

That's perfect. We have the strategic
priority of improving our services and
housing in the neighbourhood.

But the land is overpriced... So we remain
open and alert to opportunities like this!



The library project, which includes social housing administered
by the YWCA, is approved!

21

YWCA fundraises with the Cause We Care Foundation
BC Housing adds funding to a few more units and maximizes space.



We can build and furnish without a mortgage!

This is an exceptional project with few constraints

These are large permanent units with storage, washer and dryer hookups...



We're building large hallways considering there will be strollers, bikes, and kids playing with parents not too far away.

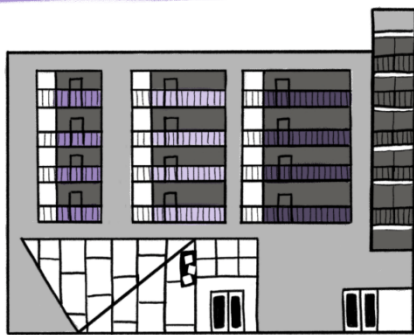
Beautiful common spaces: a shared kitchen, living room, playground, patio, not to mention access to YWCA services.



The partnership between the library and the City is simple and smooth.

Unlike other social housing projects, we don't have any opposition from the neighbourhood.

In April 2017, the project was ready. The *néca?mat** Library opens



21 families have a brand new apartments.

Today, the Cause We Care House is a vibrant community with stable families who participate in events and activities.

Social housing above an institutional building = groundbreaking in Vancouver. Their success prompts the City to repeat the experience with the YWCA and a fire station.

* means we are one in *hənqəminəm* (Musqueam language)

22

WHAT ARE THE CONNECTIONS BETWEEN HEALTHY CITIES AND THE CASES PRESENTED?

Nothing comes up in the interviews! Most don't even know about the Healthy Cities movement (although I heard about Mon Toit, mon Cartier at a Healthy Cities conference).



No need to panic. I dig through the documents, and connections appear.

My thesis is falling apart!

MTMC involves programs that the city sees as ways to create healthy neighbourhoods, such as IUR that lead partners to recognize housing needs and seek to address them together. Then, their project incorporates elements of the Neighborhood Roundtable action plan and the Neighborhood 21 program (also linked to the Healthy Cities movement).

The Young Parents with No Fixed Address network encourages and supports Massey Centre in creating a housing program. They were established while the Healthy City Office promoted cross-sectoral exchange spaces for health promotion.

In Vancouver, the request to use the space above the library aligns with the housing targets of the Healthy City Strategy. This is one of the reasons the City supported the activist's proposal.



Ultimately, means tied to municipal strategies create coalitions. Together they have the will, knowledge and capacity to develop initiatives that involve social housing in whole or in part.



There is a gap in how the health benefits of housing are viewed.

In municipal strategies, new social housing aims to:



Interviewees perceive less ambitious but essential benefits for tenants:

Leaving an environment that poses risks to their health (substandard, too expensive, too small, violence...) and accessing adequate housing.



(Re)gain control of their health: medical follow-ups and improved lifestyle habits (stress, sleep, nutrition).



Develop their autonomy to help move away from a logic of survival and start life-changing projects (education, employment...)



However, these benefits are not intentional (many had never thought of them as health benefits).

Developing a healthy city is certainly not an idea that has encouraged them to expand their services, volunteer or fundraise...



PROJECTS ARE ABOUT CARE

Initiatives emerge from a recognition of care deficits in:

FAMILIES experiencing food insecurity, violence, precarity, stress, unsanitary conditions... Mothers struggle to meet their needs and those of their children.

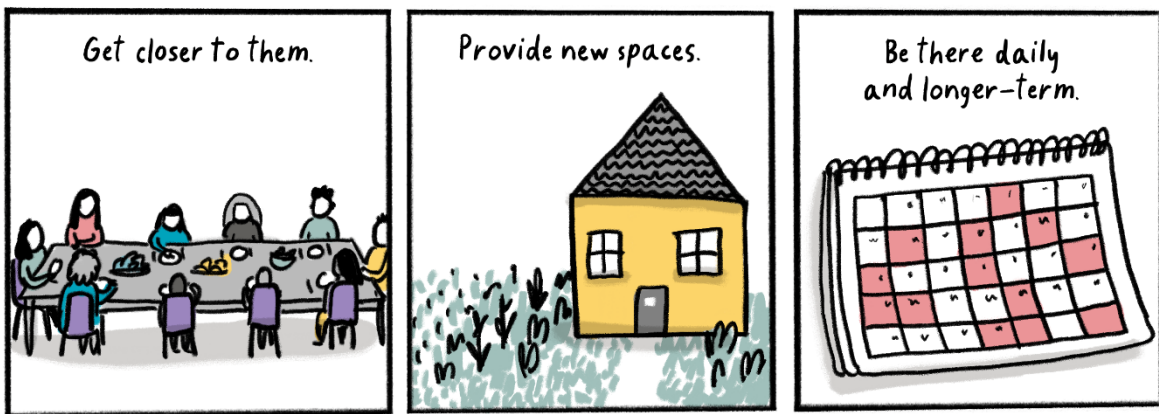
ORGANIZATIONS cannot correctly support these families with their current services.

Programs aim to provide conditions that help build tenants' care capacities:



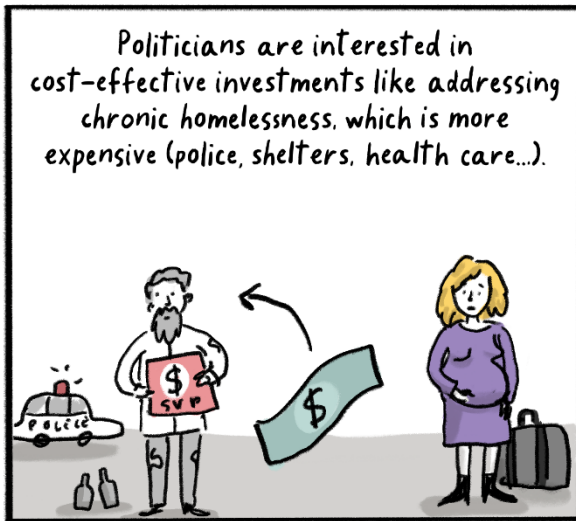
Access a home, a time-out, and support to plan for a better future where they can care for themselves, their children, and even others through a new job.

Organizations use the programs to build their caring capacity for these women:



IS IT THAT EASY TO IMPACT THE HOUSING SYSTEM AND SOLVE CARE DEFICITS?

Oh no! Organizations face a neoliberal context that constrains and directs housing assistance.



However, their initiatives stem from sensitivity to very concrete local needs. Their care ethic allows them to overcome certain obstacles!



The YWCA focuses on mothers who often experience hidden homelessness.



MTMC overcomes this rhetoric by demonstrating that its project meets the needs of local families while caring for the current tenants, the building, the area, etc.

SOME CARING IDEAS

that sometimes reject neoliberal orientations:

Rent is geared to income (not market price)

~~1500\$~~ 800\$

Have large units (even if less profitable)



Offer more than a roof, with services and common areas



A safe living environment for women

However, offering temporary housing to support economic independence = consistent with neoliberal expectations.



We came up with the program with Massey Centre users'. They want to be able to study!

We see the need for long-term support, especially with the housing crisis. This has pushed the YWCA to offer permanent housing.

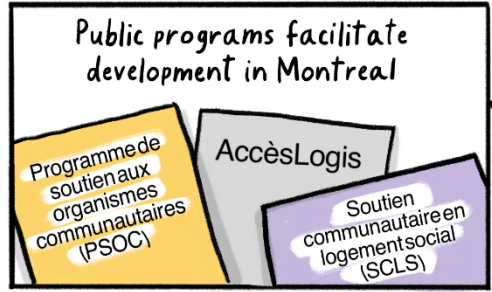


Our housing is not appropriate for all women: safety rules limits freedoms for some, and the support offered is insufficient for others.

Other programs are needed to adequately address the varied needs.



But developing this supply doesn't happen by snapping your fingers.



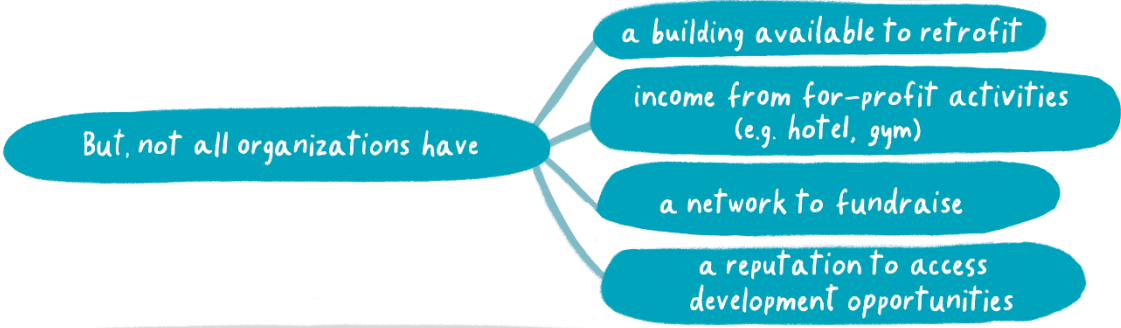
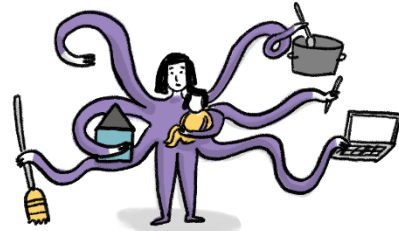
These programs are rigid and underfunded: MTMC had to rethink its ambitions, find other funding and do a lot of volunteer work!

In contrast, private funding in Vancouver gives more freedom for development and allows for permanent housing.



Creating social housing requires organizations to go beyond their mandates and financial capacities in all three cases. This overstepping is motivated by care for these women and their families.

Care allows them to resist the neoliberal shift. It also leads organizations to embody the figure of the community capable of stepping up when governments rollback.



Without these assets, organizations are dependent on insufficient public resources guided by neoliberal ideas. They must work on a volunteer basis (which falls on women's shoulders since they are in the majority in the community sector). They may also orient their programs to ensure acceptability (temporary and promoting economic independence...).



Community-based social housing development is sometimes associated with privatization. But it is more complex. It's part of a general trend where governments no longer intervene alone.



This is what is happening in all 3 cases. Social housing is part of a context where there are collective efforts to:



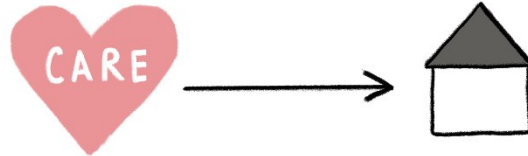
OK, these few dozen units are far from solving these vast problems: they are a drop in the ocean. Yet they are community contributions to address the housing needs of female single parents through collective efforts: a drop in a lake.



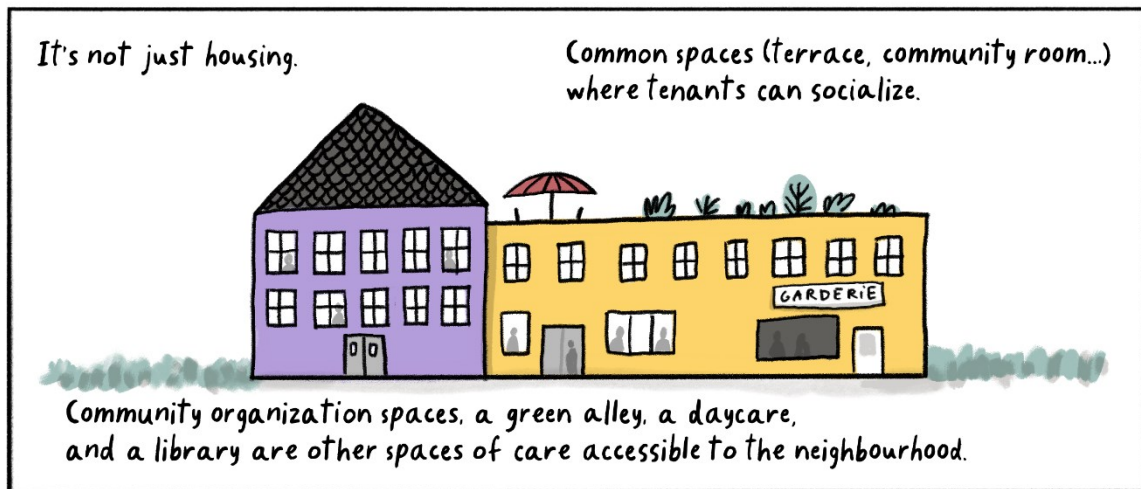
Then, organizations do not act alone but with institutions and elected officials' ongoing or ad hoc involvement.

It has already been said, but let's remember that this support is not enough, which is why they turn to volunteering and private sector

The initiatives seek to have families (re)connecting care with their apartments so that they can rely on their homes to care for themselves and their children.



But do these initiatives assign care to private places and relationships?



In these spaces, the agency and partners offer formal support.

The programs host a few dozen families to create a warmer, friendlier atmosphere. Common areas and activities aim to develop supportive relationships (or even friendships).



Care is far from being privatized!

In the end, the cases reveal that...

Social housing development is motivated by care. This ethic encourages communities to simultaneously resist and conform to the neoliberal context.



Connections to the Healthy Cities movement are weak and indirect. Organizations are unknowingly participating in developing Healthy Cities.



This care drives the development of Healthier Cities.

HEALTHY CITIES

I've noticed that the Healthy Cities movement is losing momentum. Cities have other priorities:

Boom, the COVID-19 pandemic!
Health is on every government's lips

Housing is widely used as a determinant of health. But, not everyone has an adequate home that allows them to stay healthy and safe.

Increase in domestic violence and lack of shelter space

The digital divide that hinders access to telemedicine

Confinement in apartments that are too small, unsanitary, etc

Isolation among single people

Exhaustion among families

These housing conditions are one of the causes of the inequalities deepened by the pandemic. Let us hope that municipalities (and other levels of government) will take the necessary means to support communities wishing to improve the supply of social housing.

This way, more households will have a caring home. We will collectively be a little better prepared for future variants and pandemics!

