Budgétisation bien-être : une perspective critique en santé publique

Commentaire invité

2022

Note documentaire

Pour des connaissances en matière de politiques publiques favorables à la santé

Au cours de la dernière décennie les politiques publiques axées sur le bien-être ont pris de l'ampleur dans plusieurs pays, notamment en Nouvelle-Zélande, au pays de Galles, en Écosse et en Finlande. L'attention portée au bien-être et à la qualité de vie de la population a le potentiel de permettre d'agir en amont sur les déterminants de la santé et, par conséquent, d'être un atout important pour l'adoption de politiques publiques favorables à la santé. Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) s'est donné pour but d'explorer l'importance de ce virage politique. Dans la présente note documentaire, le CCNPPS a invité Lindsay McLaren, chercheuse en santé publique de renom, à évaluer dans quelle mesure les politiques publiques intégrant une approche axée sur le bien-être s'alignent avec les recherches et les pratiques en santé publique, et si la santé publique a un rôle à jouer en lien avec ces travaux. Professeure McLaren offre une perspective critique sur la santé publique ainsi que sur des occasions et des risques potentiels liés à l'adoption de la budgétisation bien-être présentée comme une « approche potentiellement radicale pour promouvoir certaines valeurs et atteindre certains objectifs fondamentaux » de la santé publique. Nous vous invitons à lire sa contribution dans le texte qui suit.

Introduction et aperçu

La budgétisation bien-être (sommairement, un cadre de référence pour soutenir la prise de décisions gouvernementales, qui est guidé par le bien-être des personnes et de la planète ; davantage de détails sont présentés plus bas) peut constituer une approche radicale pour promouvoir certaines valeurs et atteindre certains objectifs fondamentaux véhiculés dans la recherche, la pratique et les politiques en santé publique. Elle pourrait ainsi constituer un moyen de s'attaquer aux causes profondes des problèmes de santé et des inégalités de santé (c.-à-d. les différences injustes et évitables en matière de santé entre les groupes sociaux ; Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé [CCNDS], 2013). Elle pourrait aussi, au contraire, prendre la forme d'un ensemble d'activités se déroulant en aval et se révéler inefficace pour atteindre les objectifs énoncés.

La nature relativement nouvelle et évolutive de la budgétisation bien-être fournit une occasion importante d'avancer la première approche, plus radicale. La présente note documentaire s'appuie sur le principe selon lequel les communautés de la santé publique devraient en quelque sorte participer aux discussions sur la budgétisation bien-être, mais qu'une perspective (ou posture) critique s'impose. Les communautés de la santé publique englobent les décideurs, les praticiens, les universitaires et les militants. Le public cible inclut, bien sûr, les nombreuses personnes et les nombreux groupes dont le travail est très pertinent pour la santé et le bien-être publics et qui ne se présentent peut-être pas comme faisant partie de la santé publique. En dépit des défis persistants que posent ces questions de délimitation des frontières liées à la crise identitaire abordée plus loin, l'emploi de l'expression « communautés de la santé publique » dans lesquelles je m'inclus, est délibéré et vise à communiquer l'importance de travailler ensemble à l'atteinte d'un but commun. Le but de cette note documentaire est donc d'examiner la budgétisation bien-être selon une perspective critique en santé publique. Cette perspective a été décrite succinctement par Schrecker (2021) comme étant une façon de tenter de révéler au grand jour les enjeux de pouvoir à travers : un engagement normatif envers l'équité en santé ; la reconnaissance que les iniquités sont créées et maintenues par des forces sociales, politiques et historiques ; et la reconnaissance des répercussions insidieuses de la médicalisation, qui obscurcissent les déterminants structuraux du bien-être et de l'équité en santé.

Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé
National Collaborating Centre for Healthy Public Policy

Institut national de santé publique Québec

Afin de préparer le terrain pour l'engagement des membres des communautés de la santé publique dans les discussions entourant la budgétisation bien-être, la présente note documentaire comporte deux sections principales. La première définit et décortique la budgétisation bien-être et la santé publique, en établissant de possibles points d'alignement. La santé publique y est définie de façon à englober la pratique, l'activisme et la recherche scientifique visant à comprendre et à améliorer le bien-être et l'équité en santé des populations. La deuxième section, plus longue, cerne des défis et des occasions pour les communautés de la santé publique lorsqu'elles prennent part à des discussions sur la budgétisation bien-être. Leur participation à ces discussions leur donne notamment l'occasion de « passer de la parole aux actes » en ce qui concerne les déterminants sociaux de la santé, en surveillant les facteurs en amont qui façonnent le bien-être et l'équité en santé. Cependant, pour faire efficacement obstacle aux objectifs néolibéraux[1] qui sont contraires aux valeurs et aux objectifs que nous avons énoncés, les communautés de la santé publique doivent trouver les moyens pour interagir avec le pouvoir et la politique. Enfin, la budgétisation bien-être offre une occasion de penser de façon critique le concept de bien-être lui-même, y compris ses définitions, ses connotations et son lien avec la santé (un concept en soi contesté).

Le moment pour discuter de ces questions est opportun, et ce, pour au moins trois raisons. Premièrement, la répartition extrêmement injuste des risques et des répercussions de la pandémie de COVID-19 (Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2020), conjuguée aux risques écosystémiques extrêmes que présentent nos exigences non durables sur le monde naturel (Association canadienne de santé publique [ACSP], 2015 ; Dasgupta, 2021), est le reflet d'un échec institutionnel à large échelle et ouvre la voie à de grandes idées (voir les travaux de l'Organisation des Nations Unies [ONU], 2020). Deuxièmement, certaines indications laissent croire en un positionnement en faveur d'une gouvernance du bien-être au Canada, entre autres le cadre de qualité de vie du gouvernement fédéral, publié par le ministère des Finances lors du dépôt du budget fédéral de 2021 (Ministère des Finances Canada, 2021 ; Morrison et Lucyk, 2021). Troisièmement, le domaine de la santé publique vit une longue crise identitaire. La santé publique est largement mal comprise à l'extérieur du champ, et des tensions se font sentir en son sein même, y compris entre les communautés universitaires et de pratique (Castrucci *et al.*, 2020 ; Lucyk et McLaren, 2017 ; McLaren et Hennessy, 2020). Ainsi, certains estiment que le champ de la santé publique est en perte de capacité et d'influence dans tout le Canada (Guyon *et al.*, 2017 ; Potvin, 2014). La budgétisation bien-être pourrait servir de base à la mobilisation des communautés de la santé publique (et ainsi ouvrir la voie pour travailler à dénouer notre crise identitaire), si nous pouvons convenir que 1) le but est de renforcer les conditions de santé et de bien-être pour tous, y compris pour les générations futures, et que 2) nous devons travailler en collaboration et humblement pour atteindre ce but.

Dans le prolongement du public cible évident du CCNPPS, le public visé par la présente note documentaire englobe les communautés de la santé publique, au sens large.

Qu'est-ce que la santé publique et comment peut-elle s'aligner avec la budgétisation bien-être ?

> *Santé publique : efforts organisés de la société pour maintenir les personnes en santé et éviter les blessures, les maladies et les décès prématurés (ACSP, s. d.).*

La santé publique est conceptualisée ici comme étant un domaine de pratique appliquée et de recherche scientifique qui, du moins de façon ostensible, apporte des éléments uniques à la compréhension et à l'amélioration de la santé et du bien-être. Se distinguant de la biomédecine et d'autres aspects des soins de santé, la santé publique est caractérisée par un accent mis sur les

[1] Le néolibéralisme est la forme actuelle du capitalisme, qui a commencé à bénéficier d'une position dominante à l'échelle mondiale à la fin des années 1970 et au début des années 1980, et qui se caractérise par l'accent hégémonique mis par les gouvernements sur la protection de la richesse privée et le rétablissement de la domination économique et sociale des entreprises privées. Dans le contexte du néolibéralisme, les politiques publiques mettent l'accent (entre autres choses) sur la privatisation et la déréglementation de l'industrie (y compris l'affaiblissement des normes du travail) ; l'utilisation des accords de libre-échange pour élargir les marchés et limiter l'ingérence gouvernementale ; et la réduction ou l'affaiblissement des politiques sociales, ce qui contribue au désinvestissement dans le bien public (ou commun) au sens large (Stanford, 2008).

populations et la prévention primaire[2], et elle est imbriquée dans une réflexion en amont sur les causes profondes de la mauvaise santé et des iniquités en santé (ACSP, 2017 ; McLaren et Hancock, 2019). De plus, compte tenu de leurs croisements avec les sciences sociales (Baugh-Littlejohns *et al.*, 2019 ; McLaren, 2019), les activités de santé publique sont, encore une fois, ostensiblement et conceptuellement ancrées dans des perspectives critiques (p. ex., économie politique de la santé) à l'égard des processus collectifs et structurels qui façonnent le bien-être et l'équité en santé (Harvey, 2021 ; Raphael *et al.*, 2020). En théorie du moins, la santé publique conceptualise la santé comme étant positive (c.-à-d. pas seulement axée sur la maladie ou l'absence de maladie), dynamique et multidimensionnelle, et comme englobant ainsi le bien-être (Potvin et Jones, 2011 ; World Health Organization [WHO], 1946 ; Organisation mondiale de la Santé [OMS], 1986).

Comme le reconnaît la définition de l'ACSP ci-dessus, ces attributs reliés à la santé tiennent compte du fait que les efforts visant à améliorer la santé, le bien-être et l'équité en santé doivent aller au-delà du secteur de la santé (c.-à-d. au-delà du système de santé ou du ministère de la Santé) (Commission des déterminants sociaux de la santé [CDSS], 2008 ; Raphael et *al.*, 2020) pour d'abord maintenir les personnes en santé, ce qui exige qu'une attention soit portée aux déterminants sociaux de la santé. Les déterminants sociaux de la santé — comme la distribution des revenus et de la richesse, la situation de l'emploi et la qualité des conditions de travail, la disponibilité et l'accessibilité des services de santé et sociaux, ainsi que l'accès à une éducation de qualité, à la nourriture et à un logement — sont le reflet des décisions stratégiques prises par les gouvernements ainsi que des fondements idéologiques de ces décisions (CDSS, 2008 ; Raphael *et al.*, 2020).

Cette compréhension fondamentale sous-tend la notion de « politique publique favorable à la santé » (Hancock, 1985), qui vise à mettre la santé à l'agenda des décideurs politiques dans des secteurs autres que celui de la santé (OMS, 1986). Elle sous-tend également l'émergence récente de la Santé dans toutes les politiques, qui est essentiellement similaire, mais plus récente, et qui vise à tenir systématiquement compte des répercussions sur la santé de la population et l'équité en santé des décisions prises dans tous les secteurs des politiques publiques (CCNPPS, s. d.-a ; Kershaw, 2018 ; Shankardass *et al.*, 2012; World Health Organization et Finland Ministry of Social Affairs and Health, 2014). Dans la mesure où les deux concepts intègrent une définition large de la santé qui comprend le bien-être, ils peuvent être compatibles avec une approche de budgétisation bien-être.

Bien que la pandémie de COVID-19 ait mis la santé publique sous les projecteurs, elle a renforcé une définition étroite de la santé centrée sur la lutte contre les maladies transmissibles menée par le système de soins de santé. La pandémie a attiré l'attention sur les iniquités en santé (p. ex., les disparités raciales dans les risques et les répercussions de la COVID-19) et sur les conséquences de la pandémie sur la santé mentale, mais on ne sait pas si les personnes qui œuvrent à l'extérieur du champ de la santé publique établissent un lien entre ces enjeux et la santé publique (par rapport au système de santé en général). Cette incapacité généralisée d'établir des liens entre la santé et l'environnement socioéconomique en général (Manuel, 2008 ; Snyder *et al.*, 2016), y compris par certains membres des communautés de la santé publique, mine l'adoption d'une approche axée sur la Santé dans toutes les politiques, voire de toute vision cohérente qui tienne compte de l'état des connaissances au sujet des déterminants primaires de la santé, du bien-être et de l'équité en santé (Hancock *et al.*, 2020 ; McLaren et Hennessy, 2020).

BUDGÉTISATION BIEN-ÊTRE ET SANTÉ PUBLIQUE

En tant que concept général (p. ex., Moss, 2020), la budgétisation bien-être incarne un besoin établi, soit celui de redéfinir la façon dont le succès sociétal est conceptualisé et mesuré, et offre un cadrage alternatif pour le faire. Elle a pour point de départ les problèmes associés au cadre actuel de référence pour la prise de décision des gouvernements (c.-à-d. le cadre de référence de budgétisation et de planification) qui, dans le contexte du capitalisme néolibéral, donne la primauté aux objectifs orientés sur le marché ainsi qu'à l'amélioration et à la

[2] La prévention primaire désigne les mesures visant à prévenir en premier lieu l'apparition de maladies ou de blessures en réduisant ou en éliminant l'exposition aux dangers ou aux risques, y compris en s'attaquant directement aux conditions environnementales, économiques et sociales qui créent des dangers ou des risques. Le terme comprend donc ce que certains appellent la « prévention primordiale ».

protection de la richesse du secteur privé. Bien qu'un tel cadre de référence soit efficace pour générer des visions conceptuelles restreintes de la richesse (p. ex., la croissance économique), il tend également à répartir les préjudices et les avantages de façon inégale, ce qui perpétue les iniquités sociales et les défis écologiques qui réduisent le bien-être et la qualité de vie des générations actuelles et futures (Dasgupta, 2021 ; Durand et Exton, 2019). Les iniquités sociales en matière de santé et les déterminants écologiques de la santé sont des préoccupations très importantes pour les communautés de la santé publique (ACSP, 2015; The Lancet Countdown, s.d.), ou du moins, c'est ce qu'elles prétendent.

La budgétisation bien-être reconnaît que les résultats liés au bien-être transcendent les champs de compétences et les domaines de politiques traditionnels (Barrington-Leigh, 2020 ; Global Happiness Council [GHC], 2019). En d'autres termes, la budgétisation bien-être reconnaît que les résultats en matière de bien-être ne peuvent être atteints au moyen d'activités émanant d'un seul ministère ou département. La budgétisation bien-être pourrait donc constituer une façon de faire progresser les intentions intersectorielles mises de l'avant par l'approche de Santé dans toutes les politiques vers la création des fondements économiques et sociaux pour soutenir le bien-être de tous.

En reconnaissant et en corrigeant les inconvénients considérables associés à notre économie actuelle axée sur le marché, la budgétisation bien-être s'aligne étroitement avec les travaux entourant les déterminants sociaux de la santé (CDSS, 2008 ; Raphael *et al.*, 2020 ; Ruckert et Labonté, 2017). Ces inconvénients sont bien documentés et démontrés. Les données canadiennes et internationales montrent systématiquement que la croissance économique (p. ex., la hausse du produit intérieur brut [PIB]) n'a pas d'« effet de ruissellement » ; au contraire, les avantages de la croissance ont surtout profité à ceux qui ont déjà des niveaux élevés de revenu et de richesse, tandis que les revenus au bas de l'échelle ont stagné, ce qui a mené à l'élargissement de l'inégalité des revenus (Lawrence, 2001 ; Macdonald, 2021 ; Organisation de coopération et de développement économiques [OCDE], s. d.). De même, notre système économique actuel a entraîné une détérioration massive de la biodiversité (Lancet Countdown, s. d.). En effet, comme notre système économique ne tient pas compte des bénéfices de la nature pour la société, il permet (de manière perverse), voire il encourage, les activités qui détruisent la nature : « Presque partout, les gouvernements exacerbent le problème en payant les gens davantage pour exploiter la nature que pour la protéger, et en donnant la priorité aux activités économiques non durables » (Dasgupta, 2021, p. 2).

Comme le reconnaissent depuis longtemps les universitaires ancrés dans des courants critiques en santé publique, de promotion de la santé et d'économie politique de la santé (p. ex., Bump *et al.*, 2021 ; Potvin et Masuda, 2020), ces éléments du capitalisme néolibéral ont des conséquences négatives importantes sur la santé, le bien-être et l'équité en santé (ACSP, 2015 ; CDSS, 2008 ; The Lancet, 2019 ; Wilkinson et Pickett, 2009). La budgétisation bien-être, du moins en théorie, offre un cadre de référence alternatif pour la prise de décisions gouvernementales. Ce cadre favorise les engagements idéologiques de la santé publique et permet une approche qui accorde la priorité à la santé et à la pérennité de la planète ainsi qu'à la qualité de vie des gens (ACSP, 2015 ; OMS, 1986).

Défis et possibilités pour les communautés de la santé publique : un impératif de la pensée critique

Compte tenu des points de convergence résumés ci-dessus, la budgétisation bien-être pourrait représenter une occasion importante pour les membres des communautés de la santé publique de travailler en collaboration et humblement à l'avancement des valeurs et des objectifs énoncés. Les rôles possibles des acteurs de la santé publique en lien avec la budgétisation bien-être pourraient être les suivants : articuler clairement sa raison d'être à différents publics ; aider à l'intégration de cette approche au sein des gouvernements ; et fournir une expertise pour définir un cadre de référence, des indicateurs, des buts et des mécanismes d'évaluation.

La budgétisation bien-être pourrait toutefois se révéler un simple remaniement d'idées courantes en santé publique (c.-à-d. une politique publique favorable à la santé ; la Santé dans toutes les politiques) qui ne se sont pas vraiment concrétisées. Dans l'éventualité d'un réel déploiement d'une budgétisation bien-être, les sections qui suivent présentent quelques occasions et défis pour les

communautés de la santé publique, lesquels doivent être abordés avec une perspective critique. La première section soutient que la budgétisation bien-être peut offrir au milieu de la santé publique l'occasion de passer de la parole aux actes en ce qui concerne les déterminants sociaux de la santé, en se concentrant sur les actions permettant d'agir en amont sur les déterminants de la mauvaise santé et de l'iniquité en santé. La section suivante insiste sur le fait qu'il n'y aura pas d'amélioration relative aux déterminants sociaux de la santé si rien n'est fait à propos des principaux problèmes liés au pouvoir et à la politique. Si l'objectif est de créer les conditions propices au bien-être de la population et à l'équité en santé, les acteurs de la santé publique doivent trouver des moyens d'interagir avec le pouvoir et la politique, autant dans leur domaine qu'à l'extérieur de celui-ci. La dernière section expose les défis et les occasions liés au concept même de bien-être, y compris ses définitions, ses connotations politiques et son lien avec la santé.

PASSER DE LA PAROLE AUX ACTES

La santé publique se préoccupe des déterminants sociaux, économiques, écologiques et coloniaux de la santé et du bien-être. Pourtant, l'engagement de fond des communautés de la santé publique à l'égard des politiques publiques qui influent sur ces déterminants en amont est, dans l'ensemble, limité. Cela est attribuable à plusieurs facteurs, y compris au problème persistant de la « dérive vers les modes de vie » (*lifestyle drift*) selon lequel, en raison d'une constellation de facteurs historiques (c.-à-d. la domination de la médecine), idéologiques (c.-à-d. l'individualisme néolibéral ; l'enchâssement institutionnalisé du pouvoir), législatifs (c.-à-d. la présence ou l'absence de mandats et de législations favorables) et de facteurs pratiques (c.-à-d. la simplicité apparente et l'attrait intuitif), la politique de prévention est étroitement axée sur les comportements de santé tout en omettant d'intégrer une compréhension approfondie des déterminants sociaux de la santé (Baum et Fisher, 2014 ; Cairney et St Denny, 2020).

L'adoption d'une approche de budgétisation axée sur le bien-être pourrait aider les acteurs de la santé publique à « passer de la parole aux actes » relativement aux déterminants sociaux de la santé, en gardant leur attention (et celle des autres acteurs clés) centrée sur les politiques publiques et les processus d'élaboration de ces dernières, plutôt que sur leurs conséquences en aval. Par exemple, devant les données probantes démontrant les inégalités de santé, la budgétisation bien-être pourrait fournir un moyen de mobiliser des solutions du secteur public en amont dans des domaines tels que la politique fiscale, les dépenses publiques et les subventions à l'industrie (Hancock, 2020 ; Pickett et Wilkinson, 2018 ; Smylie, 2015 ; Stuckler et Basu, 2013).

La pandémie de COVID-19 représente une fenêtre d'opportunité pour passer de la parole aux actes, en incitant à un discours public plus large autour des politiques économiques et des discours dominants. Devant les menaces généralisées qui pesaient sur les moyens de subsistance des gens, l'intervention du gouvernement fédéral canadien en cours de pandémie (p. ex., la Prestation canadienne d'urgence [PCU], Gouvernement du Canada, n. d., et les versions ultérieures) a été immédiate et importante ; elle a démontré la faisabilité (et, en fait, la nécessité) d'opter pour des niveaux élevés de dépenses gouvernementales et d'endettement au besoin (Macdonald, 2020). L'occasion est toute désignée pour lutter contre les discours économiques dominants, qui ont par ailleurs empêché des investissements aussi substantiels en qualifiant de néfastes de tels niveaux élevés de dépenses et d'imposition gouvernementales (Himelfarb, 2020 ; Rozworski, 2020 ; Stanford, 2008) :

> *Notre perception de ce qui est possible a été limitée par deux décennies de réductions d'impôt et de restrictions budgétaires […] Mais [pendant la pandémie], nous avons vu que de grandes choses sont possibles et qu'un gouvernement actif peut être une force bienveillante. En ce moment critique, nous ne pouvons pas accepter que nos décisions sur la suite des événements reposent sur des craintes injustifiées au sujet des dépenses publiques et de la dette (Himelfarb, 2020).*

Dans le cadre de leurs efforts pour passer de la parole aux actes relativement aux déterminants sociaux de la santé, les membres des communautés de la santé publique pourraient promouvoir le bien-être et l'équité en santé comme raison de plus pour faire progresser ces contre-discours.

Ainsi, la budgétisation bien-être fournit un point d'ancrage pour le plaidoyer en santé publique, qui s'avère être une compétence essentielle des praticiens en santé publique (ASPC, 2008). En santé publique, les plaidoyers sont parfois limités ou restreints par divers facteurs, y compris les paramètres d'emploi (p. ex., les membres de l'effectif en santé publique dans les organismes gouvernementaux qui ne sont pas autorisés à partager librement certaines informations) ou les décisions politiques (p. ex., Power *et al.*, 2019). Il est toutefois important de noter l'existence de moyens de mobilisation collective, comme le recours à des associations provinciales, territoriales et nationales de santé publique. Bien que certaines de ces associations soient actives, visibles et influentes, d'autres sont tristement sous-utilisées malgré leur grand potentiel de mobilisation collective relative aux plaidoyers (Réseau canadien des associations de santé publique [RCASP], 2019).

POUVOIR ET POLITIQUE

Les politiques publiques nécessitent notre attention, mais cela ne suffit pas. Passer de la parole aux actes en ce qui concerne les déterminants sociaux de la santé exige un engagement dans le domaine du pouvoir et de la politique. Les paragraphes ci-dessous servent, premièrement, à illustrer qu'on peut faire mieux en ce qui a trait à la participation des membres des communautés de la santé publique dans les domaines liés au pouvoir et de la politique et, deuxièmement, à offrir des exemples et des points de vue qui peuvent nous aider à accroître notre participation.

Santé publique, pouvoir et politique : un écart significatif

Comme les chercheurs critiques en santé publique le reconnaissent depuis longtemps, la nature institutionnalisée de la santé publique elle-même (c.-à-d. les éléments officiels ou normalisés de l'éducation et de la pratique) constitue l'un des principaux obstacles à l'action radicale (Bell et Green, 2014). Lorsque des concepts importants (p. ex., l'équité) et des idéaux (p. ex., des appels à l'action sur les déterminants sociaux de la santé) sont adoptés dans le courant dominant, ils ont tendance à être dilués ou à « perdre de leur sens critique et de leur radicalité » (Skinner, 2018, p. 1).

Deux exemples récents illustrent cette dilution. Premièrement, Plamondon et ses collaborateurs (2020) ont fait une analyse critique des publications scientifiques qui ont cité l'influent rapport final de 2008 de la Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS, 2008) de l'Organisation mondiale de la Santé au cours des huit années suivant sa publication. S'appuyant sur la synthèse d'un très grand nombre de recherches, ce rapport concluait sans ambiguïté que les iniquités en santé reflètent une répartition injuste des pouvoirs, de l'argent et des ressources. Pourtant, parmi les auteurs qui ont cité le rapport, moins de la moitié ont rapporté cette vision clé et ses répercussions politiques. Ils ont plutôt retenu ce que Plamondon et ses collaborateurs (2020) appellent des « orientations moins productives », c'est-à-dire qu'ils présentaient par exemple les iniquités en santé comme étant naturelles (ne constituant donc pas un point d'intervention viable), ou encore ils situaient les possibilités d'intervention au niveau individuel par des approches comportementales, biomédicales ou néolibérales.

Deuxièmement, compte tenu de l'attention croissante portée à la « vulnérabilité » dans la recherche et la pratique en santé publique, Katz et ses collaborateurs. (2020) ont exploré l'utilisation de ce terme dans des articles publiés dans des revues de santé publique générales (voir aussi McLaren *et al.*, 2020). Ils ont entre autres constaté que des termes comme « groupes vulnérables » n'étaient souvent pas définis, ou l'étaient de façon vague, ce qui, selon eux, oblige le lecteur à « remplir les espaces vides » en ce qui concerne les personnes vulnérables, les raisons de leur vulnérabilité et ce à quoi elles sont vulnérables. Fait important, ce flou tend à cacher les causes structurelles, intersectionnelles et cumulatives des problèmes de santé publique. En outre, ces auteurs ont constaté que les personnes au pouvoir (c. à d. celles qui ne sont pas vulnérables) étaient rarement étudiées; autrement dit, la recherche en santé publique sur la vulnérabilité omet largement ceux qui jouent un rôle dans la création de la vulnérabilité en soutenant, par exemple, les avantages fiscaux accordés aux personnes riches, qui sont financés par des réductions des dépenses publiques (voir également Nixon, 2019)[3].

[3] Ces observations ont des répercussions importantes pour les bailleurs de fonds de la recherche et les comités d'examen, dont les préjugés inconscients peuvent influencer les questions qui sont posées, ainsi que la façon dont elles sont posées et le choix des intervenants qui y répondront.

Ainsi, alors que les communautés de la santé publique (y compris les chercheurs et les praticiens) affirment être préoccupées par les déterminants sociaux de la santé, il y a des limites à leur niveau collectif de participation aux aspects les plus problématiques, à savoir le pouvoir, les privilèges et les politiques qui créent et perpétuent les inégalités.

Pouvoir et politique : occasions d'accroître la participation

Il est effectivement difficile de faire en sorte que les milieux de la santé publique, au sens large, participent davantage à ce qui touche le pouvoir et la politique. Cependant, il y a moyen de faire mieux que ce qui se fait actuellement. En ce qui concerne la budgétisation bien-être, quelques idées méritent réflexion.

Une première idée concerne la démocratie participative vers des politiques publiques (de santé) qui reflètent et respectent « le public ». Le Canada possède une tradition bien établie de « budgétisation alternative » (Canadian Centre for Policy Alternatives [CCPA], s. d. ; CCPA, 2020). Provenant du travail d'activistes sociaux et d'organisations progressistes au début des années 1990, la budgétisation alternative (qui peut se faire à n'importe quel palier de gouvernement) visait à démontrer qu'il y avait effectivement une solution de rechange aux réductions draconiennes des dépenses étayées par un discours (encore dominant aujourd'hui) selon lequel ces réductions sont essentielles pour éviter la faillite (Himelfarb *et al.*, 2020 ; Loxley, 2003 ; Stanford, 2008). Les budgets alternatifs sont élaborés ouvertement et au moyen de consultations, de sorte que ceux qui sont touchés par les décisions budgétaires peuvent influencer le processus. De plus, plutôt que de simplement critiquer les décisions relatives aux politiques publiques (ce qui n'est pas très difficile), la budgétisation alternative comprend l'établissement de solutions de rechange s'inscrivant à l'intérieur de paramètres budgétaires clairs. La pertinence de ce travail, eu égard aux discussions récentes entourant la budgétisation bien-être, ressort clairement du sous-titre du livre de l'économiste John Loxley sur le sujet : *Budgeting as if people mattered* (Établir un budget comme si les gens comptaient) (Loxley, 2003)[4]. Il est regrettable de constater que les liens entre la santé publique et la budgétisation alternative demeurent faibles à ce jour.

Un deuxième point concerne l'interdisciplinarité. En raison de la prépondérance perpétuelle de la pensée médicale et biomédicale en santé publique, l'interdisciplinarité est essentielle pour réfléchir aux questions de pouvoir (et pour les résoudre). La budgétisation bien-être incite les membres des communautés de la santé publique à en apprendre davantage sur des disciplines comme l'économie et les sciences politiques et à y participer davantage (p. ex., De Leeuw *et al.*, 2014 ; Dutton *et al.*, 2018 ; Kershaw, 2020). En ce qui concerne l'économie, d'importantes recherches en santé publique ont été menées, notamment sur la proportion des dépenses de santé consacrées aux activités de santé publique (Fiset-Laniel *et al.*, 2020 ; voir aussi McLaren et Dutton, 2020) et le rendement sur le capital investi dans les interventions en santé publique (p. ex., Masters *et al.*, 2017). Malgré cela, on établit rarement des liens entre la santé publique et d'autres aspects des politiques économiques comme le fait de critiquer des éléments hégémoniques de l'économie néoclassique qui ont un impact énorme sur notre société et notre bien-être (Stanford, 2008). Des chercheurs en sciences politiques ont jeté un éclairage crucial sur les défis que pose l'avancement des politiques de prévention au sein des gouvernements (Cairney et St Denny, 2020). Par exemple, il est fort probable qu'un programme ambitieux comme la budgétisation bien-être, en raison de son ampleur, pourra être utilisé pour préconiser le statu quo. Ainsi, la mobilisation des communautés de la santé publique dans des discussions sur le bien-être sans un véritable engagement avec ces alliés interdisciplinaires serait insuffisante.

[4] Il existe des parallèles, et donc des points d'alignement possibles, entre la budgétisation alternative et des concepts qui pourraient être plus familiers aux acteurs de la santé publique, y compris l'évaluation d'impact sur la santé et l'évaluation d'impact sur l'environnement (CCNPPS, s. d.-b).

En outre, en ce qui concerne l'interdisciplinarité, un autre défi (et une autre occasion) pour la santé publique consiste à trouver des moyens de réduire les tensions entre la pratique et la recherche en santé publique. Ces tensions sont importantes et nuisent à notre capacité de mobilisation collective (Lucyk et McLaren, 2017 ; McLaren et Hancock, 2019). Certaines orientations à cet égard proviennent d'un article de Mykhalovskiy *et al.* (2019), qui distingue utilement les sciences sociales critiques *en* santé publique, les sciences sociales critiques *de* la santé publique et les sciences sociales critiques *avec* la santé publique (voir le tableau 1), concepts dans lesquels la « santé publique » fait référence à la pratique institutionnalisée de la santé publique.

Tableau 1 Les sciences sociales critiques *en, de,* et *avec* la santé publique (adaptation de Mykhalovskiy *et al.*, 2019)

Type de relation	Description	Possibilités	Inconvénients
Sciences sociales critiques *en* santé publique	Les chercheurs en sciences sociales travaillent dans les espaces institutionnels et discursifs de la santé publique (p. ex., dans une école de santé publique ou dans un département de santé publique au sein du système de santé).	Peut offrir une occasion pour les spécialistes en sciences sociales de contribuer aux préoccupations concrètes en santé publique.	Peut éroder les contributions analytiques uniques et l'autonomie universitaire des sciences sociales, parce que les théories, les concepts et les méthodes des sciences sociales sont utilisés pour atteindre les objectifs de santé publique.
Sciences sociales critiques *de* la santé publique	Les spécialistes des sciences sociales travaillent à l'extérieur des institutions de santé publique, qui devient un objet d'étude critique (p. ex., éclairer sur la tendance à négliger les causes fondamentales de la mauvaise santé).	Peut permettre de cerner et de fournir des renseignements importants sur les lacunes intégrées et implicites des pratiques de santé publique, les formes de raisonnement, les politiques, les préoccupations, les modes d'organisation, etc.	Peut se transformer en une critique entièrement négative, qui souligne les lacunes de la santé publique, mais ne cherche pas de solutions de rechange constructives.
Sciences sociales critiques *avec* la santé publique	Il s'agit d'une relation entre les sciences sociales et la santé publique, qui reconnaît les sources de différence et de tension et qui fonctionne de façon productive avec celles-ci.	Commence à s'attaquer aux lacunes des deux autres approches et peut permettre la gestion productive des conflits, ouvrant la voie à la résolution de problèmes clés comme les politiques d'austérité.	Représente un risque de déviation vers un espace superficiel et simple d'intérêts communs. Nécessite un engagement à la pensée réflexive de part et d'autre (ce qui se produit rarement) et une mobilisation continue.

En ce qui concerne les sciences sociales critiques *avec* la santé publique, les tensions au chapitre du pouvoir et de l'épistémologie entre les milieux de la recherche et de la pratique ne sont pas ignorées ou évitées, mais se transforment en lieu d'enquêtes productives. Dans la mesure où la budgétisation bien-être dans son sens fondamental (c.-à-d. une vision cohérente pour s'attaquer aux causes profondes de la mauvaise santé et des iniquités en santé) exige à la fois une pratique critique et appliquée, les sciences sociales *avec* la santé publique constitueront un fondement nécessaire.

CLARTÉ CONCEPTUELLE ET OPÉRATIONNELLE ENTOURANT LE BIEN-ÊTRE

Un dernier point essentiel concerne le concept de bien-être en soi, notamment : 1) ce qu'il est et la façon de le mesurer ; 2) son lien avec la santé (un concept contesté en soi) ; et 3) les personnes qui sont, ou devraient être, responsables de diriger les activités stratégiques sous-jacentes à un programme de bien-être. Cette dernière question englobe le ou les rôles à jouer et les implications pour le secteur de la santé publique. Les sections suivantes portent sur ces trois questions.

La nature contestée du bien-être et sa mesure

Nombre de travaux universitaires portent sur la conceptualisation et la mesure du bien-être et des concepts connexes (p. ex., le bonheur, la satisfaction à l'égard de la vie, la qualité de vie). Ces ouvrages comprennent les travaux du Global Happiness Council (GHC), qui plaide depuis longtemps pour faire du bonheur le principal objectif des politiques publiques, en se fondant sur des mesures du bien-être émotionnel, de la satisfaction dans la vie, de la raison d'être et des relations saines (GHC, 2019 ; voir aussi Barrington-Leigh, 2020). Du point de vue de la budgétisation bien-être, l'idée est que les décisions du gouvernement, y compris l'affectation des fonds publics, seraient guidées par la volonté qu'elles contribuent à l'amélioration de ces mesures et, le cas échéant, le degré auquel elles y contribuent. À l'appui d'une telle approche, ces travaux ont permis de déterminer, par exemple, que les pays ayant les plus hauts niveaux de bonheur, définis à l'aide des mesures ci-dessus, sont également ceux qui font des progrès vers des objectifs importants comme des économies inclusives et équitables et la protection de l'environnement naturel (GHC, 2019).

Bien qu'un accent global sur le bonheur ou le bien-être puisse être attrayant compte tenu de son apparente simplicité, cette approche vient avec de potentiels inconvénients. Les concepts généraux de bonheur et de bien-être peuvent être définis et compris de nombreuses façons, et selon le contexte, ils peuvent revêtir des connotations individualistes, et même commerciales. Dans un contexte néolibéral caractérisé par la concurrence, l'individualisme et le consumérisme, les activités visant à promouvoir le bonheur ou le bien-être pourraient prendre la forme d'une obligation pour les individus de rechercher le bonheur (p. ex., par la pensée positive ou la pleine conscience) ou de l'acheter au privé (p. ex., auprès d'une industrie du « bien-être »). De telles activités détournent l'attention des iniquités structurelles persistantes (Carlisle et Hanlon, 2008).

En effet, l'accent mis sur le bien-être ou le bonheur peut renforcer des approches d'intervention en aval. À titre d'exemple, dans sa discussion sur les politiques visant à améliorer le bien-être, le Global Happiness Council parle de « programmes scolaires éprouvés pour favoriser l'acquisition de compétences et de vertus saines en matière de bien-être » chez les enfants (GHC, 2019, p. 5). Dans leur examen du bien-être psychologique et de ses répercussions sur la santé publique, Trudel-Fitzgerald et ses collaborateurs (2019) déterminent et recommandent plusieurs « interventions psychologiques positives au niveau de la personne » (p. ex., des activités au niveau de la personne pour accroître les expériences émotionnelles positives comme l'optimisme et la gratitude) parce qu'elles sont faciles à mettre en œuvre et pourraient être élargies pour améliorer le bien-être de la population.

Bien que ces rapports (GHC, 2019 ; Trudel-Fitzgerald *et al.*, 2019) reconnaissent également la nécessité de se pencher sur des facteurs socioéconomiques plus vastes, ils soulèvent des préoccupations selon lesquelles les efforts substantiels visant à remédier aux iniquités au chapitre de l'argent et du pouvoir (c.-à-d. les causes profondes du bien-être) pourraient être écartés par des approches plus simples en aval, comme le prédit la notion de « dérive vers les modes de vie » :

> *Le bien-être […] revêt un attrait politique considérable. […] Les politiques visant à promouvoir le bien-être de la population peuvent avoir une plus grande acceptabilité populaire et susciter une plus grande attractivité au scrutin par rapport aux politiques conçues autour d'une fiscalité progressive et d'une redistribution plus juste de la richesse dans la société. […] Étant donné que le concept pourrait éloigner les politiques publiques de la lutte contre les inégalités en santé, l'accent mis sur le bien-être émotionnel pourrait constituer une légère distraction, voire une menace sérieuse aux efforts visant à atteindre une plus grande équité en santé et une plus grande justice sociale (Carlisle et Hanlon, 2008, p. 266 ; voir aussi Grimes, 2019).*

Les membres des communautés de la santé publique doivent adopter une perspective critique pour être en mesure de repérer les circonstances dans lesquelles des interventions en aval sont présentées comme des approches de fond ou viables pour améliorer le bien-être, alors qu'en parallèle des pratiques néfastes, comme des budgets d'austérité, ont cours en arrière-plan.

Afin d'éviter certains de ces inconvénients, d'autres adoptent une approche multidimensionnelle en ce qui concerne la conceptualisation et la mesure du bien-être. Par exemple, pour orienter son budget bien-être, le Trésor de la Nouvelle-Zélande présente un tableau de bord illustrant son *Living Standards Framework Dashboard* (tableau de bord du cadre de référence du niveau de vie), qui comprend quatre formes de capital (naturel, humain, social, et financier ou matériel) et douze domaines de bien-être, selon ses représentations actuelles (p. ex., engagement civique et gouvernance ; identité culturelle ; environnement ; santé ; logement) (Government of New Zealand, 2019). Dans le contexte canadien, l'Indice canadien du mieux-être est un projet qui a émergé en raison du constat des répercussions négatives de la récession économique de 2008 sur le bien-être et l'égalité. Il vise à mieux saisir la qualité de vie globale en traitant les activités et les extrants bénéfiques (p. ex., air pur, santé) comme des biens, et les activités et les extrants néfastes (p. ex., pollution, surcharge de travail) comme des déficits (Indice canadien du mieux-être, s. d.).

Ces dernières approches peuvent aider à répondre à certaines critiques formulées à l'égard de mesures uniques de bien-être (p. ex., le bonheur), entre autres en ce qui a trait à leurs connotations individualistes, comme mentionné précédemment. Les inconvénients potentiels des approches multidimensionnelles élargies comprennent le manque de précision ou de cohérence nécessaire pour qu'elles puissent servir de guide clair pour l'élaboration de politiques publiques (Cairney et St Denny, 2020 ; voir aussi Cameron *et al.*, 2006).

Bien qu'il soit important de réfléchir soigneusement à la façon de conceptualiser et de mesurer le bien-être, il y a un risque à se concentrer sur les indicateurs à un point tel que le temps et les efforts sont disproportionnellement consacrés à la description et à la mesure du problème plutôt qu'à sa résolution (Bambra *et al.*, 2010). De plus, la mesure, les paramètres et l'utilisation des données sont également façonnés par le pouvoir, les politiques et le privilège, et une perspective critique s'avère essentielle pour décortiquer les forces politiques et historiques qui façonnent les données et leur utilisation.

En ce qui concerne la mesure, on pourrait faire valoir l'importante occasion d'accroître l'attention et le leadership entourant la disponibilité en temps réel de données désagrégées pour évaluer les questions d'équité. Il pourrait s'agir, par exemple, de veiller à ce que les données existantes dans les domaines de la santé (p. ex., le nombre de cas de COVID-19) et de l'économie (p. ex., les pertes d'emploi découlant des restrictions associées à la pandémie) puissent en temps opportun être désagrégées selon des axes importants comme la race ou l'origine ethnique, le genre et la capacité (p. ex., Block, 2021 ; Scott, 2021).

Comment la santé et le bien-être sont-ils liés?

Au-delà d'éviter de se concentrer excessivement sur les indicateurs se pose la question du lien entre le bien-être et la santé (un concept contesté en soi). En théorie, la santé et le bien-être vont de pair, dans une conception élargie de la santé comme celle adoptée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) il y a plus de 70 ans, et par la suite dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (WHO, 1946 ; OMS, 1986). De façon importante, une telle conceptualisation de la santé englobe la pensée en amont, contrairement à une conceptualisation biomédicale étroite, qui donne préséance aux facteurs pathophysiologiques tout en omettant souvent les processus sociaux.

En raison de cette définition élargie de la santé, certains membres des communautés de la santé publique peuvent avoir l'impression que le bien-être « nous appartient » en tant qu'experts en santé. Toutefois, dans la pratique, cette relation se heurte à de nombreux problèmes. La santé en tant que domaine de politique publique (p. ex., l'expression « politique de santé ») ne fait habituellement pas référence à la définition générale de la santé décrite ci-dessus ; elle fait plutôt référence à une définition qui porte principalement sur les soins médicaux et les hôpitaux. Cela reflète et perpétue une tendance très prononcée du public, des politiciens et des médias grand public à confondre la santé et les soins de santé, freinant l'adoption d'une conceptualisation de la santé publique qui englobe les déterminants sociaux de la santé (Hayes *et al.*, 2007 ; Kottke *et al.*, 2016 ; McLaren et Hennessy, 2020) et qui s'alignerait sur la budgétisation bien-être.

La confusion qui existe entre les concepts de santé et de soins de santé (et qui vient avec une définition de la « santé » distincte du bien-être) est évidente dans certaines études sur le bien-être. Par exemple, le *Global Happiness and Wellbeing Policy Report* (rapport mondial sur les politiques du bonheur et du bien-être) (GHC, 2019) aborde les soins de santé comme l'un des nombreux domaines politiques qui pourraient être guidés par une perspective axée sur le bien-être.

Dans l'ensemble, bien que certains membres des communautés de la santé publique considèrent que la santé et le bien-être sont étroitement liés, ce point de vue n'est pas largement partagé. Cela renvoie à la nécessité pour les membres des milieux de la santé publique de faire preuve d'humilité et d'éviter l'« impérialisme de la santé », c'est-à-dire la tendance dans le secteur de la santé à dominer ou à présumer qu'il y a des points de vue communs sur ce qu'est la « santé » et sur qui en est responsable (Harris *et al.*, 2012 ; Oneka *et al.*, 2017).

Qui est (ou pourrait être) responsable de la mise en œuvre d'un programme de bien-être?

Certaines études ont montré que les efforts intersectoriels (tels que la budgétisation bien-être) peuvent être compromis sous la gouvernance de la santé publique si, dans le contexte visé, le secteur de la santé publique adopte une orientation en aval et une définition biomédicale de la santé qui n'inclut pas aisément le bien-être et qui ne reconnaît pas l'importance des déterminants sociaux de la santé (Guglielmin *et al.*, 2018).

Une telle compréhension incite à intégrer le bien-être en tant que dimension indépendante pour guider la prise de décision (c.-à-d. une prise de décision non dirigée par le secteur de la santé publique). Un exemple nous vient du pays de Galles, où la loi sur le bien-être (*Well-being of Future Generations Act* [loi sur le bien-être des générations futures]) relève de la responsabilité de deux postes clés qui transcendent les domaines politiques existants, soit un commissaire aux générations futures (un nouveau poste) et le vérificateur général (Future Generations Commissioner for Wales, s. d.). Ce modèle est également cohérent avec les activités en cours au Canada où, selon les lettres de mandat de 2019 des ministères fédéraux, ce sont des ministères non liés à la santé (p. ex., Prospérité de la classe moyenne ; Finances) qui sont chargés d'étudier la budgétisation bien-être (Lucyk, 2020).

Conclusion

La présente note documentaire a abordé la budgétisation bien-être à partir d'une perspective critique en santé publique. Elle a défini et décortiqué à la fois la budgétisation bien-être et la santé publique afin de cerner de possibles alignements, puis de soulever certaines possibilités et certains défis pour les communautés de la santé publique, celles-ci étant définies largement de sorte à inclure les universitaires, les personnes qui pratiquent en première ligne et les activistes.

D'importants points de convergence existent entre les valeurs et les objectifs de la santé publique — pris dans le sens de champ de pratique appliquée et de recherche scientifique — et l'approche de budgétisation bien-être. Notamment, en raison de son orientation intersectorielle et de ses préoccupations à l'égard des inégalités et de la dégradation écologique découlant de conceptions étroites de la richesse et de la croissance, la budgétisation bien-être pourrait offrir une occasion importante de faire progresser les principes découlant d'une approche de Santé dans toutes les politiques, à savoir une orientation intersectorielle qui a comme principal objectif le bien-être et l'équité en santé. Cette occasion n'est pas qu'abstraite, elle fait l'objet de discussions actives au Canada (Lucyk, 2020 ; McLaren, 2020 ; Ministère des Finances Canada, 2021 ; Morrison et Lucyk, 2021).

Afin d'atteindre l'objectif fondamental qui sous-tend la budgétisation bien-être, c'est-à-dire celui de s'attaquer aux grands déterminants du bien-être et de l'équité en santé pour les générations actuelles et futures, il faut adopter une perspective critique en santé publique, au sein de laquelle tous les membres des communautés de la santé publique se sentent outillés pour véritablement s'engager en amont à l'égard des déterminants de la santé ainsi qu'à l'égard du pouvoir et des politiques qui les façonnent. Cela soulève également des questions difficiles, mais potentiellement libératrices, sur la façon dont nous pourrions élaborer une vision de la santé publique cohérente pour l'avenir.

Références

Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. (2008). *Compétences essentielles en santé publique au Canada, version 1.0.* Gouvernement du Canada. https://www.phac-aspc.gc.ca/php-psp/ccph-cesp/pdfs/cc-manual-fra090407.pdf

Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. (2020). *Du risque à la résilience : une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19. Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada 2020.* Gouvernement du Canada. https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/du-risque-resilience-approche-equite-covid-19.html

Association canadienne de santé publique [ACSP]. (2015). *Les changements globaux et la santé publique : qu'en est-il des déterminants écologiques de la santé?* https://www.cpha.ca/sites/default/files/assets/policy/edh-discussion_f.pdf

Association canadienne de santé publique [ACSP]. (2017). *La santé publique : un cadre conceptuel (2e éd.).* https://www.cpha.ca/fr/la-sante-publique-un-cadre-conceptuel

Association canadienne de santé publique [ACSP]. (s. d.). *Qu'est-ce que la santé publique?* https://www.cpha.ca/fr/quest-ce-que-la-sante-publique

Bambra, C., Gibson, M., Sowden, A., Wright, K., Whitehead, M. et Petticrew, M. (2010). Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: Evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology & Community Health, 64*, 284-291. http://dx.doi.org/10.1136/jech.2008.082743

Barrington-Leigh, C. (2020). *What would a pan-jurisdictional wellbeing-budgeting framework look like?* Note d'information. https://wellbeing.research.mcgill.ca/publications/Barrington-Leigh-POLICYBRIEF2020-panjurisdictional-SWB.pdf

Baugh Littlejohns, L., Smith, N. et Townend, L. (2019). Why public health matters today more than ever: The convergence of health and social policy. *Canadian Journal of Public Health, 110,* 275-278. https://doi.org/10.17269/s41997-018-0171-1

Baum, F. et Fisher, M. (2014). Why behavioural health promotion endures despite its failure to reduce health inequities. *Sociology of Health & Illness, 36*(2), 213-225. https://doi.org/10.1111/1467-9566.12112

Bell, K. et Green, J. (2014). Keeping a critical edge: Reflections on 25 years as a scholarly journal. *Critical Public Health, 25*(1), 1-3. https://doi.org/10.1080/09581596.2014.982879

Block, S. (2021, 14 janvier). *Racialized and Indigenous workers are bearing the brunt of pandemic job loss.* Canadian Centre for Policy Alternatives. https://behindthenumbers.ca/2021/01/14/racialized-and-indigenous-workers-pandemic-job-loss/

Bump, J.B., Baum, F., Sakornsin, M., Yates, R. et Hofman, K. (2021). Political economy of COVID-19: Extractive, regressive, competitive. *BMJ, 372*, n73. https://doi.org/10.1136/bmj.n73

Cairney, P. et St Denny, E. (2020). *Why isn't government policy more preventive?* Oxford University Press.

Cameron, E., Mathers, J. et Parry, J. (2006). « Health and well-being »: Questioning the use of health concepts in public health policy and practice. *Critical Public Health, 16*(4), 347-354. https://doi.org/10.1080/09581590601128166

Canadian Centre for Policy Alternatives [CCPA]. (s. d.). *Alternative federal budget.* https://www.policyalternatives.ca/projects/alternative-federal-budget

Canadian Centre for Policy Alternatives [CCPA]. (2020). *Alternative federal budget recovery plan*. https://www.policyalternatives.ca/publications/reports/alternative-federal-budget-recovery-plan

Canadian Network of Public Health Associations [CNPHA]. (2019). A collective voice for advancing public health: Why public health associations matter today. *Canadian Journal of Public Health, 110*(3), 335-339. https://doi.org/10.17269/s41997-019-00197-1

Carlisle, S. et Hanlon, P. (2008). Commentary: 'Well-being' as a focus for public health? A critique and defense. *Critical Public Health, 18*(3), 263-270. https://doi.org/10.1080/09581590802277358

Castrucci, B. C., Katz, R. J. et Kendall-Taylor, N. (2020, 8 octobre). Misunderstood: How public health's inability to communicate keeps communities unhealthy. *Health Affairs Blog.* https://www.healthaffairs.org/do/10.1377/hblog20201006.514216/full/

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé [CCNDS]. (2013). *L'équité en santé : parlons-en.* Université St. Francis-Xavier. https://nccdh.ca/images/uploads/comments/Lequite_en_sante_Parlons-en_2013.pdf

Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé [CCNPPS]. (s. d.-a). Projets – Santé dans toutes les politiques. https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/sante-dans-toutes-les-politiques/publications/

Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé [CCNPPS]. (s. d.-b). Projets – Évaluation d'impact sur la santé. https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/evaluation-dimpact-sur-la-sante/publications/

Commission des déterminants sociaux de la santé [CDSS]. (2008). *Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé.* Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé. Organisation mondiale de la Santé. https://www.who.int/fr/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1

Dasgupta, P. (2021). *The economics of biodiversity: The Dasgupta review*. Headline messages. HM Treasury. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/957629/Dasgupta_Review_-_Headline_Messages.pdf

De Leeuw, E., Clavier, C. et Breton, E. (2014). Health policy — Why research it and how: Health political science. *Health Research Policy and Systems, 12*(1), 1-11. https://doi.org/10.1186/1478-4505-12-55

Durand, M. et Exton, C. (2019). Adopting a well-being approach in central government: Policy mechanisms and practical tools. *Global Happiness and Well-being Policy Report 2019*, 140-162. Global Council for Happiness and Wellbeing (dir.). Sustainable Development Solutions Network. https://www.happinesscouncil.org/report/2019/

Dutton, D. J., Forest, P.-G., Kneebone, R. D. et Zwicker, J. D. (2018). Effect of provincial spending on social services and health care on health outcomes in Canada: An observational longitudinal study. *CMAJ, 190*(3), E66-E71. https://doi.org/10.1503/cmaj.17013

Fiset-Laniel, J., Guyon, A., Perrault, R. et Strumpf, E. D. (2020). Public health investments: Neglect or willful omission? Historical trends in Quebec and implications for Canada [commentary]. *Canadian Journal of Public Health, 111*(3), 383-388. https://doi.org/10.17269/s41997-020-00342-1

Future Generations Commissioner for Wales. (s. d.). *Monitoring and assessing.* https://www.futuregenerations.wales/work/monitoring-and-assessing/

Global Happiness Council [GHC]. (2019). *Global happiness and wellbeing policy report 2019*. Sustainable Development Solutions Network. https://www.happinesscouncil.org/report/2019/

Gouvernement du Canada. (s. d.) *Prestation canadienne d'urgence (PCU) : fermée.* https://www.canada.ca/fr/services/prestations/ae/pcusc-application.html

Government of New Zealand. (2019). *Budget 2019: The wellbeing budget*. The Treasury. https://www.treasury.govt.nz/publications/wellbeing-budget/wellbeing-budget-2019

Grimes, A. (2019, 5 mai). New Zealand's well-being approach to budget is not new, but could shift major issues. *The Conversation*. https://theconversation.com/new-zealands-well-being-approach-to-budget-is-not-new-but-could-shift-major-issues-116296

Guglielmin, M., Muntaner, C., O'Campo, P. et Shankardass, K. (2018). A scoping review of the implementation of health in all policies at the local level. *Health Policy, 122,* 284-292. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.12.005

Guyon, A., Hancock, T., Kirk, M., MacDonald, M., Neudorf, C., Sutcliffe, P., Talbot, J., Watson-Creed, G. (2017). The weakening of public health: A threat to population health and health care system sustainability [Editorial]. *Canadian Journal of Public Health, 108*(1), e1–e6. https://doi.org/10.17269/CJPH.108.6143

Hancock, T. (1985). Beyond health care: From public health policy to healthy public policy. *Canadian Journal of Public Health, 76*(suppl. 1), 9-11. https://doi.org/10.1503/cmaj.171419

Hancock, T. (2020, 17 septembre). We must stop using taxpayers' money to fund pollution. *healthydebate Opinions*. https://healthydebate.ca/opinions/taxpayers-money-to-fund-pollution

Hancock, T., Kershaw, P., McLaren, L., MacDonald, J., Turner, S. et Jackson, S. F. (2020, 15 juin). There is much more to public health than COVID-19. *Healthydebate Opinions*. https://healthydebate.ca/opinions/more-to-public-health-than-covid

Harris, P. J., Kemp, L. A. et Sainsbury, P. (2012). The essential elements of health impact assessment and healthy public policy: A qualitative study of practitioner perspectives. *BMJ Open, 2,* e001245. http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001245

Harvey, M. (2021). The political economy of health: Revisiting its Marxian origins to address 21st century health inequalities. *American Journal of Public Health, 111*(2), 293-300. https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305996

Hayes, M., Ross, I. E., Gasher, M., Gutstein, D., Dunn, J. R. et Hackett, R. A. (2007). Telling stories: News media, health literacy and public policy in Canada. *Social Science & Medicine, 64*(9), 1842-1852. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.01.015

Himelfarb, A. (2020, 19 novembre). Don't panic. Debt can build a better world. *Alberta Views.* https://albertaviews.ca/dont-panic/

Himelfarb, A., Jackson, A. et Topp, B. (2020, 6 octobre). Current tax system won't pay for COVID recovery. *Policy Options*. Max Bell School of Public Policy. https://policyoptions.irpp.org/magazines/october-2020/current-tax-system-wont-pay-for-covid-recovery/

Indice canadien du mieux-être. (s. d.). *Notre mission et notre vision*. Université de Waterloo. https://uwaterloo.ca/indice-canadien-du-mieux-etre/node/29

Katz, A. S., Hardy, B.-J., Firestone, M., Lofters, A. et Morton-Ninomiya, M. E. (2020). Vagueness, power and public health: Use of 'vulnerable' in public health literature. *Critical Public Health, 30*(5), 601-611. https://doi.org/10.1080/09581596.2019.1656800

Kershaw, P. (2018). The need for health in all policies in Canada. *CMAJ, 190*(3), E64-E65. https://doi.org/10.1503/cmaj.171530

Kershaw, P. (2020). "Health in all policies" review of Canadian public finance. *Canadian Journal of Public Health*, *111*(1),8-20. https://doi.org/10.17269/s41997-019-00291-4

Kottke, T. E., Stiefel, M. et Pronk, N. P. (2016). « Well-being in all policies »: Promoting cross-sectoral collaboration to improve people's lives. *Preventing Chronic Disease: Public Health Research, Practice, and Policy, 13,* E52. https://www.cdc.gov/pcd/issues/2016/16_0155.htm

The Lancet. (2019). Health and climate change: Making the link matter [Editorial]. *Lancet, 394*(10211), 1780. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32756-4

The Lancet. (s. d.) *Lancet countdown on health and climate change*. https://www.lancetcountdown.org

Lawrence, P. (2001). *Advantage for whom? Declining family incomes in a growing Alberta economy.* Parkland Institute. https://www.parklandinstitute.ca/advantage_for_whom

Loxley, J. (2003). *Alternative budgets: Budgeting as if people mattered.* Black Point. Fernwood Publishing et Centre canadien de politiques alternatives.

Lucyk, K. (2020). Commentaire – Action intersectorielle sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé au Canada : examen des lettres de mandat du gouvernement fédéral de décembre 2019. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada, 40*(10), 314-323. https://doi.org/10.24095/hpcdp.40.10.03f

Lucyk, K. et McLaren, L. (2017). Commentaire – La « santé publique et des populations » au Canada va-t-elle à l'avenir s'unir ou se diviser? Réflexions de l'intérieur. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada, 37*(7), 223-228. https://doi.org/10.24095/hpcdp.37.7.03f

Macdonald, D. (2020, 28 septembre). 1,8 million Canadians better off with higher EI and CRB floor. *Behind the Numbers*, Canadian Centre for Policy Alternatives. https://behindthenumbers.ca/2020/09/28/1-8-million-canadians-better-off-with-a-higher-ei-and-crb-floor/

Macdonald, D. (2021, 4 janvier). *The Golden Cushion: CEO compensation in Canada.* Canadian Centre for Policy Alternatives. https://www.policyalternatives.ca/publications/reports/golden-cushion

Manuel, T. et Gilliam, F. D. Jr. (2008). *Framing healthy communities: Strategic communications and the social determinants of health.* Frameworks Institute. https://www.frameworksinstitute.org/publication/framing-healthy-communities-strategic-communications-and-the-social-determinants-of-health/

Masters, R., Anwar, E., Collins, B., Cookson, R. et Capewell, S. (2017). Return on investment of public health interventions: A systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health, 71*(8), 827-834. http://dx.doi.org/10.1136/jech-2016-208141

McLaren, L. (2019). In defense of a population-level approach to prevention: Why public health matters today. *Canadian Journal of Public Health, 110,* 279-284. https://doi.org/10.17269/s41997-019-00198-0

McLaren, L. (2020, 30 septembre). What does the federal throne speech mean for public health? *Behind the numbers*, Canadian Centre for Policy Alternatives. https://monitormag.ca/articles/what-does-the-federal-throne-speech-mean-for-public-health

McLaren, L. et Dutton, D. J. (2020). The social determinants of pandemic impact: An opportunity to rethink what we mean by "public health spending" [Editorial]. *Canadian Journal of Public Health, 111,* 451-453. https://doi.org/10.17269/s41997-020-00395-2

McLaren, L. et Hancock, T. (2019). Public health matters – but we need to make the case [Editorial]. *Canadian Journal of Public Health, 110,* 264-269. https://doi.org/10.17269/s41997-019-00218-z

McLaren, L. et Hennessy, T. (2020). A broader vision of public health. *The Monitor, 27*(5), 16-21. https://www.policyalternatives.ca/publications/monitor/broader-vision-public-health

McLaren, L., Masuda, J., Smylie, J. et Zarowsky, C. (2020). Unpacking vulnerability: Towards language that advances understanding and resolution of social inequities in public health [Editorial]. *Canadian Journal of Public Health, 111,* 1-3. https://doi.org/10.17269/s41997-019-00288-z

Ministère des Finances Canada. (2021). *Mesurer ce qui importe : vers une stratégie sur la qualité de vie pour le Canada.* Gouvernement du Canada. https://www.canada.ca/fr/ministere-finances/services/publications/mesurer-ce-qui-importe-vers-strategie-qualite-vie-canada.html

Morrison, V. et Lucyk, K. (2021). *Rebâtir en mieux : des budgets bien-être pour une relance post-COVID-19?* Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. https://ncchpp.wpengine.com/docs/2021-Sante-mentale-des-populations-Budgets-Bien-etre-Post-Covid-19.pdf

Moss, J. (2020, 9 février). What a 'well-being budget' could look like in Canada. *CBC News.* https://www.cbc.ca/news/canada/kitchener-waterloo/well-being-budgeting-happiness-1.5455821

Mykhalovskiy, E., Frohlich, K. L., Poland, B., Di Ruggiero, E., Rock, M. J. et Comer, L. (2019). Critical social science *with* public health: Agonism, critique and engagement. *Critical Public Health, 29*(5), 522-533. https://doi.org/10.1080/09581596.2018.1474174

Nixon, S. A. (2019). The coin model of privilege and critical allyship: Implications for health. *BMC Public Health, 19,* 1637. https://doi.org/10.1186/s12889-019-7884-9

Oneka, G., Shahidi, F. V., Muntaner, C., Bayoumi, A. M., Mahabir, D. F., Freiler, A., O'Campo, P. et Shankardass, K. (2017). A glossary of terms for understanding political aspects in the implementation of health in all policies (HiAP). *Journal of Epidemiology & Community Health, 71,* 835-838. https://doi.org/10.1136/jech-2016-207736

Organisation des Nations Unies [ONU]. (2020). *Schéma directeur des Nations Unies en matière de recherche pour le redressement post-pandémique : mettre à profit le pouvoir de la science pour un avenir plus équitable, résilient et durable*. https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/uncovid19researchroadmap_fr.pdf

Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]. (s. d.). *OECD data: Income inequality.* https://data.oecd.org/inequality/income-inequality.htm

Organisation mondiale de la Santé [OMS]. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.* https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

Pickett, K. E. et Wilkinson, R. G. (2018). Income inequality and health: A causal review. *Social Science & Medicine, 128,* 316-26. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.031

Plamondon, K. M., Bottorff, J. L., Caxaj, C. S. et Graham, I. D. (2020). The integration of evidence from the Commission on Social Determinants of Health in the field of health equity: A scoping review. *Critical Public Health, 30*(4), 415-428. https://doi.org/10.1080/09581596.2018.1551613

Potvin, L. (2014). Canadian public health under siege [Editorial]. *Canadian Journal of Public Health, 105*(6), e401-3. https://doi.org/10.17269/cjph.105.4960

Potvin, L. et Jones, C. M. (2011). Twenty-five years after the Ottawa Charter: The critical role of health promotion for public health. *Canadian Journal of Public Health, 102*(4), 244-248. https://doi.org/10.1007/BF03404041

Potvin, L. et Masuda, J. (2020). Climate change: A top priority for public health [Editorial]. *Canadian Journal of Public Health, 111*(6), 815-817. https://doi.org/10.17269/s41997-020-00447-7

Power, E., Belyea, S. et Collins, P. (2019). "It's not a food issue, it's an income issue": Using nutritious food basket costing for health equity advocacy. *Canadian Journal of Public Health, 110*(3), 294-302. https://doi.org/10.17269/s41997-019-00185-5

Raphael, D., Bryant, T., Mikkonen, J. et Raphael, A. (2020). *Social determinants of health: The Canadian facts* (2e éd., 2020). Ontario Tech University Faculty of Health Sciences and York University School of Health Policy and Management. https://www.thecanadianfacts.org=

Rozworski, M. (2020, 18 août). Massive public investment, not austerity, is the answer. *Policynote*. https://www.policynote.ca/investment-not-austerity/

Ruckert, A. et Labonté, R. (2017). Health inequities in the age of austerity: The need for social protection policies. *Social Science & Medicine, 187,* 306-311. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.029

Schrecker, T. (2021). What is critical about critical public health? Focus on health inequalities. *Critical Public Health*, https://doi.org/10.1080/09581596.2021.1905776

Scott, K. (2021, 15 mars). Women – the real economic shock absorbers in Canada's economy. *The Monitor*, Canadian Centre for Policy Alternatives. https://monitormag.ca/articles/women-the-real-economic-shock-absorbers-in-canadas-economy

Shankardass, K., Solar, O., Murphy, K., Greaves, L. et O'Campo, P. (2012). A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. *International Journal of Public Health, 57,* 25-33. https://doi.org/10.1007/s00038-011-0302-4/

Skinner, D. (2018). Challenges in public health pedagogy [Editorial]. *Critical Public Health, 29*(1), 1-4. https://doi.org/10.1080/09581596.2019.1538078

Smylie, J. (2015). Approaching reconciliation: Tips from the field [Editorial]. *Canadian Journal of Public Health, 106,* e261-e264. https://doi.org/10.17269/cjph.106.5262

Snyder, J., Cheff, R., Roche, B. (2016). Perceptions of the social determinants of health across Canada: An examination of the literature. Wellesley Institute. https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2016/12/Perceptions-of-SDOH-across-Canada-2.pdf

Stanford, J. (2008). *Economics for everyone: A short guide to the economics of capitalism.* Fernwood Publishing.

Stuckler, D. et Basu, S. (2013). *The body economic: Why austerity kills*. Basic Books.

Trudel-Fitzgerald, C., Millstein, R. A., von Hippel, C., Howe, C. J., Powers Tomasso, L., Wagner, G. R. et VanderWeels, T. J. (2019). Psychological well-being as part of the public health debate? Insight into dimensions, interventions, and policy. *BMC Public Health, 19,* 1712. https://doi.org/10.1186/s12889-019-8029-x

Wilkinson, R. G. et Pickett, K. (2009). *The spirit level: Why more equal societies almost always do better*. Allen Lane.

World Health Organization [WHO]. (1946). Constitution of the World Health Organization. *American Journal of Public Health, 36*(11), 1315-1323. https://doi.org/10.2105/ajph.36.11.1315

World Health Organization et Finland Ministry of Social Affairs and Health. (2014). Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action. https://apps.who.int/iris/handle/10665/112636

Budgétisation bien-être : une perspective critique en santé publique

Commentaire invité

2022

Auteure

Lindsay McLaren, Université de Calgary et Centre canadien de politiques alternatives

Avec la collaboration de

Val Morrison et Hélène Poliquin, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

Sous la coordination de

Olivier Bellefleur, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

Soutien à l'édition

Marianne Jacques et Mylène Maguire, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

Réviseures

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé et l'auteure tiennent à remercier Gaynor Watson Creed, Faculté de médecine, Université Dalhousie, et Candace Nykiforuk, Centre for Healthy Communities, Université de l'Alberta, pour leurs commentaires sur une version préliminaire du présent document.

Mise en page

Sophie Michel, Institut national de santé publique du Québec

Comment citer ce document

McLaren, L. (2022). *Budgétisation bien être : une perspective critique en santé publique.* [Commentaire invité]. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière provenant de l'Agence de la santé publique du Canada par l'intermédiaire du financement du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS). Le CCNPPS est hébergé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de la santé publique du Canada.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur les sites Web de l'INSPQ (www.inspq.qc.ca) et du CCNPPS (https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/).

An English version of this paper is also available on the National Collaborating Centre for Healthy Public Policy website at: https://ccnpps-ncchpp.ca and on the INSPQ website at: www.inspq.qc.ca/english.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Toutes les images de ce document ont été reproduites avec permissions ou conformément aux licences autorisant leur reproduction. En cas d'erreur ou d'omission, merci de nous en aviser au ccnpps@inspq.qc.ca.

Dépôt légal — 2e trimestre 2022
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-91721-2 (PDF anglais)
ISBN : 978-2-550-91720-5 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2022)

Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé
National Collaborating Centre for Healthy Public Policy

Institut national de santé publique Québec