

23 janvier 2026

L'opinion des Québécois envers la couverture universelle des soins de santé offerts au privé

OLIVIER JACQUES

Professeur adjoint
École de santé publique de l'Université de Montréal
Chercheur CIRANO

MARION PERROT

Doctorante
École de santé publique de l'Université de Montréal

ALEXANDRE PRUD'HOMME

Professionnel de recherche CIRANO

CAROLE VINCENT

Directrice de la mobilisation des connaissances CIRANO
Professeure associée
École de santé publique de l'Université de Montréal

ROXANE BORGÈS DA SILVA

Professeure agrégée
École de santé publique de l'Université de Montréal
Chercheuse et Fellow CIRANO

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. De nombreuses personnes doivent donc payer de leur poche ou souscrire à une assurance privée complémentaire pour couvrir ces services.

Une étude CIRANO (Jacques et al., 2025) 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. À partir d'un sondage réalisé auprès d'un échantillon représentatif de la population québécoise, les auteurs montrent que l'appui à un élargissement de la couverture des soins et services de santé est lié à l'intérêt personnel et à des considérations idéologiques.

L'intérêt personnel façonne les préférences en matière de politiques sociales

La recherche comparative sur l'État-providence suggère que l'intérêt personnel des individus a un impact important sur leurs préférences en matière de politiques publiques. Ainsi, les individus préfèrent des bonifications de programmes dont ils bénéficient directement au détriment d'autres (Naumann, 2018 ; Pierson, 2001). 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 des soins de santé (Bussemeyer, 2023 ; Ramji et Quiñonez, 2012). De plus, les personnes ayant accès à une assurance privée risquent de s'opposer davantage à l'expansion de la couverture publique. En effet, certaines recherches antérieures ont montré que les personnes couvertes par une assurance complémentaire privée préfèrent recevoir leurs services de santé dans le secteur privé plutôt que dans le secteur public (Kullberg et al., 2025) et sont plus susceptibles d'avoir une opinion négative du système de santé public (Costa-Font et Jofre-Bonet, 2008).

Certaines 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 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).

L'orientation politique peut également 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).

Enquête CIRANO 2025 sur les perceptions en santé

Nos analyses s'appuient sur les données d'une enquête visant l'ensemble de la population adulte (18 ans et plus) résidant au Québec. 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 commençait 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 questionnaire complet est disponible dans le rapport complet (Jacques et al., 2025.)

La couverture des soins à domicile pour les personnes en perte d'autonomie est celle qui reçoit la plus grande adhésion

Nous avons cherché à comparer le soutien apporté par la population à l'extension de la couverture de santé visant à inclure cinq soins de santé qui ne sont pas complètement couverts par le régime public d'assurance maladie. Pour ce faire, on a d'abord posé 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. »

Les répondants devaient attribuer des points pour chaque service en donnant plus de points aux services qu'ils considéraient comme les plus importants et moins de points à ceux qu'ils considéraient comme les moins importants. 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.

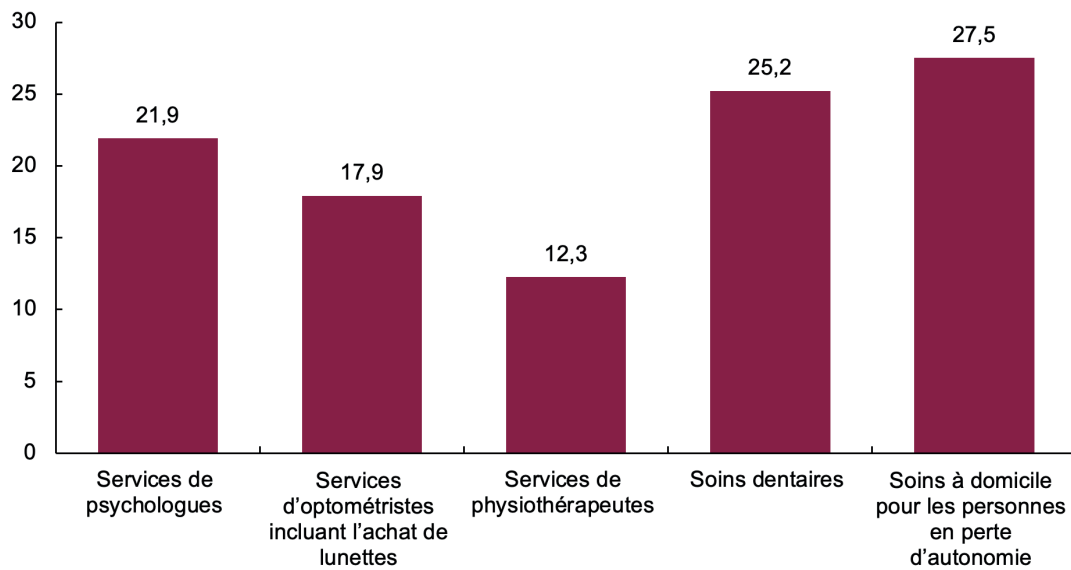
La couverture des soins à domicile pour les personnes en perte d'autonomie est celle qui reçoit la plus grande adhésion (27,5 points) comparativement aux quatre autres services.

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).

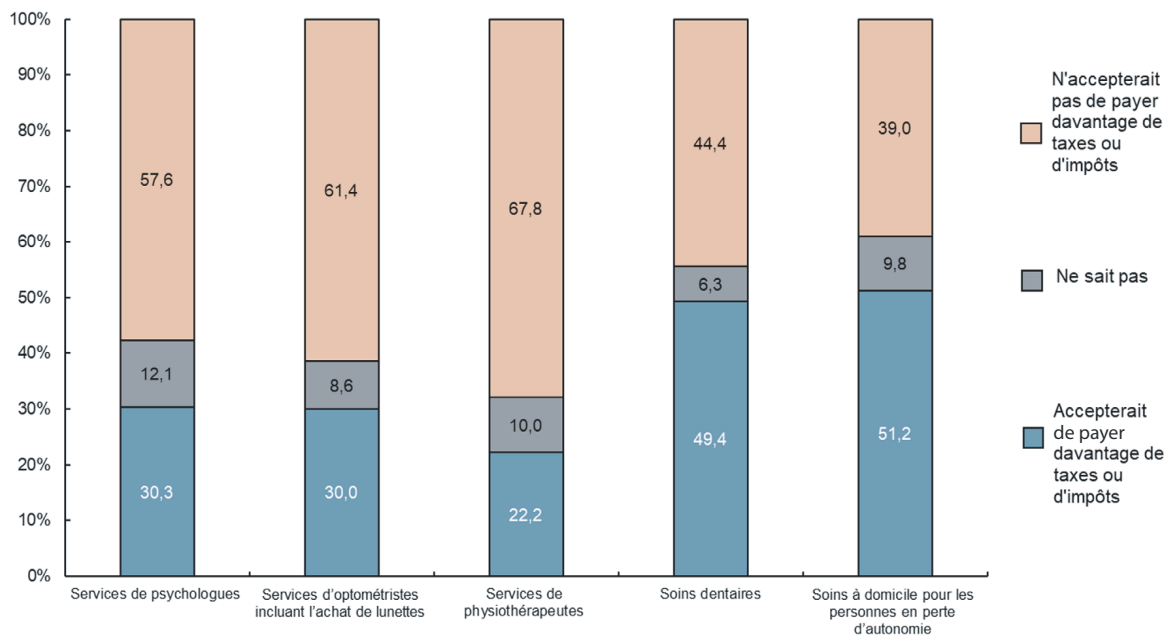
Les soins à domicile et les soins dentaires sont les seuls pour lesquels une majorité de répondants se déclare prête à payer davantage de taxes ou d'impôts pour que ces soins soient couverts

On a aussi questionné les répondants à propos de leur volonté de payer davantage de taxes ou d'impôts pour financer l'extension de la couverture de santé pour inclure les cinq différents soins. Ici, on place les répondants dans un contexte où ils peuvent accorder plus de ressources au système de santé.

Nos résultats font écho aux résultats précédents sur l'attribution des points et la priorisation entre les cinq services de santé. La moitié des répondants accepteraient de payer davantage de taxes ou d'impôts pour que les soins à domicile pour les personnes en perte d'autonomie et les soins dentaires soient couverts par le régime public. Au contraire, 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. Les services de physiothérapie sont encore une fois ceux qui reçoivent le moins d'appui.



Points attribués en moyenne pour chaque type de services de santé qui devraient être priorités pour une extension de la couverture des soins par le régime public



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

Divers facteurs peuvent influencer les perceptions envers l'extension de la couverture de soins de santé

Afin d'identifier les facteurs associés à nos variables d'intérêt, nous avons effectué des analyses 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'auto-évaluation de la santé mentale, l'auto-évaluation de la santé physique, la couverture par une assurance privée ou collective, l'orientation politique et la stigmatisation envers la santé mentale.

Pour mesurer l'orientation politique, nous avons demandé aux répondants de se situer sur une échelle allant de 0 à 10, 0 correspondant au positionnement le plus à 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. 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. Ainsi, la moitié (52 %) des répondants se positionnent au centre et plus du quart (27 %) se situent à gauche de l'échiquier politique.

Nous nous sommes également intéressés aux perceptions du contrôle individuel sur les maladies mentales et du contrôle individuel sur les maladies physiques. On a posé une question en deux volets.

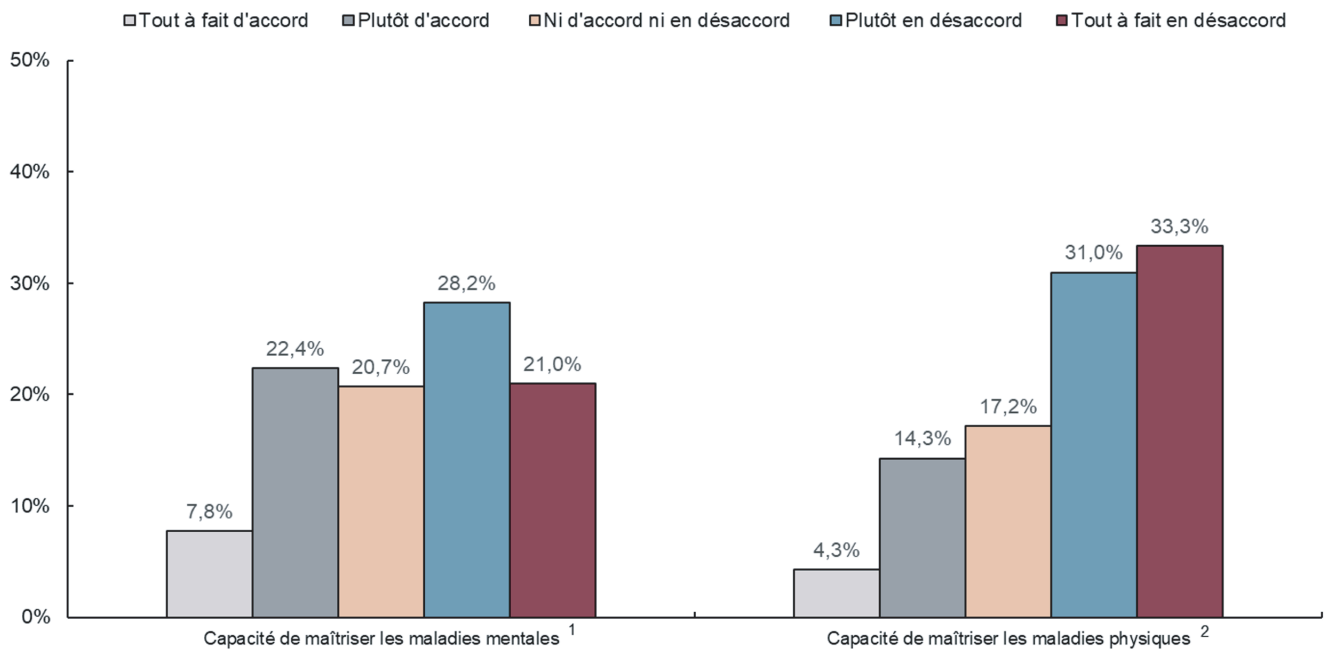
« Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou en désaccord avec les énoncés suivants ?

- **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 ont tendance à considérer que les personnes ont plus de contrôle sur les maladies mentales que sur les maladies physiques : 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.

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 35 % des répondants, la variable est négative, indiquant qu'ils pensent que les gens ont plus de contrôle sur la maladie mentale que sur la maladie physique. Seuls 15 % des répondants pensent que les gens ont plus de contrôle sur la maladie physique que sur la maladie mentale.



¹ Les maladies mentales comme la dépression peuvent être évitées, car elles sont surtout liées au comportement et au mode de vie des personnes.

² Les maladies physiques comme le cancer peuvent être évitées, car elles sont surtout liées au comportement et au mode de vie des personnes.

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

Nous avons effectué des régressions linéaires dans lesquelles la variable dépendante correspond au nombre de points attribués (sur un total de 100) à chacun des 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. Les résultats sont présentés au premier tableau. Les coefficients sont des valeurs absolues de sorte que les variables ont pour la plupart des unités et échelles différentes.

Nous avons ensuite effectué cinq régressions logistiques dans lesquelles la variable dépendante correspond à la volonté de payer plus d'impôts ou de taxes pour inclure la couverture de chacun des cinq types de soins et services de santé dans le régime public (réponse binaire « oui » ou « non »). Les résultats sont présentés au deuxième tableau. Pour chaque variable explicative, le coefficient indique comment la probabilité de déclarer vouloir payer pour un service change lorsque la variable explicative d'intérêt augmente d'un écart-type, toutes choses égales par ailleurs.

	Points accordés aux services de psychologie	Points accordés aux services d'optométrie	Points accordés aux services de physiothérapie	Points accordés aux soins dentaires	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 de résidence	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)
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)
Stigmatisation santé mentale	1,412*** (0,482)	-0,595 (0,421)	-0,0231 (0,314)	-0,667 (0,504)	-0,127 (0,540)
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

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

Note : Écarts-types robustes entre parenthèses, *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1

	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 de résidence	-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)
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)	
Stigmatisation santé mentale	0,0317 (0,0649)	0,0276 (0,0627)	0,00894 (0,0663)	-0,0300 (0,0632)	0,00621 (0,0630)
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

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

Note : Erreurs standard robustes entre parenthèses, *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1

L'appui à l'extension de la couverture des soins est surtout lié à des considérations idéologiques et à l'intérêt personnel

Nous avons émis l'hypothèse que 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 appuient cette hypothèse. Pour ce qui est de la volonté de payer, l'orientation politique ressort comme étant un facteur significatif pour tous les types de soins (deuxième tableau) : plus une personne s'identifie à droite, plus elle sera réticente à payer davantage de taxes ou d'impôts pour que les services offerts au privé soient couverts par le régime public. Les résultats les plus forts sont pour les soins dentaires et les services de psychologie.

L'orientation politique ressort comme étant un facteur significatif pour les points attribués aux soins de psychologie, et uniquement pour ce type de soins (premier tableau) : plus une personne s'identifie à droite sur l'échiquier politique, moins elle priorise les services de psychologie.

L'appui des personnes à la couverture des soins psychologiques est lié à leur perception de leur état de santé et au fait d'être couvert ou non par une assurance privée ou collective pour divers soins et services offerts au privé. 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 et 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.

On s'attendait à ce que le fait d'être couvert ou non par une assurance privée ou collective pour divers soins et services offerts au privé joue un rôle dans les perceptions quant à un élargissement de la couverture

des soins et services de santé par le régime public. Plus de la moitié des répondants ont indiqué être couverts par une assurance collective ou privée. La couverture par une assurance privée ou collective ressort comme étant un facteur significatif, mais seulement pour les points attribués aux soins de psychologie et ceux attribués aux soins à domicile pour les personnes en perte d'autonomie. Les personnes qui ne bénéficient pas d'une assurance privée ou collective pour les soins offerts au privé sont plus favorables à augmenter les taxes et impôts pour favoriser une extension de la couverture du régime de santé visant à inclure ces services.

Certaines caractéristiques sociodémographiques sont associées au soutien des répondants pour une extension de la couverture des services par le régime public. L'âge ressort comme un facteur important. Comme on s'y attendait, 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. 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 psychologie, d'optométrie et les soins dentaires. Le résultat le plus fort est pour les services de psychologie. Les femmes priorisent les soins de santé psychologiques, mais ne sont pas plus susceptibles que les hommes de vouloir payer davantage de taxes et d'impôts pour une couverture publique.

Finalement, la stigmatisation envers la santé mentale ressort comme étant un facteur significatif pour les points attribués aux soins de psychologie, et uniquement pour ce type de soins. 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. En revanche, la stigmatisation envers la santé mentale ne joue pas un rôle important dans la volonté des répondants de contribuer davantage financièrement à un élargissement de la couverture ni pour les services psychologiques ni pour aucun autre service.

La couverture universelle des soins offerts au privé n'est peut-être pas une priorité pour les Québécois

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 d'autres soins offerts au privé, notamment les soins de santé psychologiques. La réticence des personnes qui se positionnent à droite à payer davantage de taxes ou d'impôts pour que les services offerts au privé soient couverts par le régime public pourrait expliquer pourquoi il est peu probable que les gouvernements de centre droit se positionnent en faveur d'une extension de la couverture publique.

Néanmoins, on observe un fort appui populaire envers une couverture publique pour les soins à domicile et les soins dentaires, ce qui reflète la volonté des gouvernements provinciaux et fédéraux d'investir davantage dans ces domaines. Par ailleurs, la mouvance vers un financement privé des soins de santé pourrait créer un cercle vicieux contre le financement public des soins et services de santé en réduisant la volonté des citoyens de payer des impôts pour le système public.

Références

- Burlacu, D. & 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.
- Bussemeyer, 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): 21-40.
- Costa-Font, J. & Jofre-Bonet, M. (2008). Is there a 'secession of the wealthy'? Private health insurance up-take and National Health System support. *Bulletin of Economic Research* 60(3), 265-287.
- Eaton, E. & Hunt, A. (2024). Does Willingness to Pay differ for mental and physical health? *Value in Health* 27(10): 1417-1425.
- Jacques, O. (2023). Explaining Willingness to Pay Taxes: The Role of Income, Education, Ideology. *Journal of European Social Policy* 33(3): 267-284.
- 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, Rapports de projets, CIRANO.)
- Jensen, C. & Petersen, M.B. (2017). The deservingness heuristic and the politics of health care. *American Journal of Political Science* 61(1): 68-83.
- Kullberg, L., Blomqvist, P., & Winblad, U. (2025). How Private Health Insurance Shapes Perceptions of Public Healthcare in Sweden. *The International Journal of Health Planning and Management* 40(5): 1048-1057.
- Missinne, S., Meuleman, B. & Bracke, P. (2013). The popular legitimacy of European healthcare systems: A multilevel analysis of 24 countries. *Journal of European Social Policy* 23(3): 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.
- 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.
- Ramji, S. & Quiñonez, C. (2012). Public preferences for government spending in Canada. *International Journal for Equity in Health* 11: 1-10.
- Sharac, J., Mccrone, P., Clement S, & Thornicroft, G. (2010). The economic impact of mental health stigma and discrimination: a systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 19(3): 223-232.
- Stantcheva S. (2021) Understanding tax policy: How do people reason? *The Quarterly Journal of Economics* 136(4): 2309-2369.
- Stone, E.M. & McGinty, E.E. (2018). Public willingness to pay to improve services for individuals with serious mental illness. *Psychiatric services* 69(8): 938-941.

Pour citer cet article:

Jacques, O., Perrot, M., Prud'homme, A., Vincent, C., & Borgès Da Silva, R. (2026). L'opinion des Québécois envers la couverture universelle des soins de santé offerts au privé (2025PJ-20, Revue PERSPECTIVES, CIRANO.)
<https://doi.org/10.54932/KLDX8404>

PERSPECTIVES est la revue de diffusion et de valorisation de la recherche au CIRANO. Rédigés dans une forme accessible à un auditoire élargi, les articles de la revue PERSPECTIVES assurent une visibilité aux travaux et à l'expertise de la communauté de recherche du CIRANO. Comme toute publication CIRANO, les articles sont fondés sur une analyse rigoureusement documentée, réalisée par des chercheuses, chercheurs et Fellows CIRANO.

Les articles publiés dans PERSPECTIVES n'engagent que la seule responsabilité de leurs auteurs.

ISSN 2563-7258 (version en ligne)

Directrice de la publication :
Nathalie de Marcellis-Warin, Présidente-directrice générale
Rédactrice en chef :
Carole Vincent, Directrice de la mobilisation des connaissances

www.cirano.qc.ca