



CIRANO

Allier savoir et décision

ACCROITRE LA COUVERTURE UNIVERSELLE DES SOINS DE SANTÉ? *L'OPINION DES QUÉBÉCOIS*

OLIVIER JACQUES
MARION PERROT
ALEXANDRE PRUD'HOMME
CAROLE VINCENT
ROXANE BORGÈS DA SILVA



RP

2025RP-23
RAPPORT DE PROJET

Les rapports de projet sont destinés plus spécifiquement aux partenaires et à un public informé. Ils ne sont ni écrits à des fins de publication dans des revues scientifiques ni destinés à un public spécialisé, mais constituent un médium d'échange entre le monde de la recherche et le monde de la pratique.

Project Reports are specifically targeted to our partners and an informed readership. They are not destined for publication in academic journals nor aimed at a specialized readership, but are rather conceived as a medium of exchange between the research and practice worlds.

Le CIRANO est un organisme sans but lucratif constitué en vertu de la Loi des compagnies du Québec. Le financement de son infrastructure et de ses activités de recherche provient des cotisations de ses organisations-membres, d'une subvention d'infrastructure du gouvernement du Québec, de même que des subventions et mandats obtenus par ses équipes de recherche.

CIRANO is a private non-profit organization incorporated under the Quebec Companies Act. Its infrastructure and research activities are funded through fees paid by member organizations, an infrastructure grant from the government of Quebec, and grants and research mandates obtained by its research teams.

Les partenaires du CIRANO – CIRANO Partners

Partenaires Corporatifs - Corporate Partners

Autorité des marchés financiers
Banque de développement du
Canada
Banque du Canada
Banque Nationale du Canada
Bell Canada
BMO Groupe financier
Caisse de dépôt et placement du
Québec
Énergir
Hydro-Québec
Intact Corporation Financière
Investissements PSP
Manuvie
Mouvement Desjardins
Power Corporation du Canada
Pratt & Whitney Canada
VIA Rail Canada

Partenaires gouvernementaux - Governmental partners

Ministère des Finances du Québec
Ministère de l'Économie, de
l'Innovation et de l'Énergie
Innovation, Sciences et
Développement Économique
Canada
Ville de Montréal

Partenaires universitaires - University Partners

École de technologie supérieure
École nationale d'administration
publique
de Montréal
HEC Montreal
Institut national de la recherche
scientifique
Polytechnique Montréal
Université Concordia
Université de Montréal
Université de Sherbrooke
Université du Québec
Université du Québec à Montréal
Université Laval
Université McGill

Le CIRANO collabore avec de nombreux centres et chaires de recherche universitaires dont on peut consulter la liste sur son site web.
CIRANO collaborates with many centers and university research chairs; list available on its website.

© Oct 2025. Olivier Jacques, Marion Perrot, Alexandre Prud'homme, Carole Vincent and Roxane Borgès Da Silva. Tous droits réservés.
All rights reserved. Reproduction partielle permise avec citation du document source, incluant la notice ©. Short sections may be quoted without explicit permission, if full credit, including © notice, is given to the source.

Les idées et les opinions émises dans cette publication sont sous l'unique responsabilité des auteurs et ne représentent pas les positions du CIRANO ou de ses partenaires.
The observations and viewpoints expressed in this publication are the sole responsibility of the authors; they do not represent the positions of CIRANO or its partners.

Accroître la couverture universelle des soins de santé? L'opinion des Québécois

Olivier Jacques*, Marion Perrot†, Alexandre Prud'homme‡, Carole Vincent§,
Roxane Borgès Da Silva**

Résumé/Abstract

Depuis la création du système de santé au Canada dans les années 1960, les soins à domicile, les soins dentaires et certains services fournis par d'autres professionnels, comme les optométristes, les physiothérapeutes et les psychologues sont généralement exclus des régimes publics. La Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ne prévoit qu'une couverture partielle de ces services pour certains groupes de personnes plus vulnérables. De nombreuses personnes doivent donc payer de leur poche pour obtenir ces services. Cette étude s'intéresse à la perception des Québécois quant à une extension de la couverture des soins et services de santé par le régime public d'assurance maladie visant à inclure les services non couverts par le régime actuel.

L'étude s'appuie sur les données d'un sondage inédit réalisé en mars 2025 auprès d'un échantillon regroupant 1000 répondants, représentatif de la population adulte résidant au Québec. Nous analysons le degré d'approbation envers une extension du régime public visant à inclure la couverture des soins fournis par les psychologues, mais aussi et à titre de comparaison, envers une extension visant à inclure la couverture des soins à domicile pour les personnes en perte d'autonomie, des soins dentaires et des soins fournis par les optométristes et les physiothérapeutes. On s'intéresse aussi à la volonté de payer davantage de taxes ou d'impôts pour élargir la couverture par le régime public.

Nos résultats suggèrent que l'appui à une couverture universelle des soins psychologiques est moins élevé que pour certains soins actuellement non couverts, mais plus élevé que pour d'autres. La couverture des soins à domicile pour les personnes en perte d'autonomie est celle qui reçoit la plus grande adhésion. Ceux-ci sont les seuls, avec les soins dentaires, pour lesquels une majorité de répondants se déclare prête à payer davantage de taxes ou d'impôts pour que ces soins soient couverts par le régime public.

Nos résultats montrent aussi que l'appui à un élargissement de la couverture des soins est lié à l'intérêt personnel et à des considérations idéologiques. Plus les gens perçoivent favorablement leur état de santé mentale, moins ils considèrent que les soins psychologiques devraient être priorités et privilégient alors l'optométrie et la physiothérapie. Les personnes qui ne bénéficient pas d'une assurance privée ou collective pour les soins offerts au privé sont plus favorables à une extension de la couverture du régime de santé visant à inclure ces services. Enfin, les personnes

* École de santé publique de l'Université de Montréal, CIRANO

† École de santé publique de l'Université de Montréal

‡ CIRANO

§ École de santé publique de l'Université de Montréal, CIRANO

** École de santé publique de l'Université de Montréal, CIRANO

ayant des opinions politiques plus à gauche tendent davantage à appuyer une extension de la couverture visant à inclure les services psychologiques. À l'inverse, plus une personne s'identifie à droite, moins elle est disposée à payer davantage pour un élargissement de la couverture universelle des soins.

Since the creation of Canada's health care system in the 1960s, home care, dental care, and certain services provided by other professionals—such as optometrists, physiotherapists, and psychologists—have generally been excluded from public plans. The Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) offers only partial coverage of these services for certain more vulnerable groups. As a result, many individuals must pay out of pocket to access them. This study examines Quebecers' perceptions of expanding public health insurance coverage to include services that are currently excluded from the public plan.

The study draws on data from a unique survey conducted in March 2025 with a sample of 1,000 respondents representative of the adult population living in Quebec. We analyze the level of support for extending the public plan to cover services provided by psychologists and, for comparison, for extending it to include home care for people experiencing loss of autonomy, dental care, and services provided by optometrists and physiotherapists. We also examine respondents' willingness to pay higher taxes or contributions to expand the scope of the public plan.

Our findings suggest that support for universal coverage of psychological services is lower than for some currently non-covered services, but higher than for others. Coverage for home care aimed at people with loss of autonomy receives the strongest backing. Home care and dental care are the only services for which a majority of respondents express a willingness to pay higher taxes or contributions so that these services may be included under the public plan.

Our results also show that support for expanding coverage is linked to both self-interest and ideological considerations. The more positively individuals perceive their own mental health, the less they believe psychological services should be prioritized, tending instead to favor optometry and physiotherapy. Individuals who lack private or group insurance for privately offered services are more likely to support an expansion of the public health insurance plan to include these services. Finally, those with more left-leaning political views are more inclined to support extending coverage to include psychological services. Conversely, the more individuals identify with right-leaning political orientations, the less willing they are to pay more to broaden universal health care coverage.

Mots-clés/Keywords : couverture universelle; soins de psychologie; priorités en santé; volonté de payer; Québec / universal coverage; psychological care; health priorities; willingness to pay; Quebec

Codes JEL/JEL Codes : C83, I13, I18, H20, H51

Pour citer ce document / To quote this document

Jacques, O., Perrot, M., Prud'homme, A., Vincent, C., & Borgès Da Silva, R. (2025). Accroître la couverture universelle des soins de santé ? L'opinion des Québécois (2025RP-23, Perspectives (2020-2021), CIRANO.) <https://doi.org/10.54932/VYZJ3114>

1. Introduction	2
2. Objectifs de recherche	2
3. Enquête CIRANO 2025 sur les perceptions en matière de santé	4
4. Analyses descriptives.....	6
5. Analyses de régressions.....	16
6. Discussion et conclusion	23
Références.....	25
Annexe 1. Questionnaire.....	27

1. Introduction

Au Québec, comme dans d'autres provinces, le régime public d'assurance maladie fournit une couverture universelle des besoins pour un large éventail de soins et de services considérés comme « médicalement nécessaires ». Depuis la création du système de santé au Canada dans les années 1960, certains services n'ont jamais été jugés comme « médicalement nécessaires » et sont donc exclus de la couverture publique. C'est le cas des soins à domicile pour les personnes en perte d'autonomie, des soins dentaires et des services fournis par les optométristes, les physiothérapeutes et les psychologues (Martin et al., 2018). La Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ne prévoit qu'une couverture partielle de ces services qui se limite généralement à certains groupes de personnes plus vulnérables, comme les personnes âgées, les enfants ou les bénéficiaires de l'aide sociale.

De nombreuses personnes doivent donc payer de leur poche ou souscrire à une assurance privée complémentaire pour couvrir ces services. Or, au Québec, 40 % des travailleuses et travailleurs n'ont pas accès à une assurance complémentaire offerte par leur employeur (Lovei, 2025). Ces personnes sont plus susceptibles d'être des femmes, des jeunes et des personnes à faible revenu, de sorte que l'absence de couverture publique de ces soins participe aux inégalités liées aux déterminants sociaux de la santé (Martin et al., 2018).

Dans cette étude, nous nous intéressons aux perceptions quant à l'élargissement de la couverture des soins et services de santé par le régime public d'assurance maladie en nous basant sur un sondage réalisé en mars 2025 auprès de 1000 personnes. Plus particulièrement, nous analysons le degré d'approbation envers une extension du régime public visant à inclure la couverture des soins fournis par les psychologues, mais aussi et à titre de comparaison, envers une extension visant à inclure la couverture des soins à domicile pour les personnes en perte d'autonomie, des soins dentaires et des soins fournis par les optométristes et les physiothérapeutes. On s'intéresse aussi à la volonté de payer davantage de taxes ou d'impôts pour élargir la couverture par le régime public.

2. Objectifs de recherche

Notre étude est guidée par la recherche scientifique sur les déterminants des préférences en matière de politique de santé. La recherche comparative sur l'État-providence suggère que les individus préfèrent des bonifications de programmes dont ils bénéficient directement au détriment d'autres (Naumann, 2018 ; Pierson, 2001). Des études offrent un appui à la notion suggérant que l'intérêt personnel façonne les préférences. Par exemple, les personnes ayant des besoins de santé plus importants, en particulier les personnes âgées et celles en mauvaise santé, devraient être plus susceptibles d'appuyer une amélioration de la couverture publique (Busemeyer, 2023 ; Ramji et Quiñonez, 2012). Ce serait le cas aussi pour les femmes, dans la mesure où elles rapportent plus souvent des troubles de santé mentale (Otten et al., 2021).

D'autres études ont montré que le financement privé des politiques sociales façonne l'opinion publique (Busemeyer et Iversen, 2020 ; Lindh, 2015 ; Popic et Moise, 2025). Seules quelques études ont examiné les liens entre l'accès à une assurance privée complémentaire et les préférences pour une extension de la couverture publique pour les mêmes services. Des études menées au Royaume-Uni et en Espagne ont montré que la couverture par une assurance privée est associée à un moindre soutien aux dépenses publiques de santé (Hall et Preston, 1998). Aussi, la couverture par une assurance privée est associée à un appui moindre à l'idée que le système public de santé « doit changer » (Costa-Font et Jofre-Bonet, 2008), mais d'autres recherches n'ont pas trouvé de lien significatif (Kullberg et al., 2022).

Certains auteurs se sont intéressés plus spécifiquement aux soins de santé mentale. Des études ont révélé un soutien populaire relativement faible à la mise en place d'une assurance publique pour les soins de santé mentale (Sharac et al., 2010), notamment en raison de la prévalence de la stigmatisation à l'égard des personnes atteintes de troubles de santé mentale (Stone et McGinty, 2018). La stigmatisation est depuis longtemps reconnue comme un obstacle important à la conception et à la mise en œuvre de services de soins de santé mentale efficaces (Perera, 2025). Elle opère à la fois au niveau interpersonnel et au niveau structurel, marginalisant les personnes atteintes de troubles de santé mentale et minimisant leurs besoins en matière de politiques de santé (Eaton et Hunt, 2024). La stigmatisation est associée à un appui plus faible à l'investissement public dans les soins de santé mentale aux États-Unis (McSween, 2002). La notion de mérite (ou *deservingness* en anglais) peut influencer l'appui à une couverture élargie des soins de santé mentale, selon que la personne concernée est perçue comme plus ou moins « méritante » ou comme ayant un contrôle plus ou moins élevé sur sa condition (Jensen et Petersen, 2017).

Enfin, l'orientation politique peut jouer un rôle dans le soutien aux dépenses de santé supplémentaires. Plus précisément, les individus de gauche appuient les hausses d'impôts comme moyen de financer des services plus étendus, alors que ceux de droite tendent à privilégier une offre publique plus limitée (Burlacu et Roescu, 2021 ; Missinne et al., 2013). En général, les personnes de gauche sont nettement plus tolérantes à l'égard du poids de la fiscalité (Jacques, 2023 ; Stantcheva, 2021).

Ces fondements théoriques nous amènent à formuler trois objectifs de recherche :

Objectif 1 : Comparer le soutien apporté par la population à la couverture universelle des soins psychologiques par rapport au soutien qu'elle apporte à la couverture universelle d'autres soins et services actuellement non couverts par le régime public

Objectif 2 : Identifier les facteurs associés au soutien pour une extension de la couverture de santé visant à inclure les services psychologiques et d'autres soins et services actuellement non couverts

Objectif 3 : Examiner dans quelle mesure la perception du contrôle individuel sur la santé mentale influence le soutien à une extension de la couverture de santé visant à inclure les services psychologiques et d'autres soins et services actuellement non couverts

Bien que ces objectifs portent principalement sur les soins psychologiques, nos analyses portent aussi sur l'opinion des répondants quant à l'extension de la couverture de l'assurance maladie aux autres soins et services, à savoir les soins à domicile pour les personnes en perte d'autonomie, les soins dentaires et les soins fournis par les physiothérapeutes et les optométristes.

3. Enquête CIRANO 2025 sur les perceptions en matière de santé

Nos analyses s'appuient sur les données d'une enquête visant l'ensemble de la population adulte (18 ans et plus) résidant au Québec¹. La collecte de données a été réalisée du 12 au 19 mars 2025 par la firme Léger via le panel en ligne LEO. Ce panel est constitué de 24 762 personnes qui ont reçu une invitation à participer à l'étude, par l'application LEO ou par courriel. Sur ce nombre, 1 736 personnes ont accédé au questionnaire. Parmi celles-ci, 45 personnes ont formellement indiqué leur refus de participer à l'étude et 691 n'ont pas rempli le questionnaire. Un coefficient de pondération a été calculé par la firme Léger afin que l'échantillon soit représentatif de la population québécoise selon le genre, l'âge, le niveau de scolarité, la région de résidence, la langue maternelle et la présence ou non d'enfants de moins de 18 ans dans le ménage. L'objectif de recruter 1 000 répondants a été atteint en cinq jours de collecte.

Le questionnaire en ligne était offert en français ou en anglais, au choix du répondant. Ce questionnaire couvrait trois thèmes : 1) la couverture universelle des soins ; 2) l'affiliation organisationnelle aux services de première ligne ; 3) les besoins non comblés en matière de soins de santé. La durée moyenne pour remplir le questionnaire a été de 10 minutes. La présente étude porte sur le premier thème seulement. Le questionnaire est inclus en annexe.

Le questionnaire débutait par une série de questions sur le profil sociodémographique des répondants, soit le sexe, l'âge, la langue maternelle, le niveau de scolarité, le revenu et la taille du ménage, la région de résidence, ainsi que des questions sur leur état de santé, incluant une auto-évaluation de leur état de santé physique et mentale et la présence de maladies chroniques.

Le tableau 1 présente la distribution des répondants selon un sous-ensemble de cinq caractéristiques sociodémographiques. Pour toutes les variables sociodémographiques, les « refus » ont été codés comme « données manquantes » et ont donc été retirés de nos analyses.

¹ Cette enquête a été réalisée dans le cadre d'une étude de cas du projet Baromètre CIRANO 2025, qui sonde les Québécois sur leur perception des risques sur des enjeux de société et inclut plusieurs études de cas spécifiques. Une étude de cas correspond à une enquête auprès de la population sur un sujet approfondi en lien avec une question particulière que l'on souhaite explorer plus en détail. Un certificat d'éthique a été obtenu pour la réalisation de l'édition 2025 du Baromètre CIRANO.

Tableau 1. Distribution des répondants selon différentes caractéristiques sociodémographiques

<i>(n = 1000) données pondérées</i>		n	%
Sexe	Masculin	483	48,3
	Féminin	510	51,0
	Autre	2	0,2
	Refus	5	0,5
Groupe d'âge	18-24 ans	92	9,2
	25-34 ans	155	15,5
	35-44 ans	164	16,4
	45-54 ans	152	15,2
	55-64 ans	181	18,1
	65-74 ans	132	13,2
	75 ans ou plus	120	12,0
	Refus	4	0,4
Niveau de scolarité	Secondaire ou moins	298	29,8
	Collégial	413	41,3
	Universitaire (1 ^{er} cycle)	191	19,1
	Universitaire (2 ^e ou 3 ^e cycle)	92	9,2
	Refus	6	0,6
Revenu annuel brut du ménage	Moins de 20 000 \$	56	5,6
	De 20 000 \$ à 39 999 \$	137	13,7
	De 40 000 \$ à 59 999 \$	144	14,4
	De 60 000 \$ à 79 999 \$	131	13,1
	De 80 000 \$ à 99 999 \$	125	12,5
	De 100 000 \$ à 119 999 \$	108	10,8
	De 120 000 \$ à 139 999 \$	48	4,8
	De 140 000 \$ à 159 999 \$	50	5,0
	De 160 000 \$ à 179 999 \$	38	3,8
	De 180 000 \$ à 199 999 \$	28	2,8
	200 000 \$ ou plus	48	4,8
	Refus	87	8,7
Taille du ménage	1 personne	260	26,0
	2 personnes	412	41,2
	3 personnes	156	15,6
	4 personnes	110	11,0
	5 personnes ou plus	53	5,3
	Refus	9	0,9

4. Analyses descriptives

Le premier objectif de notre étude est le suivant :

Objectif 1 : Comparer le soutien apporté par la population à la couverture universelle des soins psychologiques par rapport au soutien qu'elle apporte à la couverture universelle d'autres soins et services actuellement non couverts par le régime public

Pour répondre à cet objectif, nous avons mené des analyses descriptives de la distribution des réponses aux questions d'intérêt. Nos principales variables d'intérêt sont (1) le soutien à l'extension de la couverture de santé visant à inclure les soins psychologiques et d'autres soins non couverts (2) la volonté de payer davantage de taxes ou d'impôts pour financer l'extension de la couverture de santé visant à inclure les soins psychologiques et d'autres soins. Nous avançons l'hypothèse suivante :

- Hypothèse 1 : L'appui des personnes à une couverture universelle des soins psychologiques est plus faible que pour d'autres soins non couverts par le régime actuel.

Le soutien à une extension de la couverture des soins et services par le régime public est mesuré indirectement à partir de la question suivante :

« Si le gouvernement du Québec envisageait d'augmenter le financement pour certains services de santé, quels sont les services qui, à votre avis, devraient bénéficier d'un soutien financier plus important ? Veuillez attribuer un maximum de 100 points aux options suivantes : les services de psychologues, les services d'optométristes (incluant l'achat de lunettes), les services de physiothérapeutes, les soins dentaires et les soins à domicile pour les personnes en perte d'autonomie. Donnez plus de points aux services que vous considérez comme les plus importants et moins de points à ceux que vous considérez comme les moins importants ? »

Les répondants devaient attribuer des points pour chaque service. Les cinq soins et services mentionnés étaient présentés de manière aléatoire aux répondants qui devaient utiliser un curseur sur une échelle continue de 0 à 100 pour allouer un nombre de points à chaque option. Le nombre total de points alloués à l'ensemble des options ne devait pas dépasser 100. En limitant le total des points à 100, les répondants devaient faire des arbitrages et donc cette question reflète l'importance relative que les répondants accordent à différentes options dans un contexte de contraintes budgétaires fixes.

La figure 1 indique les moyennes de points attribués pour chacun des cinq services.

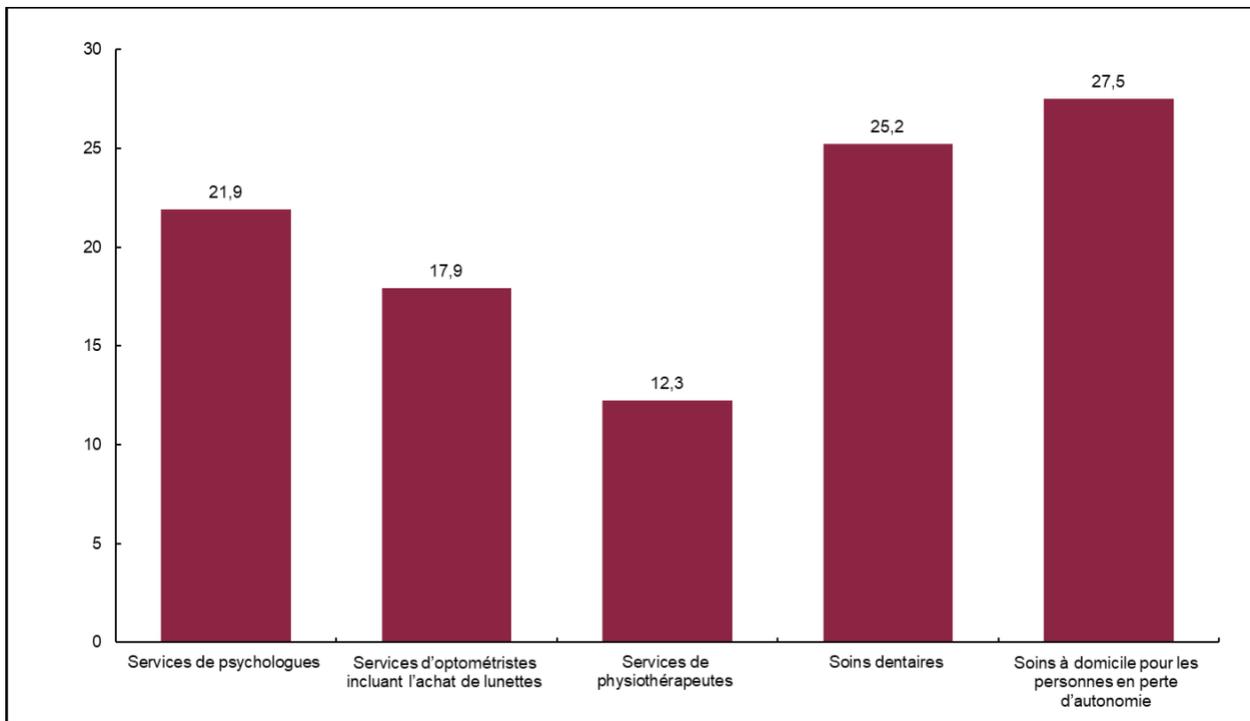


Figure 1. Points attribués en moyenne pour chaque type de services qui devraient bénéficier d'un soutien financier plus important de la part du gouvernement du Québec

Dans la répartition des points accordés à chacun des cinq soins, les services en psychologie se retrouvent au troisième rang. Ainsi, et en lien avec notre première hypothèse, on trouve que l'appui des personnes à une couverture universelle pour des soins psychologiques serait moins élevé que pour certains soins non couverts par le régime actuel, mais plus élevé que pour d'autres. Les soins à domicile pour les personnes en perte d'autonomie seraient les soins qui reçoivent la plus grande adhésion, puisqu'ils ont reçu en moyenne plus de points (27,5 points) comparativement aux quatre autres services. Suivent les services de soins dentaires (25,2 points), les services de psychologues (21,9 points), les services d'optométristes (17,9 points) et les services de physiothérapeutes (12,3 points).

La volonté de payer pour financer l'extension de la couverture de santé visant à inclure les soins psychologiques est mesurée directement à partir de la question suivante :

« Accepteriez-vous de payer plus de taxes ou d'impôts pour que des services de psychologues soient couverts par le gouvernement ? »

Les répondants pouvaient répondre « Oui », « Non » ou « Je ne sais pas ». Contrairement à la question précédente, cette question écarte l'enjeu d'une contrainte budgétaire fixe et permet aux répondants d'accorder plus de ressources au système de santé. La même question sur la volonté de payer a été posée pour les quatre autres services de santé non couverts par le régime actuel. Les résultats des distributions sont présentés à la figure 2.

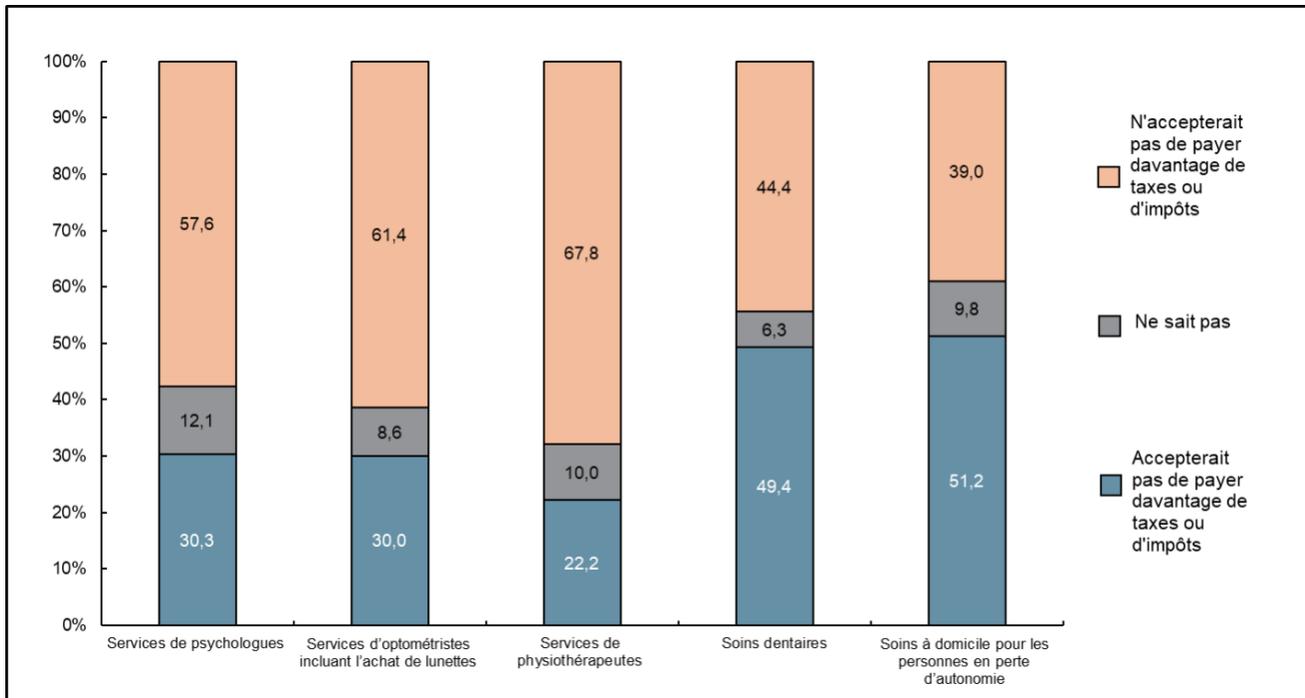


Figure 2. Proportion des répondants qui accepteraient de payer davantage de taxes ou d'impôts pour élargir la couverture aux divers soins et services de santé

Nos résultats concernant la volonté de payer font écho à ceux sur l'attribution des points et la priorisation entre les cinq services de santé. En effet, on constate que près de 60 % des participants ne sont pas favorables à l'idée de payer davantage de taxes ou d'impôts pour élargir la couverture aux services de psychologues. Seuls 30 % accepteraient de payer plus pour que ces services soient pris en charge par le régime public. Ces proportions sont semblables à celles qu'on observe concernant la volonté de payer davantage pour que les services d'optométrie soient couverts par le régime public. En revanche, la moitié des répondants accepteraient de payer davantage de taxes ou d'impôts pour que les soins à domiciles pour les personnes en perte d'autonomie (51 %) et les soins dentaires (49 %) soient couverts par le régime public. Les services de physiothérapie sont ceux qui reçoivent le moins d'appui (22 %).

À partir des enseignements tirés de la littérature, nous avons inclus une série de questions qui nous permettent d'examiner divers facteurs qui pourraient jouer un rôle dans les perceptions quant à un élargissement de la couverture des soins et services de santé par le régime public d'assurance maladie. Celles-ci incluent la capacité perçue de maîtriser les maladies mentales et physiques, la couverture par une assurance privée ou collective pour divers soins et services non couverts par le régime public et le positionnement politique « gauche-droite ».

La capacité perçue de maîtriser les maladies mentales ou les maladies physiques est mesurée à partir de la question suivante en deux volets :

« Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou en désaccord avec les énoncés suivants ?

- Les maladies mentales comme la dépression peuvent être évitées, car elles sont surtout liées au comportement et au mode de vie des personnes.
- Les maladies physiques comme le cancer peuvent être évitées, car elles sont surtout liées au comportement et au mode de vie des personnes. »

Les répondants pouvaient choisir parmi les options suivantes, selon une échelle de Likert : « Tout à fait d'accord », « Plutôt d'accord », « Ni d'accord ni en désaccord », « Plutôt en désaccord », « Tout à fait en désaccord » ou « Je ne sais pas » (codée comme donnée manquante). Cette question permet d'évaluer indirectement la stigmatisation envers les troubles de santé mentale en mesurant le degré de contrôlabilité des maladies mentales (Jensen et Petersen, 2017).

Comme le montre la figure 3, les répondants ont tendance à considérer que les personnes ont plus de contrôle sur les maladies mentales que sur les maladies physiques. Près de la moitié des répondants sont plutôt ou tout à fait en désaccord avec l'affirmation que les maladies mentales peuvent être évitées. En comparaison, ce sont les deux tiers des répondants qui sont plutôt ou tout à fait en désaccord avec l'affirmation que les maladies physiques peuvent être évitées. Vu sous un autre angle, 30 % sont plutôt ou tout à fait d'accord avec l'affirmation que les maladies mentales peuvent être évitées et seuls 18 % sont plutôt ou tout à fait d'accord avec l'affirmation que les maladies physiques peuvent être évitées.

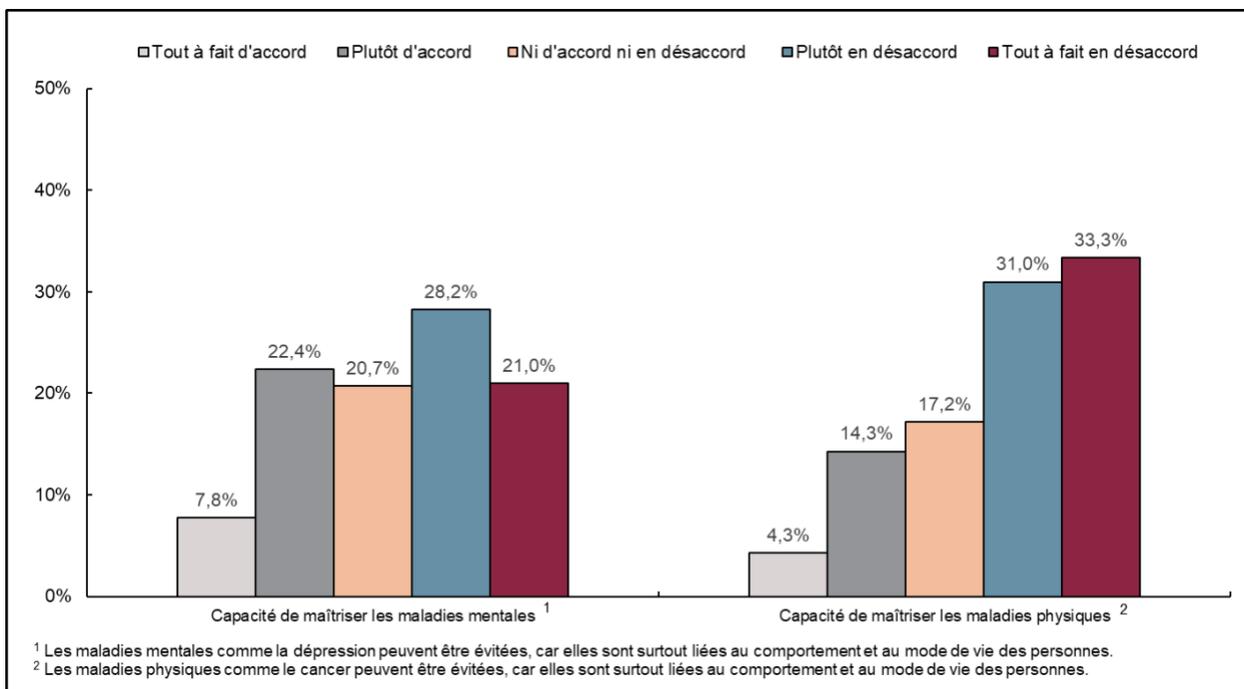


Figure 3. Distribution des répondants selon la capacité perçue de maîtriser les maladies mentales et les maladies physiques

Nous avons créé une variable de « contrôle relatif » qui correspond à la différence entre le contrôle perçu sur la santé mentale et celui sur la santé physique. Cette variable représente une mesure *inversée* de la stigmatisation de la maladie mentale : une valeur *positive* implique *moins* de stigmatisation de la maladie mentale par rapport à la maladie physique.

Pour la moitié des répondants, la perception de contrôle est équivalente (valeur égale à 0). Pour 35 % des répondants, la variable est négative, indiquant que le répondant pense que les personnes ont plus de contrôle sur la maladie mentale que sur la maladie physique. Pour 15 % des répondants, la valeur est positive, c'est-à-dire que les répondants pensent que les patients ont plus de contrôle sur la maladie physique que sur la maladie mentale. En moyenne, la variable de « contrôle relatif » est égale à -0,34.

Une autre considération qui pourrait jouer un rôle dans l'appui à une extension de la couverture des soins par le régime public d'assurance maladie est le fait d'être couvert ou non par une assurance privée ou collective pour divers soins et services offerts au privé. Nous avons posé la question suivante :

« Actuellement, êtes-vous couvert(e) par une assurance privée ou assurance collective offerte par votre employeur ? »

Les répondants pouvaient répondre « Oui », « Non » ou « Je ne sais pas ». Comme le montre la figure 4, 43,8 % des répondants ne disposent pas d'une assurance privée ou collective offerte par l'employeur. Ce pourcentage rejoint les 40 % des travailleuses et travailleurs à l'échelle du Québec qui n'ont pas accès à une assurance complémentaire offerte par leur employeur, selon les données de Statistique Canada (Lovei, 2025).

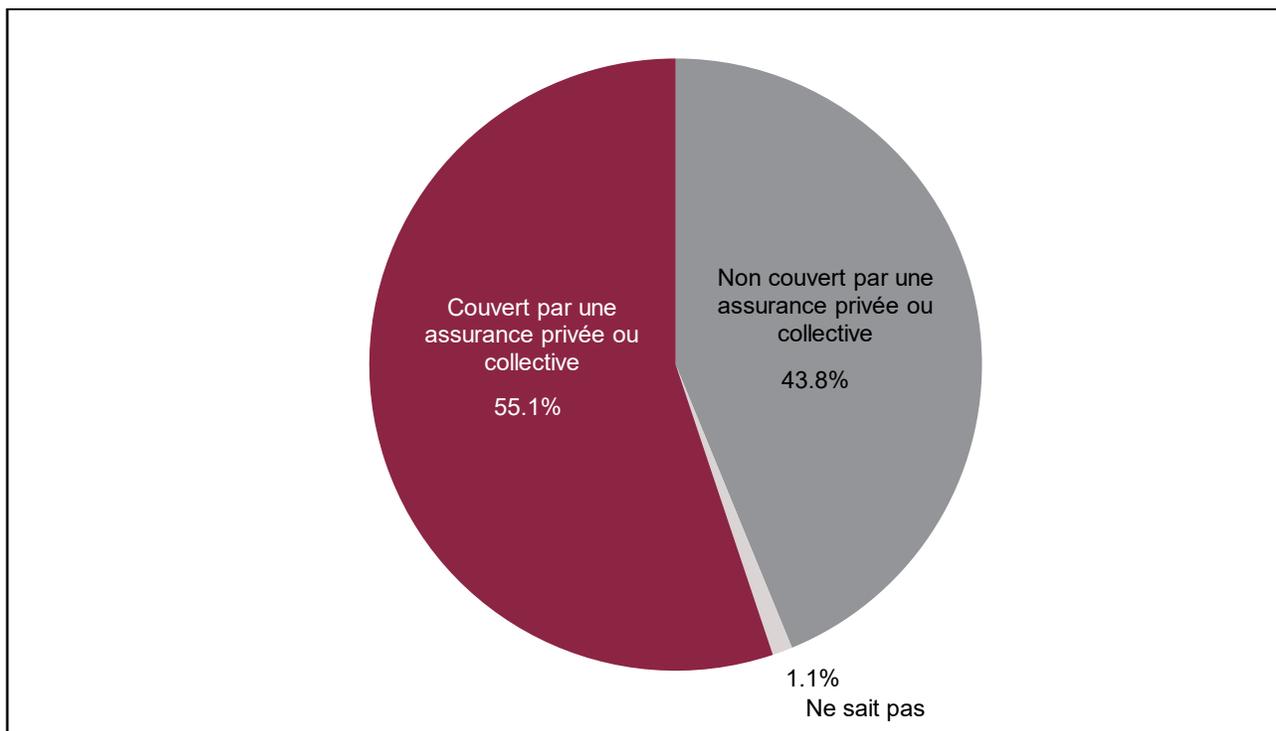


Figure 4. Proportion des répondants qui sont couverts par une assurance privée ou collective

Nous avons cherché à en savoir davantage sur les types de soins et services couverts par l'assurance et la mesure dans laquelle les services sont couverts. Si la personne interrogée avait indiqué être couverte par une assurance, plusieurs questions étaient ensuite posées sur le type de soins couverts et sur l'étendue de la couverture :

« Est-ce que cette assurance couvre... les soins dentaires ; les services de psychologues ; les services de physiothérapeutes ; les services d'optométristes ; les médicaments ? »

Les répondants pouvaient sélectionner les réponses : « Oui, l'assurance couvre tous les soins dont j'ai besoin », « Oui, mais l'assurance ne couvre pas tous les soins dont j'ai besoin », « Non, cette assurance ne couvre pas ce soin » et « Je ne sais pas ». Ici, nous avons inclus les médicaments, à titre de comparaison. Par contre, nous n'avons pas inclus les soins à domicile pour les personnes en perte d'autonomie, car ceux-ci sont très rarement couverts par les assurances privées.

Pour simplifier, nous avons recodé les réponses afin de créer trois catégories. La variable prend la valeur 0 ou « Non » si (a) le répondant n'a pas d'assurance ou si (b) son assurance ne couvre aucun des soins ou services mentionnés. La variable prend la valeur 1 ou « Oui partiellement » si (a) le répondant a une assurance pour les services mentionnés, mais que celle-ci ne couvre que partiellement les soins, (b) le répondant ne sait pas si son assurance couvre les services mentionnés, ce qui revient à considérer qu'il est assuré seulement partiellement, ou encore si (c) le répondant ne sait pas s'il a une assurance collective ou privée. Enfin, la variable prend la valeur 2 ou « Oui totalement » si le répondant a une assurance qui couvre totalement les soins mentionnés.

Les distributions des répondants selon la couverture de chacun des services sont présentées à la figure 5.

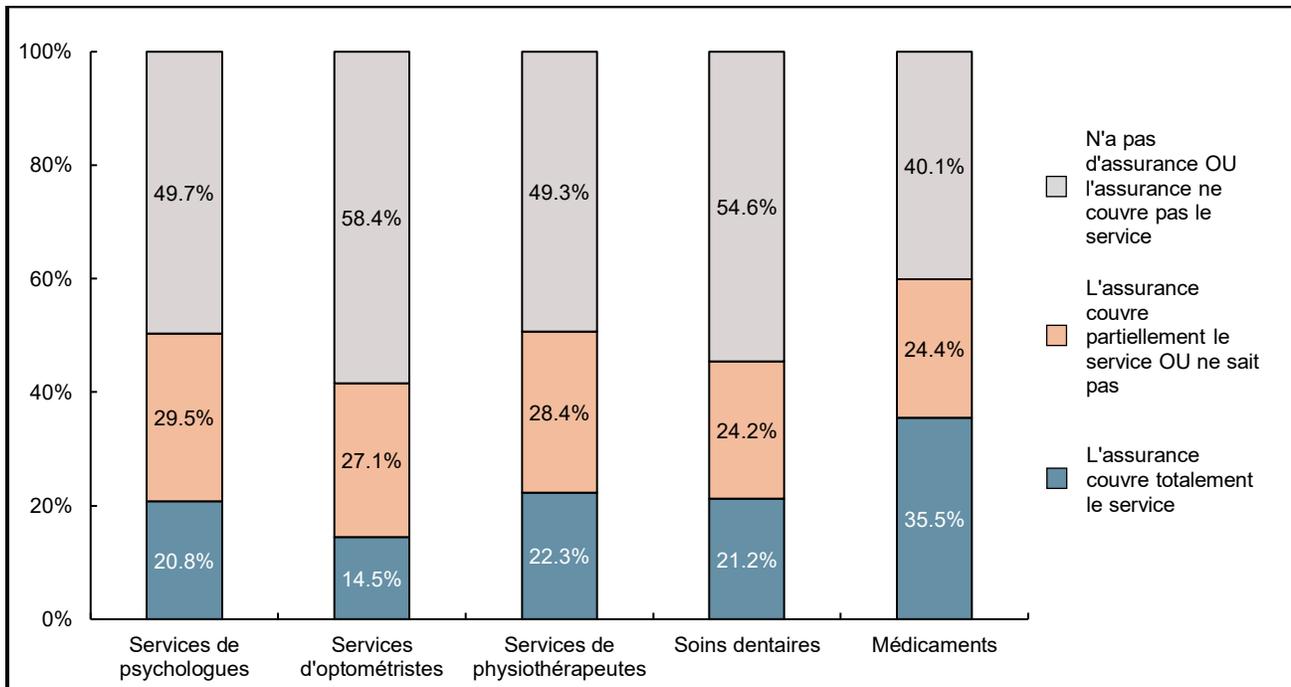


Figure 5. Distribution des répondants selon la couverture des différents services par une assurance privée ou collective

Parmi l'ensemble des soins et services mentionnés, ce sont les services fournis par les optométristes qui affichent le plus haut pourcentage de répondants déclarant ne pas avoir d'assurance privée ou collective (58,4 %) suivis des soins dentaires (54,6 %). La couverture des services de psychologues et de physiothérapeutes est assez similaire : 20,8 % ont une assurance qui couvre totalement les services de psychologues et 22,3 % ont une assurance qui couvre totalement les services de physiothérapeutes. En ce qui concerne les assurances qui ne couvrent que partiellement les soins, les pourcentages sont plus élevés pour les services de psychologues (29,5 %) et les services de physiothérapeutes (28,4 %).

Nous avons également sondé les répondants sur leur orientation politique. Ceux-ci devaient se situer sur une échelle allant de 0 à 10, 0 correspondant au positionnement le plus de gauche et 10 celui le plus à droite.

Le libellé de la question était le suivant :

« En matière de politique, on parle parfois de la “gauche” et de la “droite”. Comment vous situeriez-vous sur cette échelle, d’une manière générale ? »



Près de 17 % de l'échantillon ne connaissait pas son positionnement gauche-droite. Les répondants qui n'ont pas d'opinions politiques tranchées ont tendance à se positionner au centre (Iversen et Soskice, 2015). Afin de maximiser la taille de l'échantillon, nous avons choisi de coder les répondants qui ont répondu « Je ne sais pas » comme des personnes se situant au centre (5) de l'échelle gauche-droite.

Comme le montre la figure 6, la moitié (52 %) des répondants se positionnent au centre et plus du quart (27 %) se situent à gauche de l'échiquier politique.

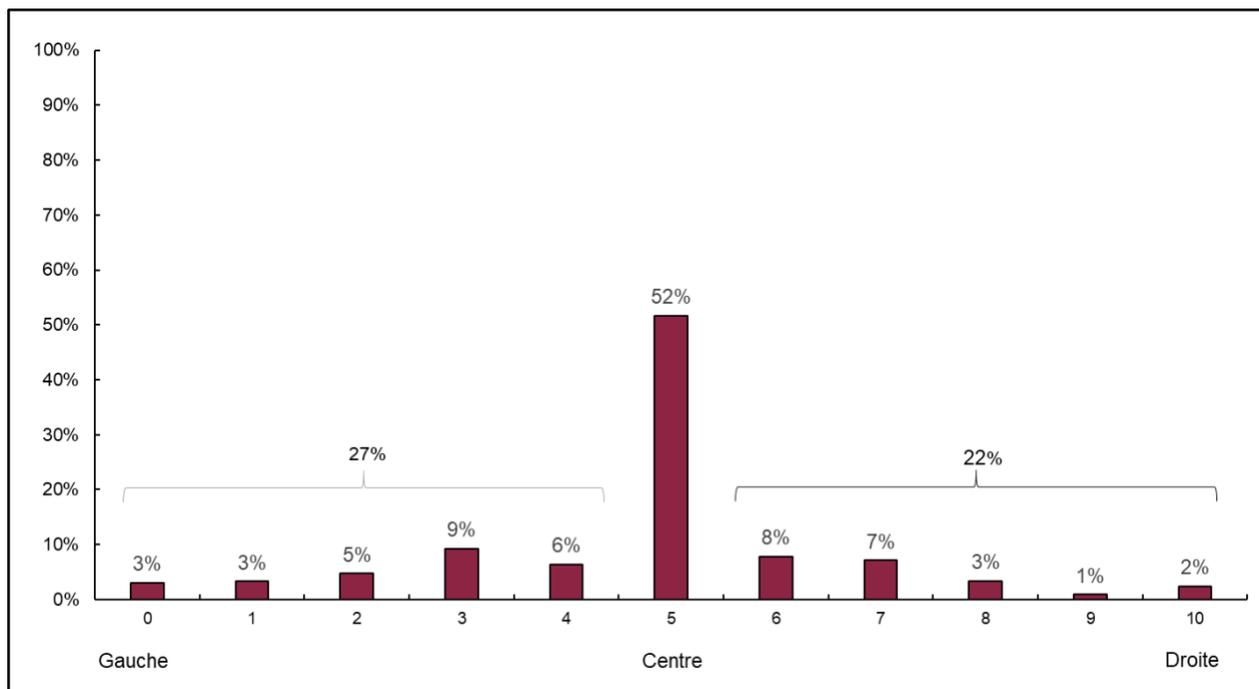


Figure 6. Distribution des réponses concernant l'orientation politique

Nous avons inclus les deux questions suivantes concernant l'état de santé des individus :

« En général, diriez-vous que votre santé physique est mauvaise, passable, bonne, très bonne, excellente ? »

« En général, diriez-vous que votre santé mentale est mauvaise, passable, bonne, très bonne, excellente ? »

Les répondants pouvaient indiquer la perception qu'ils ont de leur santé physique et de leur santé mentale en sélectionnant l'une des réponses pour chacune des deux questions. Les résultats sont présentés à la figure 7.

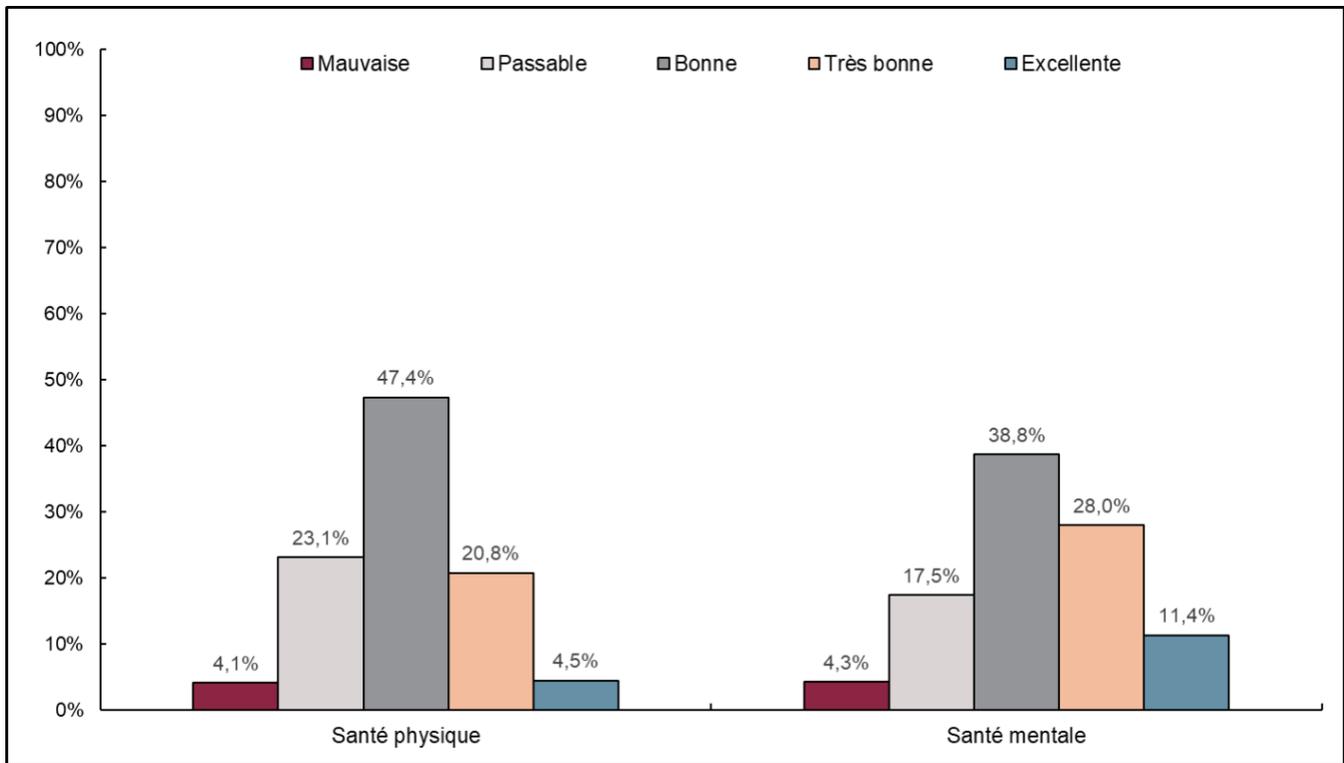


Figure 7. Distribution des répondants selon la perception de leur état de santé physique et mentale

Les répondants considèrent, en plus grande proportion, leur santé physique comme bonne (47,4 %) comparativement à leur santé mentale (38,8 %). Cependant, ils considèrent, en plus grande proportion, leur santé mentale comme excellente (11,4 %) comparativement à leur santé physique (4,5 %).

Deux questions additionnelles portaient sur les conditions de santé que le gouvernement devrait prioriser et les perceptions quant aux choix que le gouvernement devrait faire pour pallier la hausse prévisible des coûts des soins de santé. La première question permet d'identifier les priorités en matière de santé auxquelles le gouvernement devrait donner suite afin d'améliorer les services de santé selon l'avis du répondant.

« En supposant que le gouvernement puisse améliorer les services de santé, quelles sont les trois conditions de santé parmi les suivantes qui devraient être prioritaires ? : dépression et troubles anxieux ; dépendance (tabac, alcool et drogues) ; cancer ; diabète ; problèmes cardiaques ou respiratoires ; schizophrénie et troubles psychotiques.

Les participants devaient sélectionner un maximum de trois conditions de santé. Sur les six conditions proposées, trois concernaient des problèmes de santé mentale et trois autres concernaient des maladies physiques. Les répondants pouvaient aussi répondre « Je ne sais pas ».

Les réponses des répondants sont présentées à la figure 8.

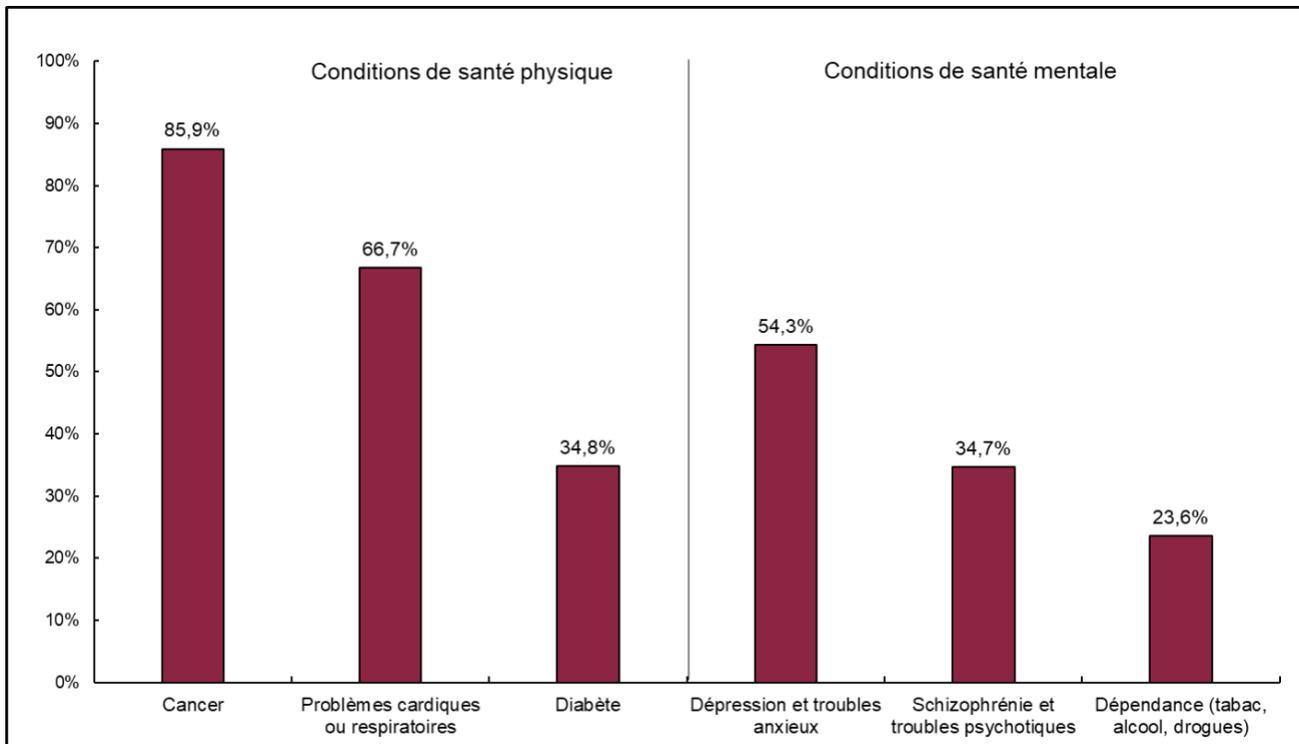


Figure 8. Proportion des répondants considérant que l'amélioration des services pour certaines conditions de santé devrait être prioritaire pour le gouvernement

Les services de santé en lien avec les cancers figurent en haut des priorités avec 85,9 % des répondants qui les ont placés parmi les trois conditions à prioriser. Les services de santé pour les problèmes cardiaques ou respiratoires suivent avec deux tiers (66,7 %) des répondants qui les ont placés parmi les trois conditions à prioriser. Un peu plus de la moitié des répondants (54,3 %) ont indiqué que le gouvernement devrait prioriser les services de santé améliorant la dépression et les troubles anxieux, et 35 % ont placé les soins du diabète ainsi que les soins de la schizophrénie et des autres troubles psychotiques parmi les trois conditions à prioriser. Les dépendances au tabac, à l'alcool ou aux drogues occupent le dernier rang.

Nous avons aussi demandé aux répondants leur opinion quant aux mesures à mettre en œuvre pour pallier l'augmentation potentielle des coûts des services de santé. La question était la suivante :

« Les coûts des soins de santé sont susceptibles d'augmenter à l'avenir en raison du vieillissement de la population et du coût des nouveaux traitements et médicaments. »

Laquelle des affirmations suivantes correspond le mieux à votre point de vue ?

- *Le gouvernement devrait augmenter de manière significative ses dépenses en matière de soins de santé pour couvrir ces coûts croissants.*
- *Le gouvernement devrait faire des choix et donc limiter la disponibilité de certains traitements ou médicaments.*
- *Le gouvernement devrait permettre au secteur privé de fournir certains services de soins de santé aux personnes qui ont les moyens de les payer. »*

Les répondants pouvaient aussi répondre « Je ne sais pas ».

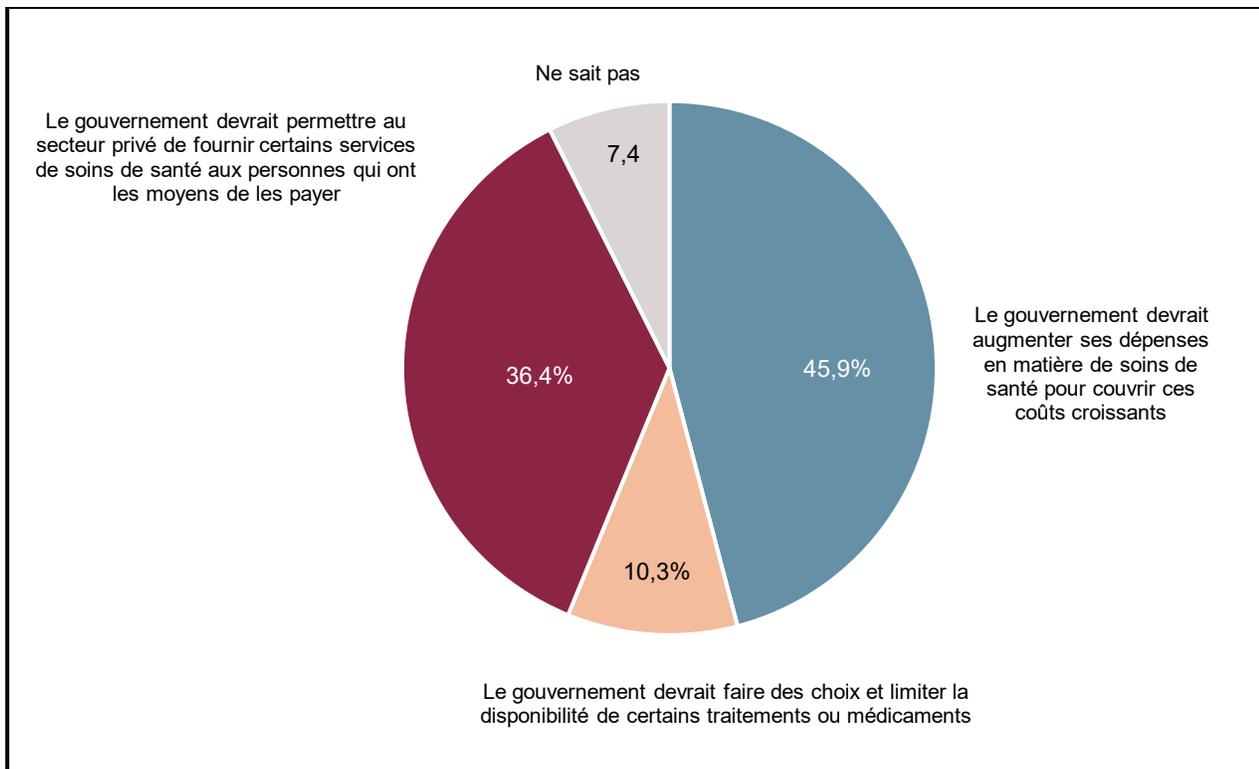


Figure 9. Distribution des répondants selon leur point de vue sur les réformes à mettre en œuvre pour pallier l'augmentation potentielle des coûts des services de santé

On observe que 46 % des répondants ont indiqué préférer que le gouvernement dépense plus, alors que 36 % appuient l'idée d'accorder une plus grande place au privé. Seuls 10 % des répondants préfèrent limiter la disponibilité de certains soins. Au Québec, ces chiffres révèlent un appui plus important à une privatisation des services et un appui moins important à une hausse des dépenses par rapport aux réponses obtenues en 2022 à cette même question dans le cadre du sondage de la *Confédération de demain* (Jacques et Chassé, 2025).

5. Analyses de régressions

Rappelons les objectifs 2 et 3 de notre étude :

Objectif 2 : Identifier les facteurs associés au soutien pour une extension de la couverture de santé visant à inclure les services psychologiques et d'autres soins et services actuellement non couverts

Objectif 3 : Examiner dans quelle mesure la perception du contrôle individuel sur la santé mentale influence le soutien à une extension de la couverture de santé visant à inclure les services psychologiques et d'autres soins et services actuellement non couverts

À ce sujet, nous formulons les hypothèses suivantes :

- Hypothèse H2 : Une plus grande perception de contrôle individuel sur la santé mentale est liée à un soutien moindre à une couverture universelle des soins psychologiques.
- Hypothèse H3 : L'appui à une couverture universelle des services non couverts par le régime public est plus fort chez les jeunes et chez les personnes se situant à gauche sur l'échiquier politique.

Les principales variables d'intérêt sont les mêmes que pour le premier objectif de l'étude à savoir (1) le soutien à l'extension de la couverture de santé visant à inclure les soins psychologiques et les autres soins non couverts (2) la volonté de payer davantage de taxes ou d'impôts pour financer l'extension de la couverture de santé visant à inclure les soins psychologiques et d'autres soins.

Afin d'identifier les facteurs associés aux variables d'intérêt, nous avons effectué une série de régressions en incluant les variables explicatives suivantes : l'âge, le sexe, l'éducation, le revenu en fonction de la taille du ménage, la région de résidence, l'orientation politique, l'auto-évaluation de la santé mentale, l'auto-évaluation de la santé physique, la perception du contrôle individuel sur les maladies mentales relativement à la perception du contrôle individuel sur les maladies physiques (ou contrôle relatif santé mentale/santé physique), et la couverture par une assurance privée ou collective. Les questions sur les conditions de santé que le gouvernement devrait prioriser et les perceptions quant aux choix que le gouvernement devrait faire pour pallier la hausse prévisible des coûts des soins de santé ne sont pas incluses puisqu'elles n'ont pas de lien avec nos questions de recherche.

Les groupes d'âge sont recodés sur une échelle continue de 0 à 6. Le revenu brut du ménage est mesuré en 11 tranches de 20 000 \$. Nous divisons le revenu du ménage par la racine carrée du nombre de membres du ménage en utilisant l'approche du point médian pour attribuer une valeur aux tranches de revenu (Donnelly et Pop-Eleches, 2018). Ceci permet de mesurer le revenu du ménage relativement au nombre de personnes dans le ménage. Le niveau de scolarité est présenté selon une échelle continue de 1 à 4 du plus bas au plus haut diplôme obtenu. La région de résidence comporte 17 catégories correspondant aux 17 régions administratives du Québec.

Afin de détecter de possibles problèmes de multicolinéarité, nous avons examiné les corrélations (Pearson) entre variables explicatives. Les calculs de corrélation nous ont permis d'observer les corrélations suivantes :

- Une corrélation modérément positive entre l'âge et l'auto-évaluation de la santé mentale (0,2731) suggérant que les personnes âgées déclarent en moyenne une meilleure santé mentale.

- Une corrélation forte et positive entre l'auto-évaluation de la santé mentale et l'auto-évaluation de la santé physique (0,4986), suggérant que les personnes qui se déclarent en bonne santé mentale tendent à se sentir aussi en bonne santé physique (et inversement).
- Une corrélation négative, mais modérée, entre l'orientation politique et la perception de contrôle relatif de la santé mentale (-0,1381), ce qui signifierait que les personnes plus à gauche ont tendance à penser que la santé mentale dépend moins du contrôle personnel.
- Une corrélation forte et positive (0,3629) entre le revenu et la couverture par une assurance signifiant que les personnes ayant un revenu plus élevé sont plus susceptibles d'être couvertes par une assurance privée ou collective.
- Enfin, une corrélation négative entre l'âge et la couverture par une assurance (-0,2193), signifiant que plus les personnes sont âgées, moins elles sont susceptibles d'être couvertes par une assurance privée ou collective.

Nous avons mené deux séries de régression. Dans un premier temps, nous avons effectué des régressions linéaires dans lesquelles la variable dépendante correspond au nombre de points attribués (sur un total de 100) aux cinq différents types de soins qui nous intéressent : psychologie ; optométrie ; physiothérapie ; soins dentaires ; soins à domicile aux personnes en perte d'autonomie. Nous utilisons le nombre de points alloués à chacune des cinq options comme une variable dépendante différente pour chacune des cinq régressions en utilisant les variables explicatives énumérées plus haut.

Les résultats de la première série de régressions sont présentés au Tableau 2. Il convient de spécifier que les coefficients sont des valeurs absolues et que les variables ont, pour la plupart, des unités et des échelles différentes.

Tableau 2. Facteurs associés aux types de services qui devraient bénéficier d'un soutien financier plus important de la part du gouvernement du Québec

VARIABLES	(1) Points accordés aux services de psychologie	(2) Points accordés aux services d'optométrie	(3) Points accordés aux services de physiothérapie	(4) Points accordés aux soins dentaires	(5) Points accordés aux soins à domicile
Âge	-2,174*** (0,331)	-0,0941 (0,262)	-0,205 (0,213)	-0,372 (0,347)	2,845*** (0,362)
Sexe	-2,912*** (1,104)	1,131 (0,877)	0,879 (0,699)	-0,413 (1,202)	1,316 (1,211)
Niveau d'éducation	-0,282 (0,455)	-0,161 (0,354)	0,526* (0,298)	-0,412 (0,484)	0,328 (0,517)
Revenu du ménage	2,98e-05* (1,61e-05)	-2,60e-05* (1,44e-05)	-3,13e-06 (9,73e-06)	-4,10e-05** (1,72e-05)	4,03e-05** (1,76e-05)
Région administrative	0,0376 (0,107)	-0,0751 (0,0858)	0,00238 (0,0688)	0,0337 (0,114)	0,00141 (0,117)
Orientation politique	-0,694** (0,303)	0,263 (0,267)	-0,00650 (0,216)	-0,0656 (0,336)	0,503 (0,336)
Stigmatisation santé mentale	1,412*** (0,482)	-0,595 (0,421)	-0,0231 (0,314)	-0,667 (0,504)	-0,127 (0,540)
Auto-évaluation santé mentale	-2,284*** (0,761)	1,170** (0,566)	0,841* (0,449)	-0,102 (0,787)	0,375 (0,728)
Auto-évaluation santé physique	0,407 (0,810)	-0,802 (0,570)	-0,985* (0,514)	0,372 (0,806)	1,009 (0,807)
Couverture par une assurance	3,216*** (1,206)	0,713 (0,960)	-0,532 (0,758)	-0,305 (1,387)	-3,092** (1,405)
Constantes	33,97*** (2,710)	15,67*** (2,039)	11,27*** (1,924)	28,23*** (2,533)	10,87*** (2,893)
Observations	943	943	943	943	943
R ²	0,133	0,020	0,011	0,014	0,098

Écarts-types robustes entre parenthèses

*** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1

L'orientation politique et la stigmatisation envers la santé mentale ressortent comme étant des facteurs significatifs pour les points attribués aux soins de psychologie, mais uniquement pour ce type de soins. Nous avons émis l'hypothèse selon laquelle les personnes qui pensent que les gens ont davantage de contrôle sur leur santé mentale que sur leur santé physique seraient moins enclines à soutenir une couverture universelle des soins psychologiques. Nous avons aussi émis l'hypothèse selon laquelle le soutien à une couverture universelle des services non couverts par le régime public serait plus élevé chez les personnes se situant à gauche sur l'échiquier politique.

Nos résultats semblent appuyer nos hypothèses. Le coefficient pour l'orientation politique est négatif et statistiquement significatif (p<0,05) : plus une personne s'identifie à droite sur l'échiquier politique, moins elle priorise les services de psychologie. Le coefficient pour la stigmatisation envers la santé mentale est positif et statistiquement significatif (p<0,01). Rappelons que notre variable de contrôle relatif est une mesure inversée de la stigmatisation de la maladie mentale : une valeur positive implique moins de stigmatisation de la maladie mentale par rapport à la maladie physique. Le coefficient s'interprète donc de la façon suivante : les répondants qui

considèrent que les personnes ont moins de contrôle sur leurs maladies mentales que sur leurs maladies physiques accordent plus de points aux services de psychologie.

Concernant l'auto-évaluation de la santé mentale, les coefficients sont statistiquement significatifs pour les points attribués aux soins de psychologues, d'optométristes et de physiothérapeutes, mais pas pour les deux autres types de soins. Rappelons que l'auto-évaluation de la santé, mentale ou physique, est mesurée sur une échelle de 1 à 5 allant de mauvaise à excellente. Un coefficient négatif pour les points attribués aux soins de psychologues suggère que plus les gens perçoivent favorablement leur état de santé mentale, plus ils considèrent les soins psychologiques comme des soins non prioritaires. En revanche, les coefficients positifs pour les points attribués aux soins d'optométrie et de physiothérapie suggèrent que plus les gens perçoivent favorablement leur état de santé mentale, plus ils priorisent l'optométrie et la physiothérapie. Pris sous un autre angle, plus les gens perçoivent négativement leur état de santé mentale, plus ils priorisent les soins psychologiques, aux dépens de l'optométrie et de la physiothérapie. Pour l'auto-évaluation de la santé physique, le coefficient de la variable est positif et statistiquement significatif seulement dans la régression sur les services de physiothérapie : plus les gens perçoivent favorablement leur état de santé physique, plus ils considèrent les soins de physiothérapie comme non prioritaires.

En ce qui concerne les variables sociodémographiques, certains résultats ressortent, mais essentiellement pour les points attribués aux soins de psychologie et ceux accordés aux soins à domicile pour les personnes en perte d'autonomie. Le coefficient pour l'âge est statistiquement significatif ($p < 0,01$) et négatif pour les points attribués aux soins de psychologie, et statistiquement significatif ($p < 0,01$) et positif pour les points attribués aux soins à domicile, comme on pouvait s'y attendre. Rappelons que les groupes d'âge sont codés sur une échelle continue de 0 à 6. Les coefficients s'interprètent de la façon suivante : une augmentation d'une unité de l'âge est associée à une diminution de 2,174 points attribués aux soins de psychologie et à une augmentation de 2,845 points attribués aux soins à domicile, toutes choses égales par ailleurs. Le coefficient pour le sexe est statistiquement significatif ($p < 0,01$), mais seulement pour les points attribués aux soins de psychologie. Les hommes accordent en moyenne 2,912 points de moins que les femmes à une couverture des soins de psychologie par le régime public. Afin d'avoir un ordre de grandeur, rappelons que les soins à domicile ont reçu une moyenne 27,4 points et les services de psychologues 21,9 points. Il ne semble pas y avoir de lien entre le revenu des répondants et les priorités qu'ils attribuent aux soins de santé que le régime public devrait couvrir. Les coefficients pour le revenu sont statistiquement significatifs pour toutes les régressions à l'exception de celle sur les services de physiothérapie, mais les écarts-types et les coefficients sont très petits.

Enfin, le coefficient pour la couverture par une assurance privée ou collective est statistiquement significatif, mais encore une fois seulement pour les points attribués aux soins de psychologie ($p < 0,01$) et ceux attribués aux soins à domicile pour les personnes en perte d'autonomie ($p < 0,05$). Les personnes couvertes par une assurance privée ou collective tendent à attribuer 3,216 points de plus aux services de psychologie et 3,092 points de moins aux services de soins à domicile. Ici, nous avons restreint la variable liée à la couverture par une assurance privée à une question plus globale, qui indiquait simplement si la personne était couverte ou non par une assurance privée ou collective. Cette décision s'explique par les corrélations trop élevées entre les sous-catégories de couverture, suggérant que les personnes bénéficiant d'une couverture pour un type de soin étaient souvent couvertes pour les autres soins également.

Nous avons ensuite effectué une deuxième série de cinq régressions, pour lesquelles la variable dépendante correspond cette fois-ci à la volonté de payer davantage de taxes ou d'impôts pour financer l'extension de la couverture visant à inclure les soins et services de santé actuellement non couverts par le régime public. Ici, les

répondants qui n'ont pas exprimé d'opinion sont codés comme données manquantes et donc les variables dépendantes sont des variables dichotomiques contrastant la *volonté* de payer et le *refus* de payer davantage de taxes ou d'impôts.

Nous avons estimé la probabilité de vouloir payer davantage de taxes ou d'impôts pour élargir la couverture de soins de santé à partir d'un modèle de régression logistique. Les résultats sont présentés au Tableau 3. Afin de faciliter l'interprétation des résultats de ce tableau, nous avons utilisé la commande « listcoef » pour exprimer les coefficients en termes de changements de probabilité standardisés. Cette commande permet d'indiquer dans quelle mesure la probabilité de déclarer vouloir payer davantage pour inclure un service *change* lorsque la variable explicative d'intérêt *augmente d'un écart-type*, toutes choses égales par ailleurs. Nous avons utilisé les mêmes variables que dans la série de régressions précédente excepté pour la couverture par une assurance privée ou collective. Ici, la couverture par une assurance est décomposée en huit variables pour chaque type de soins, à savoir les services de psychologues, de physiothérapeutes, d'optométristes et les soins dentaires, et selon que la couverture est totale ou partielle.

Un premier résultat saillant est que l'orientation politique a un effet statistiquement significatif et négatif dans tous les modèles : plus une personne s'identifie à droite, plus elle serait réticente à payer davantage de taxes ou d'impôts pour que les services offerts au privé soient couverts par le régime public. Les coefficients les plus élevés sont pour les soins dentaires (-0,208) et les services de psychologie (-0,194). Pour les services de psychologie, ceci signifie qu'une augmentation d'un écart-type de la variable sur l'orientation politique est associée à une diminution de 31,1 % de la probabilité de vouloir payer davantage de taxes ou d'impôts pour que ce service soit couvert par le régime public.

Autre résultat saillant : le coefficient pour la stigmatisation envers la santé mentale n'est statistiquement significatif dans aucun des cinq modèles. Ceci suggère que cette dimension ne joue pas un rôle important dans la volonté des répondants de contribuer davantage financièrement à un élargissement de la couverture pour les services mentionnés. Toutefois, lorsqu'on inclut dans les régressions la perception de contrôle sur la maladie mentale plutôt que la perception de contrôle sur la maladie mentale *relativement* à la perception de contrôle sur la maladie physique, on trouve un coefficient négatif et significatif concernant la volonté de payer davantage pour inclure les soins psychologiques dans la couverture du régime public (résultat non montré dans le Tableau 3).

Concernant l'auto-évaluation de la santé mentale, le coefficient est statistiquement significatif pour les soins de psychologues, mais il ne l'est pour aucun autre soin. Plus les gens perçoivent négativement leur état de santé mentale, plus la probabilité qu'ils acceptent de payer davantage de taxes ou d'impôts pour que les soins psychologiques soient couverts par le régime public est grande. Il ne semble pas y avoir de lien entre l'auto-évaluation de la santé physique et la volonté de payer pour élargir la couverture des soins.

En ce qui concerne les variables sociodémographiques, l'âge ressort comme un facteur important. Le coefficient pour l'âge est statistiquement significatif pour tous les services, sauf les services de physiothérapie. Plus une personne est âgée, plus elle aura tendance à vouloir contribuer davantage financièrement à un régime universel couvrant les soins à domicile pour les personnes en perte d'autonomie. L'interprétation du coefficient est comme suit : une augmentation d'un écart-type de la variable âge est associée à une augmentation de 46,6 % de la probabilité de vouloir payer davantage de taxes ou d'impôts pour que les soins à domicile soient couverts par le régime public. En revanche, plus une personne est âgée, plus elle sera réticente à vouloir payer davantage pour soutenir un système public qui couvrirait les services de psychothérapie, d'optométrie et les soins dentaires. Le coefficient le plus élevé est pour les services de psychologie : une augmentation d'un écart-type de la variable âge

est associée à une diminution de 31,3 % de la probabilité de vouloir payer davantage de taxes ou d'impôts pour que les services de psychologie soient couverts par le régime public. Les coefficients pour le revenu, lorsque statistiquement significatifs, sont très faibles, ce qui fait écho aux résultats obtenus dans la série de régressions sur les priorités accordées aux divers soins et services non couverts. Enfin, l'éducation est statistiquement significative et a un effet positif pour les services de psychologues et de physiothérapeutes et les soins dentaires, mais pas pour les deux autres types de soins.

Tableau 3. Facteurs associés à la volonté de payer davantage de taxes ou d'impôts pour une extension de la couverture des soins et services de santé par le régime public

VARIABLES	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	Volonté de payer pour des services de psychologie	Volonté de payer pour des services d'optométrie	Volonté de payer pour des services de physiothérapie	Volonté de payer pour des soins dentaires	Volonté de payer pour des soins à domicile
Âge	-0,209*** (0,0457)	-0,106** (0,0457)	-0,0672 (0,0495)	-0,122*** (0,0426)	0,215*** (0,0436)
Sexe	-0,0465 (0,150)	0,0878 (0,147)	0,148 (0,159)	-0,0486 (0,141)	-0,0802 (0,144)
Niveau d'éducation	0,168*** (0,0638)	0,0900 (0,0634)	0,206*** (0,0663)	0,107* (0,0594)	0,0527 (0,0621)
Revenu du ménage	-1,07e-06 (2,31e-06)	-8,20e-06*** (2,39e-06)	-2,09e-06 (2,43e-06)	-7,51e-06*** (2,13e-06)	-7,67e-07 (1,94e-06)
Région administrative	-0,00949 (0,0143)	0,0108 (0,0141)	-0,00525 (0,0152)	0,0139 (0,0136)	-0,0100 (0,0138)
Orientation politique	-0,194*** (0,0426)	-0,127*** (0,0413)	-0,0794* (0,0425)	-0,208*** (0,0417)	-0,171*** (0,0419)
Stigmatisation santé mentale	0,0317 (0,0649)	0,0276 (0,0627)	0,00894 (0,0663)	-0,0300 (0,0632)	0,00621 (0,0630)
Auto-évaluation santé mentale	-0,264*** (0,0990)	0,0566 (0,0939)	-0,117 (0,101)	0,0660 (0,0892)	-0,0895 (0,0890)
Auto-évaluation santé physique	0,110 (0,104)	-0,138 (0,0966)	-0,0335 (0,109)	0,0250 (0,0941)	0,120 (0,0935)
Couverture partielle psychologie	-0,155 (0,182)				
Couverture totale psychologie	-0,396** (0,198)				
Couverture partielle optométrie		-0,260 (0,180)			
Couverture totale optométrie		0,0242 (0,221)			
Couverture partielle physiothérapie			-0,382* (0,199)		
Couverture totale physiothérapie			-0,381* (0,213)		
Couverture partielle dentaire				-0,0670 (0,175)	
Couverture totale dentaire				-0,399** (0,190)	
Constante	1,475*** (0,363)	0,718** (0,343)	-0,167 (0,373)	1,641*** (0,355)	0,586* (0,332)
Observations	854	881	870	899	866

Écarts-types robustes entre parenthèses

*** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1

6. Discussion et conclusion

Le premier objectif de notre étude était de comparer le soutien de la population à la couverture universelle des soins psychologiques par rapport à d'autres services en s'appuyant sur la perception des répondants concernant l'importance relative qu'ils accordent à divers services. Nos résultats suggèrent que les services en psychologie ne sont pas en tête des priorités. Lorsqu'on demande aux répondants d'indiquer les services qui devraient bénéficier d'un soutien financier plus important de la part du gouvernement, les services de psychologie se retrouvent au troisième rang après les soins dentaires et les soins à domicile pour les personnes en perte d'autonomie. Aussi, une majorité de répondants ne seraient pas disposés à payer davantage de taxes ou d'impôts pour une couverture des soins psychologiques par le régime public. Ceci pourrait expliquer en partie pourquoi peu de gouvernements choisissent de s'orienter dans cette direction.

Notre deuxième objectif consistait à identifier les facteurs associés au soutien à l'extension de la couverture des services psychologiques par le régime public. On trouve que les jeunes, les gens qui perçoivent moins favorablement leur état de santé mentale et les personnes s'identifiant plus à gauche politiquement tendent davantage à appuyer une extension de la couverture visant à inclure les soins psychologiques, conformément à ce qu'on trouve dans la littérature. D'ailleurs, les répondants de gauche se disent davantage disposés à payer davantage de taxes ou d'impôts pour élargir la couverture publique afin d'y inclure non seulement les soins psychologiques, mais aussi l'ensemble des soins non couverts. On observe que les femmes priorisent les soins de santé psychologiques, mais ne sont pas plus enclines que les hommes à vouloir payer davantage de taxes ou d'impôts pour une couverture publique. De la même manière, les personnes plus éduquées ont tendance à accepter de payer davantage de taxes et impôts pour une extension de la couverture publique de certains services de santé, comme les soins psychologiques, les soins dentaires et la physiothérapie. Ce résultat rejoint d'autres conclusions concernant la relation positive entre l'éducation et le soutien à une augmentation des impôts (Jacques, 2023).

La préférence des répondants semble davantage influencée par leur accès à une assurance que par leur niveau de revenu. On trouve une relation négative entre couverture privée et volonté de payer davantage de taxes ou d'impôts pour une extension de la couverture par le régime public visant à inclure les services de psychologues et physiothérapeutes ainsi que les soins dentaires. On peut penser que la mouvance vers un financement privé des soins de santé et des assurances privées pourrait créer un cercle vicieux en défaveur du financement public des soins de santé, en réduisant la volonté des citoyens de payer des impôts pour le système public.

Finalement, notre troisième objectif était d'examiner les liens entre la perception du contrôle individuel sur la santé mentale et le soutien à une couverture universelle pour des soins psychologiques. Nous avons émis l'hypothèse que plus les répondants considèrent que les personnes ont plus de contrôle sur leurs maladies mentales que sur leurs maladies physiques, plus elles seraient réticentes à appuyer une couverture universelle des soins psychologiques. À ce sujet, nos résultats suggèrent qu'une mesure relative de la stigmatisation envers la santé mentale est liée à la priorisation des soins psychologiques par rapport aux autres soins, mais qu'il n'y aurait pas d'association avec la volonté de payer davantage de taxes ou d'impôts pour élargir la couverture publique afin d'y inclure les soins psychologiques.

En somme, l'appui à la couverture des soins psychologiques est surtout relié à l'intérêt personnel et à des considérations idéologiques. Le faible soutien global des personnes âgées et des répondants qui se positionnent à droite pourrait expliquer pourquoi il est peu probable que les gouvernements de centre droit se positionnent en faveur d'une couverture publique de la psychothérapie. Dans un contexte de vieillissement de la population, le fait que les personnes plus âgées ont un soutien beaucoup plus marqué envers les soins à domicile tout en étant moins

disposées à vouloir payer davantage de taxes ou d'impôts pour une couverture universelle des soins psychologiques et d'autres soins pourrait être un élément important. Très peu de partis politiques aux niveaux provincial et fédéral au Canada et au Québec mettent la question à l'ordre du jour. Il est donc peu probable que les électeurs soient influencés en ce sens par les positions du parti politique qu'ils soutiennent.

Notre étude comporte un certain nombre de limites. D'abord, notre mesure de l'idéologie politique est approximative, comme en témoigne le pourcentage relativement élevé (17 %) de répondants qui n'ont pu se positionner sur l'axe gauche-droite. Il est possible que des mesures plus complètes, comme une mesure du choix de vote pour l'un ou l'autre des partis ou encore une mesure bidimensionnelle de l'idéologie effectuant la distinction entre l'axe État-marché, d'une part, et l'axe des valeurs sociales de l'autre pourrait mieux expliquer le degré d'appui à une couverture universelle des soins non couverts par le régime public actuel. Nous avons également dû nous appuyer sur une mesure indirecte de la stigmatisation envers les problèmes de santé mentale, alors que des mesures plus directes existent et pourraient être plus appropriées. Enfin, notre étude se limite à la population du Québec. Il n'est donc pas possible de mener une analyse comparative et d'examiner si nos résultats peuvent être généralisés.

Références

- Burlacu D. et Roescu A. (2021). Public opinion on health care. Dans: Immergut E., Anderson K., Devitt C., et al. (eds), *Health politics in Europe*. Oxford: Oxford University Press, pp.49-68.
- Busemeyer M.R. (2023). Financing the welfare state in times of extreme crisis: public support for health care spending during the Covid-19 pandemic in Germany. *Journal of European public policy*, **30**(1), pp.21-40.
- Busemeyer M.R. et Iversen T. (2020). The welfare state with private alternatives: The transformation of popular support for social insurance. *The Journal of Politics*, **82**(2), pp.671-686.
- Costa-Font J. et Jofre-Bonet M. (2008). Is there a 'secession of the wealthy'? Private health insurance uptake and National Health System support. *Bulletin of economic research*, **60**(3), pp.265-287.
- Eaton E et Hunt A (2024). Does Willingness to Pay differ for mental and physical health? *Value in Health*, **27**(10), pp.1417-1425.
- Garriguet D. (2021) Portrait of youth in Canada: Data report Chapter 1: Health of youth in Canada. Statistique Canada, No. 42-28-0001, 17p.
- Hall J. et Preston I. (1998) Public and private choice in UK health insurance. IFS Working Papers, No. W98/19, Institute for Fiscal Studies, London, 29p.
- Iversen T. et Soskice D. (2015) Information, inequality, and mass polarization: Ideology in advanced democracies. *Comparative political studies*, **48**(13), pp.1781-1813.
- Jacques O. (2023) Explaining willingness to pay taxes: The role of income, education, ideology. *Journal of European Social Policy*, **33**(3), pp.267-284.
- Jacques O., et Chassé, P. (2025). A demanding patient: Assessing Quebec's healthcare spending needs, *Journal Perspectives CIRANO*, 2025PJ-10.
- Jensen C. et Petersen M.B. (2017) The deservingness heuristic and the politics of health care. *American Journal of Political Science*, **61**(1), pp.68-83.
- Kullberg L., Blomqvist P. et Winblad U. (2022) Does voluntary health insurance reduce the use of and the willingness to finance public health care in Sweden? *Health Economics, Policy and Law*, **17**(4), pp.380-397.
- Lazar H., Forest P.-G., Lavis J.N. et al. (2013) Paradigm freeze: Why it is so hard to reform health-care policy in Canada. McGill-Queen's Press-MQUP, 416p.
- Lindh A. (2015) Public opinion against markets? Attitudes towards market distribution of social services. A comparison of 17 countries. *Social Policy & Administration*, **49**(7), pp.887-910.
- Lovei M. et Abdille A. (2025). Couverture des soins médicaux et dentaires, 2024. Statistique Canada, No. 14-28-0001. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/14-28-0001/2025001/article/00003-fra.pdf?st=ICMw2Jqw>
- Martin D., Miller A.P., Quesnel-Vallée A. et al. (2018) Canada's universal health-care system: achieving its potential. *The Lancet*, **391**(10131), pp.1718-1735.
- McSween J.L. (2002) The role of group interest, identity, and stigma in determining mental health policy preferences. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, **27**(5), pp.773-800.
- Missinne S., Meuleman B. et Bracke P. (2013) The popular legitimacy of European healthcare systems: A multilevel analysis of 24 countries. *Journal of European Social Policy*, **23**(3), pp.231-247.
- Naumann E (2018) Increasing conflict in times of retrenchment? Attitudes towards healthcare provision in Europe between 1996 and 2002. *Welfare State Reforms Seen from Below*. Springer, pp.245-271.
- Otten D., Tibubos A. N., Schomerus G. et al. (2021). Similarities and differences of mental health in women and men: A systematic review of findings in three large German cohorts. *Front Public Health*, 9:553071. doi:10.3389/fpubh.2021.553071.
- Perera I. (2025) *The welfare workforce: Why mental health care varies across affluent democracies*. Cambridge University Press.

Pierson P. (2001) Coping with permanent austerity. Welfare state retrenchment in affluent democracies. The new politics of the welfare state, pp.410-456.

Popic T. et Moise A.D. (2025) A bitter aftertaste? The effects of privatization reforms on evaluations of health systems across Europe. *Journal of European public policy*, pp.1-26. doi:10.1080/13501763.2025.2456017

Ramji S. et Quiñonez C. (2012) Public preferences for government spending in Canada. *International Journal for Equity in Health*, **11**, pp.1-10.

Sharac J., Mccrone P., Clement S. et al. (2010) The economic impact of mental health stigma and discrimination: a systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, **19**(3), pp.223-232.

Stantcheva S. (2021) Understanding tax policy: How do people reason? *The Quarterly Journal of Economics*, **136**(4), pp.2309-2369.

Stone E.M. et McGinty E.E. (2018) Public willingness to pay to improve services for individuals with serious mental illness. *Psychiatric services*, **69**(8), pp.938-941.

Annexe 1. Questionnaire



Formulaire d'information et de consentement

Titre de l'activité de recherche : Baromètre CIRANO sur la perception des risques au Québec (Santé)

Équipe de recherche

Responsable de l'activité de recherche

Nathalie de Marcellis-Warin, PhD
professeure au département de Mathématiques et Génie industriel à Polytechnique Montréal chercheuse et Fellow CIRANO

514-340-4711 poste 3120

nathalie.demarcellis-warin@polymtl.ca

L'équipe de recherche n'est pas en situation de conflit d'intérêts dans le contexte de la présente activité de recherche.

Préambule

Nous vous invitons à participer à ce sondage en ligne qui vise à évaluer les perceptions de la population sur différents enjeux liés à la santé. Il s'agit d'une enquête administrée à 1000 répondants représentatifs de la population du Québec.

Avant d'accepter de compléter le sondage, veuillez prendre le temps de lire l'information présentée.

Présentation générale du projet de recherche

Depuis 2011, le *Baromètre CIRANO sur la perception des risques au Québec* compile et analyse des résultats d'enquêtes développées par le CIRANO. Dans le cadre de l'édition 2025, vous êtes invité à participer à une enquête populationnelle portant sur la perception de la population sur la couverture universelle des services de santé, l'expérience de la population par rapport à l'utilisation des services de santé, l'accessibilité aux services de première ligne et leurs besoins non comblés.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Dans le cadre de cette activité, nous cherchons des personnes majeures résidant au Québec (plus de 18 ans). Il n'y a aucun critère d'exclusion de participants.

Nature et durée de votre participation à l'activité de recherche

Il n'y a pas de limite de temps pour remplir ce questionnaire, mais nous avons estimé un temps de réponse d'environ 10 à 12 minutes pour remplir le questionnaire.

Risques et inconvénients

La présente activité de recherche ne devrait pas entraîner des risques plus grands que ceux que vous rencontrez dans votre vie de tous les jours.

Avantages et bénéfices

Bien qu'il n'y ait pas de bénéfice direct à participer à cette étude, votre participation aidera les chercheurs à mieux comprendre les différents enjeux de santé au Québec et approfondir leurs connaissances quant aux perceptions de la population envers le système de santé.

Compensation financière

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation. Toutefois, les répondants qui se qualifient et remplissent le questionnaire en entier reçoivent des Points LÉO.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à la présente activité de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer et pouvez à tout moment décider de vous en retirer. Vous n'avez qu'à cesser de répondre au sondage. Les données des questionnaires non complétés ne seront pas utilisées. Les informations déjà complétées seront effacées par Léger. Concernant le droit des participants à révoquer leur consentement, comme les réponses sont anonymisées, les données ne seront plus identifiables individuellement, et il ne sera donc plus possible de les retirer.

Confidentialité et conservation des données

L'équipe de recherche recueillera et consignera toutes vos données de manière sécuritaire de façon à en protéger le caractère confidentiel.

- Voici comment nous protégerons vos données **lors de la collecte** :

Les données collectées sont anonymes. Léger Marketing s'occupe du suivi des répondants. Après la collecte, un fichier des données anonymisées de manière irréversible sera remis aux chercheurs de l'étude. Aucune donnée personnelle nominative ne sera divulguée auprès des chercheurs de l'étude. Un fichier des données anonymisées sera remis aux chercheurs de l'étude et conservé sur les serveurs sécurisés du CIRANO.

- Voici comment nous protégerons vos données **lors des analyses et du transfert des données** entre les membres de l'équipe :

Aucune donnée nominative ne sera divulguée auprès des chercheurs.

- Voici comment nous protégerons vos données **lors des publications** :

Les données de l'activité de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Toutefois, aucune publication, communication scientifique ou commercialisation des résultats de recherche ne renfermera d'information pouvant mener à votre identification.

- Enfin, voici comment nous protégerons vos données **après le projet de recherche** :

Les données collectées seront conservées indéfiniment après la fin du projet de recherche par les chercheurs sur les serveurs sécurisés du CIRANO.

Diffusion des résultats de la recherche

Les résultats de la recherche seront publiés sous la forme de rapports et cahiers de recherche, d'articles dans des revues scientifiques, de présentations lors de congrès/colloques scientifiques ou de synthèses dans les médias publics.

Indemnisation en cas de préjudice et droits des participant(e)s

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit par suite de votre participation à cette activité de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'organisme de financement ou Polytechnique Montréal de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Personnes-ressources

Si vous avez des questions sur les **aspects scientifiques** du projet de recherche vous pouvez contacter Nathalie de Marcellis-Warin au (514) 340-4711, poste 3120 ou encore par courriel à nathalie.demarcellis-warin@polymtl.ca
Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités de l'équipe de recherche concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche de Polytechnique Montréal au (514) 340-4711, poste 4420 ou encore par courriel à ethique@polymtl.ca

Consentement

J'ai pris connaissance de l'information ci-jointe, décrivant la nature et le déroulement du projet de même que les risques et les inconvénients qui pourraient survenir.

Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.

J'accepte <input type="radio"/> ₁	Je refuse <input type="radio"/> ₂
---	---

Si [CONSENTEMENT] = 1, passer à PROVINCE.

Si [CONSENTEMENT] = 2, rediriger vers un mot de remerciement.

1. Caractéristiques sociodémographiques

Les questions suivantes seront utilisées à des fins statistiques seulement.

[PROVINCE] Dans quelle province ou territoire se situe votre résidence principale ?

- O₁ Colombie-Britannique
- O₂ Alberta
- O₃ Saskatchewan
- O₄ Manitoba
- O₅ Ontario
- O₆ Québec
- O₇ Nouveau-Brunswick
- O₈ Nouvelle-Écosse
- O₉ Île-du-Prince-Édouard
- O₁₀ Terre-Neuve-et-Labrador
- O₁₁ Territoire du Nord-Ouest
- O₁₂ Yukon
- O₁₃ Nunavut

Si [PROVINCE] = 6 passer à REGION.

Si [PROVINCE] ≠ 6, rediriger vers un mot de remerciement.

[REGION] Dans quelle région du Québec se situe votre résidence principale ?

- O₁ Bas-Saint-Laurent
- O₂ Saguenay-Lac-Saint-Jean
- O₃ Capitale-Nationale
- O₄ Mauricie
- O₅ Estrie
- O₆ Montréal
- O₇ Outaouais
- O₈ Abitibi-Témiscamingue
- O₉ Côte-Nord
- O₁₀ Nord-du-Québec
- O₁₁ Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
- O₁₂ Chaudière-Appalaches
- O₁₃ Laval
- O₁₄ Lanaudière
- O₁₅ Laurentides
- O₁₆ Montérégie
- O₁₇ Centre-du-Québec

[CODEPOSTAL] Veuillez svp indiquer le trois (3) premiers caractères du code postal de votre résidence principale ? _____

[SEXE] Êtes-vous de sexe :

Note : comme indiqué par Statistique Canada, les Canadiens transgenres, transsexuels et intersexués doivent indiquer le sexe (masculin ou féminin) auquel ils s'identifient le plus.

- O₁ Masculin
- O₂ Féminin
- O₃ Autre
- O₉₉ Je préfère ne pas répondre

[AGE] Quel âge avez-vous ?

- O₁ Moins de 18 ans
- O₂ 18-24 ans
- O₃ 25-34 ans
- O₄ 35-44 ans
- O₅ 45-54 ans
- O₆ 55-64 ans
- O₇ 65-74 ans
- O₈ 75 ans et plus
- O₉₉ Je préfère ne pas répondre

[LANGUE] Quelle est la langue ou quelles sont les langues que vous avez apprises en premier lieu à la maison dans votre enfance et que vous comprenez toujours ?

- O₁ Anglais
- O₂ Français
- O₃ Autre(s)
- O₄ Français et anglais
- O₅ Anglais et autre(s)
- O₆ Français et autre(s)
- O₉₉ Je ne préfère pas répondre

[SCOL] À quel niveau se situe la dernière année de scolarité que vous avez terminée ou que vous êtes en train de terminer ?

- O₁ Primaire
- O₂ Secondaire (diplôme d'études secondaires (DES) ou diplôme d'études professionnelles (DEP))
- O₃ Collégial (diplôme d'études collégiales (DEC) ou attestation d'études collégiales (AEC))
- O₄ Universitaire 1er cycle (baccalauréat, certificat, mineure ou majeure)
- O₅ Universitaire 2e cycle (Maîtrise ou diplôme d'études supérieures spécialisées (DESSS))
- O₆ Universitaire 3e cycle (Doctorat)
- O₉₈ Autre, veuillez préciser : _____
- O₉₉ Je préfère ne pas répondre

[ETAT] Quel est votre statut marital actuel ?

- O₁ Célibataire
- O₂ Marié(e)/Conjoint(e) de fait
- O₃ Divorcé(e)/Séparé(e)
- O₄ Veuve/veuf
- O₉₉ Je préfère ne pas répondre

[REVEN] Dans quelle catégorie se situe le REVENU TOTAL avant impôts de tous les membres de votre foyer pour l'année 2024 ?

- O₁ Moins de 20 000\$
- O₂ De 20 000\$ à 39 999\$
- O₃ De 40 000\$ à 59 999\$
- O₄ De 60 000\$ à 79 999\$
- O₅ De 80 000\$ à 99 999\$
- O₆ De 100 000\$ à 119 999\$
- O₇ De 120 000\$ à 139 999\$
- O₈ De 140,000\$ à 159 999\$
- O₉ De 160,000\$ à 179 999\$
- O₁₀ De 180 000\$ à 199 999\$
- O₁₁ 200 000\$ ou plus
- O₉₉ Je préfère ne pas répondre

[ENFANT] Y a-t-il des enfants âgés de MOINS DE 18 ANS habitant avec vous à la maison ?

(SI OUI) : Ont-ils 12 ans ET PLUS ou MOINS de 12 ans ?

O₁ Oui : 12 ans et PLUS SEULEMENT

O₂ Oui : 12 ans et plus ET moins de 12 ans

O₃ Oui : MOINS de 12 ans SEULEMENT

O₄ Non, aucun enfant de moins de 18 ans à la maison

O₉₉ Je préfère ne pas répondre

Si [ENFANT] = 1, 2 ou 3 passer à FOYER.

Si [ENFANT] = 4 passer à FOYER1.

Si [ENFANT] = 99, passer à Q.1.1.

[FOYER] En vous incluant, combien de personnes composent votre ménage en incluant les adultes et les enfants ?

_____ personnes

O₉₉ Je préfère ne pas répondre

[FOYER1] En vous incluant, combien de personnes composent votre ménage ?

_____ personne(s)

O₁ Une seule (moi-même)

O₉₉ Je préfère ne pas répondre

Thème #1. Couverture universelle des services de santé

[Q1.1] Si le gouvernement du Québec envisageait d'augmenter le financement pour certains services de santé, quels sont les services qui, à votre avis, devraient bénéficier d'un soutien financier plus important ?

Veillez attribuer un maximum de 100 points aux options suivantes. Donnez plus de points aux services que vous considérez comme les plus importants et moins de points à ceux que vous considérez comme les moins importants.

[Q1.1a] Services de psychologues



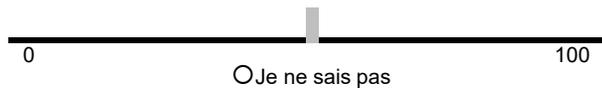
[Q1.1b] Services d'optométristes et achat de lunettes



[Q1.1c] Services de physiothérapeutes



[Q1.1d] Soins dentaires



[Q1.1e] Soins à domicile pour les personnes en perte d'autonomie



[Q1.2a] Accepteriez-vous de payer plus de taxes ou d'impôts pour que **des services de psychologues** soient couverts par le gouvernement ?

- O₁ Oui
- O₂ Non
- O₉₈ Je ne sais pas

[Q1.2b] Accepteriez-vous de payer plus de taxes ou d'impôts pour que **des services d'optométristes** soient couverts par le gouvernement ?

- O₁ Oui
- O₂ Non
- O₉₈ Je ne sais pas

[Q1.2c] Accepteriez-vous de payer plus de taxes ou d'impôts pour que **des services de physiothérapeutes** soient couverts par le gouvernement ?

- O₁ Oui
- O₂ Non
- O₉₈ Je ne sais pas

[Q1.2d] Accepteriez-vous de payer plus de taxes ou d'impôts pour que **des soins dentaires** soient couverts par le gouvernement ?

- O₁ Oui
- O₂ Non
- O₉₈ Je ne sais pas

[Q1.2e] Accepteriez-vous de payer plus de taxes ou d'impôts pour que **des soins à domicile** soient offerts aux personnes en perte d'autonomie par le gouvernement ?

- O₁ Oui
- O₂ Non
- O₉₈ Je ne sais pas

[Q1.3] Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou en désaccord avec les énoncés suivants ?

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni d'accord ni en désaccord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord	Je ne sais pas
[Q1.3a] Les maladies mentales, comme la dépression, peuvent être évitées, car elles sont surtout liées au comportement et au mode de vie des personnes.	<input type="radio"/> O ₁	<input type="radio"/> O ₂	<input type="radio"/> O ₃	<input type="radio"/> O ₄	<input type="radio"/> O ₅	<input type="radio"/> O ₉₈
[Q1.3b] Les maladies physiques, comme le cancer, peuvent être évitées, car elles sont surtout liées au comportement et au mode de vie des personnes.	<input type="radio"/> O ₁	<input type="radio"/> O ₂	<input type="radio"/> O ₃	<input type="radio"/> O ₄	<input type="radio"/> O ₅	<input type="radio"/> O ₉₈

[Q1.4] Actuellement, êtes-vous couvert(e) par une assurance privée ou une assurance collective offerte par votre employeur ?

- O₁ Oui
- O₂ Non
- O₉₈ Je ne sais pas

Si [Q1.4] = 1 passer à Q1.5.

Si [Q1.4] = 2 ou 98 passer à Q1.6.

[Q1.5] Est-ce que cette assurance couvre...

	Oui, l'assurance couvre TOUS les soins dont j'ai besoin	Oui, mais l'assurance ne couvre pas tous les soins dont j'ai besoin	Non, cette assurance ne couvre pas ce soin	Je ne sais pas
[Q1.5a] ... les soins dentaires	<input type="radio"/> O ₁	<input type="radio"/> O ₂	<input type="radio"/> O ₃	<input type="radio"/> O ₉₈
[Q1.5b] ... les services de psychologues	<input type="radio"/> O ₁	<input type="radio"/> O ₂	<input type="radio"/> O ₃	<input type="radio"/> O ₉₈
[Q1.5c] ... les services de physiothérapeutes	<input type="radio"/> O ₁	<input type="radio"/> O ₂	<input type="radio"/> O ₃	<input type="radio"/> O ₉₈
[Q1.5d] ... les services d'optométristes	<input type="radio"/> O ₁	<input type="radio"/> O ₂	<input type="radio"/> O ₃	<input type="radio"/> O ₉₈
[Q1.5e] ... les médicaments	<input type="radio"/> O ₁	<input type="radio"/> O ₂		<input type="radio"/> O ₉₈

[Q1.6] En supposant que le gouvernement puisse améliorer les services de santé, quelles sont les trois conditions de santé parmi les suivantes qui devraient être prioritaires ?

- _{Q1.6a} Dépression et troubles anxieux
- _{Q1.6b} Dépendance (tabac, alcool et drogues)
- _{Q1.6c} Cancer
- _{Q1.6d} Diabète
- _{Q1.6e} Problèmes cardiaques ou respiratoires
- _{Q1.6f} Schizophrénie et troubles psychotiques
- _{Q1.6g} Je ne sais pas

[Q1.7] Les coûts des soins de santé sont susceptibles d'augmenter à l'avenir en raison du vieillissement de la population et du coût des nouveaux traitements et médicaments.

Laquelle des affirmations suivantes correspond le mieux à votre point de vue ?

- ₁ Le gouvernement devrait augmenter de manière significative ses dépenses en matière de soins de santé pour couvrir ces coûts croissants.
- ₂ Le gouvernement devrait faire des choix et donc limiter la disponibilité de certains traitements ou médicaments.
- ₃ Le gouvernement devrait permettre au secteur privé de fournir certains services de soins de santé aux personnes qui ont les moyens de les payer.
- ₉₈ Je ne sais pas

[Q1.8] En matière de politique, on parle parfois de la « gauche » et de la « droite ».

Comment vous situeriez-vous sur cette échelle, d'une manière générale ?



Thème #2. Affiliation et accessibilité organisationnelle aux services de 1^{re} ligne

[Q2.1] De manière générale, quel est votre niveau de satisfaction envers les services de santé offerts au Québec ?

- O₁ Très satisfait
- O₂ Satisfait
- O₃ Ni insatisfait ni satisfait
- O₄ Insatisfait
- O₅ Très insatisfait
- O₉₈ Je ne sais pas

[Q2.2] Depuis les deux dernières années, à quel endroit allez-vous habituellement ou êtes-vous allé le plus souvent pour voir un professionnel de la santé pour vos soins généraux ?

* Les soins généraux incluent notamment les suivis médicaux, les examens de routine et les soins à recevoir pour un problème de santé non urgent.

- O₁ Une clinique médicale (dont les services sont couverts par la RAMQ)
- O₂ Un groupe de médecine de famille (GMF) ou une super-clinique (GMF-R)
- O₃ Une clinique médicale privée (dont les services NE SONT PAS couverts par la RAMQ)
- O₄ Un CLSC
- O₅ Une coopérative de santé
- O₆ À l'urgence d'un hôpital
- O_{Aut} Autre, veuillez préciser : _____
- O₈ Je n'ai pas consulté de professionnel de la santé pour des soins généraux au cours des deux dernières années

Si [Q2.2] = 1 à 5 passer à Q2.3.

Si [Q2.2] = 6, 7 ou 8 passer à Q2.7

[Q2.3] De façon générale, qui consultez-vous à cet endroit pour recevoir vos soins généraux ?

- O₁ Un médecin de famille/omnipraticien/médecin généraliste
- O₂ Un médecin spécialiste
- O₃ Un(e) infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé(e)
- O₄ Un(e) autre professionnel(le) de la santé (ex. : psychologue, physiothérapeute, diététiste, etc.)
- O_{Aut} Autre, précisez : _____
- O₉₈ Je ne sais pas

[Q2.4] À cet endroit, si votre prestataire habituel de soins n'est pas disponible, est-il possible de consulter un autre professionnel de la santé qui exerce au même endroit ?

	Oui	Non	Je ne sais pas	Ne s'applique pas
[Q2.4a] Un médecin de famille/omnipraticien/médecin généraliste	O ₁	O ₂	O ₉₈	O ₉₉
[Q2.4b] Un(e) infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé(e)	O ₁	O ₂	O ₉₈	O ₉₉
[Q2.4c] Un(e) autre professionnel(le) de la santé (ex. : physiothérapeute, psychologue, diététiste, etc.)	O ₁	O ₂	O ₉₈	O ₉₉

[Q2.5] Lorsque vous avez un besoin en matière de soins généraux de santé, combien de temps devez-vous généralement attendre avant de pouvoir consulter un professionnel à cet endroit ?

- O₁ Le même jour
- O₂ Le lendemain
- O₃ De 2 à 3 jours
- O₄ De 4 à 6 jours
- O₅ De 1 semaine à moins de 2 semaines
- O₆ De 2 semaines à moins de 1 mois
- O₇ De 1 mois à moins de 3 mois
- O₈ De 3 mois à moins de 6 mois
- O₉ 6 mois ou plus
- O₁₀ Je n'ai pas été capable d'obtenir de rendez-vous
- O₉₈ Je ne sais pas

[Q2.6] En pensant à la fois la plus récente où vous avez eu besoin de soins généraux, avez-vous consulté votre source habituelle de soins généraux précédemment identifiée ?

- O₁ Oui
- O₂ Non
- O₉₈ Je ne sais pas

[Q2.7] Certains médecins de famille sont désaffiliés de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) et pratiquent uniquement dans le secteur privé.

Quel montant maximal seriez-vous prêt à payer de votre poche pour pouvoir consulter un médecin du secteur privé, le jour même de votre demande de consultation ?



[Q2.8] Dans quelle mesure êtes-vous en accord ou en désaccord avec les énoncés suivants ?

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni d'accord ni en désaccord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord	Je ne sais pas
[Q2.8a] Le gouvernement devrait contrôler les frais exigés aux patients par les médecins exerçant dans le secteur privé.	<input type="radio"/> O ₁	<input type="radio"/> O ₂	<input type="radio"/> O ₃	<input type="radio"/> O ₄	<input type="radio"/> O ₅	<input type="radio"/> O ₉₈
[Q2.8b] Le gouvernement devrait interdire aux médecins de pratiquer dans le secteur privé.	<input type="radio"/> O ₁	<input type="radio"/> O ₂	<input type="radio"/> O ₃	<input type="radio"/> O ₄	<input type="radio"/> O ₅	<input type="radio"/> O ₉₈
[Q2.8c] Les personnes qui le désirent et qui en ont les moyens devraient pouvoir s'offrir des soins de santé de meilleure qualité au privé.	<input type="radio"/> O ₁	<input type="radio"/> O ₂	<input type="radio"/> O ₃	<input type="radio"/> O ₄	<input type="radio"/> O ₅	<input type="radio"/> O ₉₈

Thème #3. Besoins non comblés en termes de soins de santé

[Q3.1] Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu un moment où vous avez senti que vous aviez besoin de soins de santé, mais vous ne les avez pas obtenus ?

- O₁ Oui
- O₂ Non

Si [Q3.1] = 1. Oui, passer à Q3.2.

Si [Q3.1] = 2. Non, passer à Q4.1

[Q3.2] Au cours des 12 derniers mois, de quels types de soins avez-vous eu besoin, mais n'avez pas obtenus ?

Cochez tout ce qui s'applique.

- Q3.2a Traitement d'un nouveau problème de santé physique
- Q3.2b Traitement d'un nouveau problème de santé mentale
- Q3.2c Suivi pour un problème de santé physique déjà connu
- Q3.2d Suivi pour un problème de santé mentale déjà connu
- Q3.2g Examen régulier
- Q3.2h Traitement d'une urgence ou d'une blessure
- Q3.2h Service préventif (ex. : dépistage de cancer ou autres maladies chroniques)
- Q3.2i Besoins d'un médicament ou renouvellement de prescription
- Q3.2j Autre, svp précisez : _____

[Q3.3] Pour quelles raisons n'avez-vous pas obtenu les soins dont vous aviez besoin au cours des 12 derniers mois ?

Cochez tout ce qui s'applique.

- Q3.3a Les soins requis n'étaient pas disponibles dans la région
- Q3.3b Les soins requis n'étaient pas disponibles dans un délai raisonnable
- Q3.3c N'a pas de prestataire habituel de soins de santé
- Q3.3d Le rendez-vous a été annulé
- Q3.3e Considère que les soins reçus seraient inadéquats
- Q3.3f A eu le sentiment d'être victime de discrimination
- Q3.3g Le coût aurait été trop élevé
- Q3.3h A décidé de ne pas se faire soigner
- Q3.3i La consultation n'était pas nécessaire selon le professionnel contacté
- Q3.3j Impossibilité de se rendre au rendez-vous (problème de transport)
- Q3.3k Autre, svp précisez : _____

4. État de santé

[Q4.1] En général, diriez-vous que votre santé physique est...

- O₁ Mauvaise
- O₂ Passable
- O₃ Bonne
- O₄ Très bonne
- O₅ Excellente

[Q5.2] En général, diriez-vous que votre santé mentale est...

- O₁ Mauvaise
- O₂ Passable
- O₃ Bonne
- O₄ Très bonne
- O₅ Excellente

[Q4.3] Au cours des deux dernières années, est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel vous a déjà dit que...

Cochez tout ce qui s'applique.

- Q4.3a ... vous faites de l'asthme
- Q4.3b ... vous avez une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
- Q4.3c ... vous avez une maladie cardiaque
- Q4.3d ... vous faites du diabète
- Q4.3e ... vous avez une maladie rénale chronique
- Q4.3f ... vous avez une maladie du foie
- Q4.3g ... vous faites de l'hypertension artérielle
- Q4.3h ... vous avez un trouble sanguin chronique
- Q4.3i ... vous avez un système immunitaire affaibli
- Q4.3j ... vous avez un trouble neurologique
- Q4.3k ... vous avez la maladie d'Alzheimer ou autre démence
- Q4.3l ... vous avez un cancer
- Q4.3m ... vous avez de l'arthrite ou du rhumatisme
- Q4.3n ... vous avez une maladie des yeux
- Q4.3o ... vous avez une maladie intestinale
- Q4.3p ... vous avez un trouble de l'humeur
- Q4.3q ... vous avez des troubles anxieux
- Q4.3r Autre, svp précisez : _____
- Q4.3s Aucun de ces choix