



CIRANO

Allier savoir et décision

PRIORITÉ À LA SANTÉ : LES PRÉFÉRENCES DES QUÉBÉCOIS EN PERSPECTIVE COMPARÉE

OLIVIER JACQUES
PHILIPPE CHASSÉ



RP

2025RP-09
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
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 Montréal
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.

© Avril 2025. Olivier Jacques, Philippe Chassé. 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.*

Priorité à la santé : Les préférences des Québécois en perspective comparée

Olivier Jacques^{}, Philippe Chassé[†]*

Résumé/Abstract

Ce rapport vise à comprendre les préférences des Québécois en ce qui a trait aux compromis en matière de politiques publiques inhérents à la hausse des dépenses de santé. Il se base sur des sondages expérimentaux permettant d'évaluer l'appui à différentes réformes du réseau de la santé, ainsi que la volonté de payer des citoyens pour une hausse des dépenses de santé, soit par l'impôt, soit par une réduction des autres dépenses publiques. Il comporte trois objectifs principaux, à savoir : a) comprendre les préférences des citoyens quant aux arbitrages entre la hausse des coûts de la santé, l'imposition et les autres politiques sociales; b) comprendre les préférences des citoyens quant à une réorientation des dépenses à l'intérieur du réseau de la santé; et c) comprendre les lignes de conflit et les coalitions potentielles concernant les solutions à la hausse des coûts de la santé.

Nos résultats indiquent que les Québécois ont tendance à prioriser les dépenses en santé au détriment d'autres politiques publiques et à être très insatisfaits du système de santé. Nos analyses révèlent en outre qu'il existe un lien clair entre la vulnérabilité à la maladie et les attitudes à l'égard du financement du système de santé. Les personnes âgées, les femmes et les individus en moins bonne santé priorisent davantage les politiques de santé que les autres répondants, tout particulièrement les soins curatifs qui leur seraient bénéfiques immédiatement, au détriment des soins préventifs. Cette demande élevée ne se traduit pas nécessairement par une volonté de payer davantage d'impôts pour soutenir ces nouvelles dépenses publiques. Au contraire, ces groupes de citoyens sont les moins susceptibles de vouloir payer davantage d'impôts pour financer des dépenses de santé additionnelles.

Contrairement aux résultats de plusieurs études menées précédemment, nos analyses montrent qu'il existe un conflit idéologique marqué en ce qui concerne les politiques de santé. Les individus qui se positionnent à gauche de l'échiquier politique souhaitent maintenir le caractère public du système, limiter les frais aux usagers et réduire les inégalités reliées à la santé. Ils acceptent aussi de payer davantage d'impôts pour atteindre ces objectifs. Les individus qui se positionnent à droite préfèrent le contraire. Nous ne trouvons pas de clivage relié au revenu ou à l'éducation concernant les politiques de santé; la santé est bel et bien une politique publique appuyée par l'ensemble des classes sociales.

^{*} Professeur adjoint, Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé de l'École de santé publique de l'Université de Montréal. Chercheur CIRANO

[†] Candidat au doctorat, Département de science politique de l'Université de Montréal et Centre de recherches politiques de Sciences Po (CEVIPOF), CNRS, Sciences Po.

This report aims to understand Quebecers' preferences regarding the public policy trade-offs associated with increased healthcare spending. It is based on experimental surveys that allow to assess support for different healthcare network reforms, as well as citizens' willingness to pay for an increase in healthcare spending, either via taxation or via a reduction in other public spending. It has three main objectives, namely a) to understand citizens' preferences regarding trade-offs between rising healthcare costs, taxation, and other social policies; b) to understand citizens' preferences regarding a reorientation of spending within the healthcare network; and c) to understand lines of conflict and potential coalitions regarding solutions to rising healthcare costs.

Our results indicate that Quebecers tend to prioritize healthcare spending over other public policies, and to be highly dissatisfied with the healthcare system. Our analyses also reveal a clear link between vulnerability to illness and attitudes towards health system financing. Older individuals, women and those with poorer health prioritize health policies more than other respondents, especially curative care that would benefit them immediately, to the detriment of preventive care. This high demand does not necessarily translate into a willingness to pay higher taxes to support this new public spending. On the contrary, these groups of citizens are the least likely to be willing to pay higher taxes to finance additional healthcare expenditure.

Contrary to the results of several previous studies, our analyses show that there is a marked ideological conflict when it comes to healthcare policies. Individuals who identify with the political left prioritize preserving the public nature of the healthcare system, minimizing user fees, and reducing health-related inequalities. They are also willing to pay higher taxes to achieve these goals. Individuals who align with the right prefer the opposite. We find no income or education divide when it comes to health policies; health is indeed a public policy supported by all social classes.

Mots-clés/Keywords : Opinion publique; politiques de santé; politiques sociales; taxation; réformes / Public opinion; Health policy; Social policy; Taxation; Reforms

Pour citer ce document / To quote this document

Jacques, O., & Chasse, P. (2025). *Priorité à la santé : Les préférences des Québécois en perspective comparée* (2025RP-09, Rapports de projets, CIRANO.) <https://doi.org/10.54932/HISH3220>

Remerciements

Les auteurs remercient Sharon Baute, Marius Busemeyer et David Weisstanner pour leur contribution à la création du sondage sur lequel se base ce rapport de projet. Ils tiennent aussi à souligner le soutien financier du CIRANO, du Conseil de recherche en sciences humaines (CRSH) et des universités de Constance et de Lucerne. Les auteurs remercient également les participants à la conférence de l'Association canadienne de science politique à Montréal (juin 2024), à la conférence du Council of European Studies à Lyon (juillet 2024), à la conférence de l'American Political Science Association à Philadelphie (septembre 2024), ainsi que les participants des séminaires de la Chaire de recherche du Canada en démocratie électorale et du Centre pour l'étude de la citoyenneté démocratique pour les commentaires sur les articles scientifiques reliés à ce projet de recherche.

Table des matières

Liste des tableaux	2
Liste des figures.....	2
Faits saillants	4
1. Contexte du sondage.....	5
1.1. Problématique de la recherche	5
1.2. Choix des cas	7
2. Rapport technique du sondage.....	9
2.1. Financement du sondage	9
2.2. Sélection de la firme de sondage	9
2.3. Éthique.....	10
2.4. Échantillonnage du sondage.....	10
2.5. Langues du sondage.....	10
2.6. Collecte des données	10
2.7. Structure du rapport	10
3. Résultats	12
3.1. Comparaison entre les domaines de politiques sociales.....	12
3.2. Priorités en matière de soins de santé.....	25
3.4. Contexte politique	45
4. Analyses	48
4.1. Variables et méthodes	48
4.2. Déterminants de la demande publique à l'égard des dépenses en santé sans contraintes.....	49
4.3. Déterminants de la demande publique à l'égard des dépenses en santé avec contraintes.....	50
4.4. Volonté de payer plus d'impôts pour financer les dépenses de santé	54
4.5. Coalitions citoyennes en faveur d'une réorientation des dépenses à l'intérieur du réseau de la santé	56
4.6. Préférences en matière de santé curative et de santé préventive	58
5. Discussion et conclusion	60
5.1. Discussion des résultats	60
5.2. Les particularités québécoises	61
5.3. Limites de l'étude	62
5.4. Implications pour les politiques publiques.....	62
Références	64

Liste des tableaux

Tableau 3.1. Attribution de points entre les différents postes de dépenses par juridiction	14
Tableau 3.2. Attribution de points entre différentes politiques relatives aux soins de santé par juridiction	29
Tableau 3.3. Saillance des enjeux par juridiction.....	47

Liste des figures

Figure 3.1. Préférences en matière de dépenses non contraintes au Québec	12
Figure 3.2. Préférences en matière de dépenses non contraintes en Ontario.....	13
Figure 3.3. Préférences en matière de dépenses non contraintes en Allemagne, en Suisse et en Angleterre.....	13
Figure 3.4. Résultats de l'expérience sur la formulation au Canada	15
Figure 3.5. Effet des différentes conditions sur l'appui au Canada	16
Figure 3.6. Résultats de l'expérience sur la formulation en Allemagne, en Suisse et en Angleterre.....	17
Figure 3.7. Effet des différentes conditions sur l'appui en Allemagne, en Suisse et en Angleterre	17
Figure 3.8. Attitudes à l'égard des compromis au Québec.....	18
Figure 3.9. Attitudes à l'égard des compromis en Ontario.....	19
Figure 3.10. Attitudes à l'égard des compromis en Allemagne, en Suisse et en Angleterre	19
Figure 3.11. Évaluation des performances au Québec	20
Figure 3.12. Évaluation des performances en Ontario.....	20
Figure 3.13. Évaluation des performances en Allemagne, en Suisse et en Angleterre.....	21
Figure 3.14. Satisfaction générale à l'égard des soins de santé par juridiction	22
Figure 3.15. Résultats de l'expérience conjointe.....	23
Figure 3.16. Attitudes à l'égard des propositions pour limiter les coûts au Québec.....	25
Figure 3.17. Attitudes à l'égard des propositions pour limiter les coûts en Ontario.....	26
Figure 3.18. Attitudes à l'égard des propositions pour limiter les coûts en Allemagne, en Suisse et en Angleterre	26
Figure 3.19. Options privilégiées au Québec	27
Figure 3.20. Options privilégiées en Ontario	28
Figure 3.21. Options privilégiées en Allemagne, en Suisse et en Angleterre	28
Figure 3.22. Modèles appliqué et préféré au Québec.....	30
Figure 3.23. Modèles appliqué et préféré en Ontario	31
Figure 3.24. Modèles appliqué et préféré en Allemagne.....	31
Figure 3.25. Modèles appliqué et préféré en Suisse.....	32
Figure 3.26. Modèles préféré et appliqué en Angleterre.....	32
Figure 3.27. Volonté de payer plus d'impôts au Québec	33
Figure 3.28. Volonté de payer plus d'impôts en Ontario.....	34
Figure 3.29. Volonté de payer plus d'impôts en Allemagne, en Suisse et en Angleterre.....	34
Figure 3.30. Attitudes à l'égard de l'organisation des soins de santé au Québec.....	35
Figure 3.31. Attitudes à l'égard de l'organisation des soins de santé en Ontario	36
Figure 3.32. Attitudes à l'égard de l'organisation des soins de santé en Allemagne, en Suisse et en Angleterre	36
Figure 3.33. Attitudes à l'égard des inégalités en matière de soins de santé par juridiction	37

Figure 3.34. Appui à la réduction des inégalités au Québec	38
Figure 3.35. Appui à la réduction des inégalités en Ontario.....	39
Figure 3.36. Appui à la réduction des inégalités en Allemagne, en Suisse et en Angleterre.....	39
Figure 3.37. Arbitrages entre les politiques de santé au Québec	40
Figure 3.38. Arbitrages entre les politiques de santé en Ontario.....	41
Figure 3.39. Arbitrages entre les politiques de santé en Allemagne, en Suisse et en Angleterre.....	41
Figure 3.40. Attitudes à l'égard du rôle du gouvernement au Québec.....	43
Figure 3.41. Attitudes à l'égard du rôle du gouvernement en Ontario	43
Figure 3.42. Attitudes à l'égard du rôle du gouvernement en Allemagne, en Suisse et en Angleterre	44
Figure 3.43. Perception de la maîtrise des enjeux au Québec	45
Figure 3.44. Perception de la maîtrise des enjeux en Ontario.....	45
Figure 4.1. La demande de dépenses publiques en santé	50
Figure 4.2. Saillance de l'enjeu de la santé.....	51
Figure 4.3. Attribution de points entre les différents postes de dépenses.....	52
Figure 4.4. Appui à l'augmentation des dépenses en fonction de la formulation	53
Figure 4.5. Volonté de payer plus d'impôts, variables indépendantes non standardisées	54
Figure 4.6. Appui aux mesures de contrôle des coûts, variables indépendantes standardisées.....	56
Figure 4.7. Appui à différents types d'organisation des systèmes de soins, variables indépendantes standardisées ...	58
Figure 4.8. Allocation de points vers les soins préventifs, variables indépendantes standardisées	59

Faits saillants

- Une forte majorité de Québécois souhaitent que le gouvernement augmente les dépenses de santé.
- Une forte majorité de Québécois estiment que le gouvernement doit fournir des soins de santé égaux à tous et financer les soins de santé à l'aide de l'impôt.
- Les Québécois et les Ontariens priorisent davantage les dépenses en soins de santé que les Allemands, les Suisses et les Anglais.
- Les Québécois et les Ontariens sont, en moyenne, considérablement moins satisfaits des soins de santé offerts dans leur pays que les Allemands, les Suisses et les Anglais.
- Les Ontariens et les Québécois se distinguent des répondants des autres régions par leur priorisation des soins de santé curatifs au détriment de la prévention.
- En fait, les préférences des Ontariens et des Québécois sont très similaires. La demande à l'égard d'une augmentation des dépenses de santé demeure un peu plus élevée en Ontario qu'au Québec, tout comme la volonté de payer davantage d'impôts pour les soins de santé.
- Au Québec, la solution la plus populaire pour limiter les coûts des soins de santé est de réduire les dépenses consacrées aux activités de promotion de la santé. La deuxième solution la plus populaire est la hausse des impôts.
- Les femmes, les membres de la population plus âgés, les personnes se situant sur la gauche économique et celles qui ont des valeurs sociales libérales sont plus susceptibles que les autres de vouloir augmenter les dépenses en santé et de considérer que le rôle du gouvernement est d'offrir des soins de qualité. Ces groupes ont également tendance à prioriser davantage la santé que les autres.
- Les citoyens plus aisés et ceux qui vivent en zone urbaine sont plus enclins à accepter de payer davantage d'impôts pour améliorer la qualité ou l'espérance de vie, alors que les femmes et les personnes qui vivent en zone rurale sont plus réfractaires à cette idée.
- C'est chez les individus qui se situent à gauche de l'échiquier politique, tant sur le plan de leurs valeurs sociales que de leurs attitudes à l'égard de l'économie, que l'on retrouve la plus forte volonté de payer davantage d'impôts pour financer le système de santé.
- En fait, les répondants de gauche sont plus susceptibles que les autres d'appuyer l'augmentation des dépenses de santé, peu importe le type de coûts qu'elle pourrait entraîner.
- Les femmes, les membres de la population plus âgés, les gens qui vivent en zone rurale ainsi que les personnes en mauvaise santé et celles qui ont des attitudes économiques et sociales de gauche sont plus susceptibles de préférer une organisation publique de la santé et de considérer qu'il serait injuste que de meilleurs soins de santé soient proposés aux gens plus aisés.
- Les femmes, les individus qui vivent en zone rurale et les personnes en mauvaise santé accordent généralement moins d'importance à la prévention que les autres. Les citoyens qui accordent le plus d'importance à la prévention sont ceux qui se disent satisfaits du système de santé et ceux qui ont des valeurs libérales.

1. Contexte du sondage

1.1. Problématique de la recherche

L'augmentation des coûts des soins de santé, jumelée aux contraintes budgétaires, limite les ressources qu'il est possible d'allouer au système de santé. Les gouvernements doivent donc faire des choix en ce qui concerne la répartition des fonds publics tant à l'intérieur des systèmes de santé qu'entre différents domaines de politiques publiques. Afin de comprendre les décisions prises par les gouvernements, il importe de mieux saisir les préférences des électeurs, entre autres parce que les partis au pouvoir doivent être attentifs aux préférences de différents groupes lorsqu'ils tentent de réunir des coalitions électorales gagnantes. Ainsi, il importe de discerner les coalitions en faveur de chacun des choix difficiles que les gouvernements doivent faire pour réagir efficacement au vieillissement de la population, à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et à la hausse des dépenses de santé que ces facteurs entraînent. De plus, les réformes de politiques publiques tendent à être plus durables lorsqu'elles bénéficient d'un fort appui populaire. Les réformes doivent s'ancrer dans des coalitions de partis politiques et d'électeurs.

Or, on en sait somme toute peu sur les préférences des électeurs en ce qui concerne les politiques de santé (Burlacu et Roescu, 2021). La recherche sur les préférences individuelles ayant trait aux politiques de santé laisse croire qu'il existe un consensus en faveur des dépenses publiques de santé chez les électeurs de gauche comme de droite, chez les riches comme les pauvres, et chez les jeunes comme les vieux (Jensen, 2012, 2014; Jordan, 2010; Naumann, 2018; Vallée-Dubois, 2023)¹. Pourtant, les choix entourant les politiques de santé sont conflictuels. D'abord, la pandémie de la COVID-19 a accentué les conflits liés à la santé publique (Beramendi et Rodden, 2022). Ensuite, les systèmes publics de santé redistribuent des plus riches vers les plus pauvres et des plus jeunes vers les plus vieux, alors que les systèmes privés sont moins redistributifs (Causa et Hermansen, 2017; Christl et al., 2020; Christopher et al., 2018; Corscadden et al., 2014). En outre, les dépenses de santé représentent une part grandissante des budgets des gouvernements, ce qui pourrait limiter le financement d'autres programmes publics, nuire à la soutenabilité budgétaire des États, forcer une hausse des impôts (Ferguson et Jacques, 2019; Jacques, 2020; Palier, 2021), et ainsi accroître les conflits politiques sur les orientations à prendre. Par conséquent, il nous semble possible que les travaux actuels sous-estiment le niveau de conflit entre différents groupes en ce qui concerne les politiques de santé.

Les études plus récentes en économie politique portant sur les préférences individuelles forcent les répondants à établir un ordre de priorité entre différentes politiques publiques et à réfléchir aux coûts de leurs demandes, en vue de refléter les arbitrages fiscaux auxquels les gouvernements doivent faire face (Bremer et Bürgisser, 2022; Busemeyer et al., 2020; Häusermann et al., 2021). Ces enquêtes, qui reposent sur des devis expérimentaux, parviennent à mieux déterminer l'impact des valeurs et des intérêts individuels sur les préférences politiques. Elles tendent aussi à révéler davantage de désaccords et de conflits entre les groupes. Or, aucun sondage de ce type n'a été réalisé sur les priorités et les arbitrages en matière de politiques de santé dans un contexte réaliste qui ressemble aux choix budgétaires que doivent faire les

¹ Nous discutons de la manière dont nous définissons et opérationnalisons la gauche et la droite à la section 4.1.

gouvernements (Kölln et Wlezien, 2024). Le cloisonnement disciplinaire est responsable de ces lacunes : les considérations politiques sont absentes des études sur les politiques de santé réalisées par des chercheurs en sciences de la santé, alors que la science politique n'accorde pas assez d'attention aux politiques de santé (Lynch, 2023).

Dans un autre ordre d'idées, plusieurs chercheurs soulignent que les gouvernements devraient réorienter les soins de santé pour les faire passer d'une perspective curative à une approche préventive en vue d'améliorer la santé de la population à long terme (Ammi et al., 2024; Masters et al., 2017; Mays et Smith, 2011). Toutefois, des recherches sur le financement de la santé publique ont démontré qu'un tel changement est difficile à soutenir politiquement, alors que les dépenses de santé publique sont assujetties aux pressions budgétaires (Jacques et al., 2023; Jacques et Noël, 2022a). Ces recherches postulent que l'absence de demande publique à l'égard d'une politique invisible dont les effets ne se font sentir qu'à long terme expliquerait en partie le faible investissement des gouvernements en santé publique en dépit du fait qu'il réduit la mortalité et diminue les coûts des soins de santé. Pourtant, les résultats des études sur les préférences du public entre les traitements curatifs et la prévention sont partagés (Bosworth et al., 2010; Boxebeld et al., 2024; Corso et al., 2002; Meertens et al., 2013; Trein et al., 2021; Xesfingi et al., 2016). Notons néanmoins que ces études évacuent les considérations politiques et demeurent loin de la réalité budgétaire des gouvernements, car elles ont recours à des questions très générales ou ne comparant qu'une intervention préventive ou curative (Luyten et al., 2015; Meusel et al., 2023; Núñez et Chi, 2021).

L'enquête que nous présentons dans ce rapport de projet porte sur les priorités des répondants en ce qui a trait aux politiques de santé et à d'autres objectifs budgétaires, ainsi qu'aux attitudes des électeurs à l'égard de réformes au sein même du système de santé, comme une réorientation des soins curatifs vers le préventif et la santé publique. Nous cherchons à répondre aux cinq questions de recherche suivantes :

- 1) Quels sont les déterminants de la demande publique à l'égard des dépenses de santé?
- 2) Quels groupes de citoyens priorisent les dépenses de santé avant tout, et quels groupes préfèrent des investissements dans d'autres programmes publics, quitte à limiter les dépenses de santé?
- 3) Qui accepte de payer plus d'impôts pour financer des dépenses de santé additionnelles?
- 4) Quels groupes composent les coalitions citoyennes en faveur d'une réorientation des dépenses à l'intérieur même du réseau de la santé ? Quels groupes de citoyens préfèrent répondre aux défis de financement des dépenses de santé en privatisant le système ou en augmentant les contributions des usagers?
- 5) Est-ce que les citoyens ont une préférence intrinsèque pour la santé curative au détriment de la santé préventive? Qui priorise la santé préventive?

Nous tentons de déterminer si les électeurs ont tendance à prioriser davantage les politiques de santé que les autres politiques publiques populaires telles que l'éducation et les

retraites. Nous cherchons à analyser si nos devis expérimentaux révèlent des conflits entre des groupes basés sur l'âge, l'idéologie et le revenu – des variables généralement au cœur de l'analyse politique. Cette approche nous permet de vérifier si le consensus préalablement établi à l'égard des politiques de santé tient lorsque nous affinons les questions d'enquête.

Le sondage sur lequel se base ce rapport nous permet en outre d'analyser l'impact de l'évaluation de la performance du système de santé sur la demande publique et de contribuer au débat scientifique portant sur la question. Certains suggèrent que l'insatisfaction du public réduit l'appui au système actuel et la volonté de payer des impôts pour le soutenir (Goubin et al., 2024; Gugushvili, 2022; Jacques et Perrot, 2024), alors que d'autres suggèrent que l'insatisfaction incite les électeurs à exiger davantage d'investissements publics pour améliorer le système (Busemeyer, 2023; Chung et Meuleman, 2017). Dans un contexte où la population tend à considérer que le système de santé est en crise au Québec, et plus généralement au Canada, il importe de savoir comment l'évaluation individuelle de la performance du système de santé influence les préférences du public (Hays-Alberstat et Jacques, 2024; Jacques et Perrot, 2024).

1.2. Choix des cas

Le sondage a été réalisé auprès de 8 000 répondants divisés également entre quatre pays : le Canada, l'Allemagne, la Suisse et le Royaume-Uni. Nous ne comparons que deux provinces canadiennes, le Québec et l'Ontario, afin d'avoir suffisamment d'observations pour que nos échantillons soient représentatifs dans chacune d'entre elles. Nous avons sondé uniquement des répondants d'Angleterre, puisqu'il existe des différences entre les systèmes de santé des quatre nations britanniques (Deeming, 2024).

Ces cinq régions ont été sélectionnées afin que nos résultats soient généralisables à différents systèmes de santé. Nous comparons deux types de systèmes de soins de santé différents : le Québec, l'Ontario et l'Angleterre disposent de réseaux de santé nationaux financés par les impôts généraux (NHS), tandis que l'Allemagne et la Suisse possèdent des systèmes d'assurance maladie sociale (SHI) qui s'appuient sur des acteurs de la société pour gérer et fournir des services de santé, lesquels peuvent différer selon les caisses d'assurance maladie (Böhm et al., 2013). La part publique des dépenses totales de soins de santé est plus faible au Canada qu'en Angleterre (Böhm et al., 2013; Martin et al., 2018). La Suisse comptait historiquement sur un système d'assurance privée, mais a mis en place une couverture obligatoire (privée) pour l'ensemble de la population en 1996 (De Pietro et al., 2015). Elle conserve néanmoins plusieurs éléments d'un système privé, comme un mécanisme de financement nettement moins progressif que les cotisations sociales de santé allemandes et des prestations de soins de santé davantage offerte par le réseau privé (bien que l'Allemagne dispose d'un système privé couvrant environ 10 % de la population).

Comme il en sera question aux sections 3 et 4, la satisfaction² à l'égard du système de santé varie énormément entre ces cinq régions. D'autres études ont démontré que la satisfaction

² Comme on le voit aux questions 3.1.5 et 3.1.6, nous définissons la satisfaction par des questions générales portant sur « le degré de satisfaction par rapport à l'état des soins de santé au pays ». C'est une stratégie de mesure assez similaire à celle des études comparatives de Tavares et Ferreira (2020) et de Wendt et al. (2010).

était plus faible dans les systèmes de type NHS (Tavares et Ferreira, 2020; Wendt et al., 2010). Cet écart peut s'expliquer par le fait que les systèmes de type NHS tendent à contrôler les coûts en limitant l'accès et en s'appuyant sur de longues listes d'attente, des facteurs qui ont une influence particulièrement importante sur la satisfaction (AlSaud et al., 2018; Missinne et al., 2013). Les contrôles des coûts sont plus difficiles à mettre en œuvre dans les systèmes SHI où les acteurs sociaux responsables de la fourniture des soins de santé sont en mesure de bloquer les mesures de réduction. Par conséquent, les dépenses de santé publique ont tendance à être plus élevées dans les SHI (Jacques, 2024).

2. Rapport technique du sondage

2.1. Financement du sondage

L'enquête sur laquelle repose ce rapport fait partie d'un projet piloté par Olivier Jacques en tant que chercheur principal. Ce projet est financé à l'aide d'une subvention de 68 665 \$ du programme Développement savoir du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) obtenue en juin 2023. Le sondage a été réalisé en collaboration avec Sharon Baute (Université de Constance, en Allemagne), Marius Busemeyer (Université de Constance, en Allemagne) et David Weisstanner (Université de Lucerne, en Suisse). Ces trois chercheurs seront, avec Olivier Jacques, coauteurs de la plupart des articles scientifiques rédigés à partir des données du sondage, mais n'ont pas pris part à la rédaction du rapport de projet produit pour le CIRANO. Le sondage a aussi reçu un appui financier des Universités de Constance (M. Busemeyer, environ 22 000 \$) et de Lucerne (D. Weisstanner, environ 28 000 \$) pour financer les composantes de l'enquête portant sur leurs pays respectifs. Le CIRANO a financé une partie du sondage (18 000 \$) à travers le projet 8166 (financement total de 42 720 \$) dont Olivier Jacques est également le chercheur principal.

Ainsi, le CIRANO a financé directement la partie du sondage qui porte sur le Québec et l'Ontario. Dans le devis de recherche, nous avons prévu de sonder 2 000 répondants au Québec uniquement. Or, les collaborations internationales développées dans le cadre de ce projet nous ont incités à sonder des répondants d'autres pays pour nous assurer que les résultats étaient généralisables à différents contextes. Nous nous sommes toutefois assurés d'avoir un échantillon représentatif au Québec, tout en sondant aussi un échantillon représentatif en Ontario. Le but était d'être en mesure de **mettre en parallèle** les préférences des Québécois avec celles des citoyens de la province canadienne la plus **comparable**. Ce choix méthodologique nous permet d'analyser adéquatement les préférences des Québécois et de mieux les étudier à la lumière de celles des citoyens d'autres démocraties occidentales.

2.2. Sélection de la firme de sondage

Quatre firmes de sondage ont été contactées : CINT, Dynata, Léger et YouGov. Nous cherchions un groupe en mesure d'établir des quotas en fonction de l'âge, du sexe et du niveau de scolarité des répondants dans chacune des régions analysées. La société retenue devait de surcroît être apte à sonder au moins 2 000 répondants par pays tout en respectant ces quotas. Pour répondre au mandat du CIRANO, il fallait aussi être en mesure de sonder 1 000 Québécois et 1 000 Ontariens avec un échantillon représentatif dans les deux provinces. Par ailleurs, notre financement provenant des universités de Constance et de Lucerne était assorti de la condition de sonder 2 000 Suisses et 2 000 Allemands. Idéalement, la firme devait être en mesure de programmer le sondage elle-même et de nous offrir un accompagnement pendant la création du sondage et la programmation des questions. Les firmes ayant proposé les devis les moins chers, Dynata et CINT, ont été éliminées parce qu'elles n'avaient pas la capacité de fournir un échantillon assez grand en Suisse. Les devis de Léger et d'IPSOS étaient considérablement plus élevés que celui de YouGov (25 % et 60 % plus chers, respectivement) malgré une offre semblable. Nous avons donc opté pour la firme YouGov.

2.3. Éthique

Le sondage sur lequel se base ce rapport de projet a obtenu une approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche en science et en santé (CERSES) de l'Université de Montréal le 8 mars 2024 (Projet n° 2023-4890).

2.4. Échantillonnage du sondage

La firme de sondage YouGov détient des panels propriétaires dans les quatre pays étudiés. Au total, 8 000 participants ont pris part à l'enquête : 1 000 citoyens canadiens résidant au Québec, 1 000 citoyens canadiens résidant en Ontario, 2 000 citoyens allemands, 2 000 citoyens suisses et 2 000 citoyens britanniques résidant en Angleterre. Tous les répondants étaient adultes. Les échantillons recrutés par YouGov étaient représentatifs de la distribution du sexe de l'âge et du niveau de scolarité au sein des populations étudiées. La firme de sondage a également utilisé des quotas tenant compte de l'identification partisane des citoyens. Les données du sondage ont été pondérées à l'aide de scores de propension. Au Canada, les données ont été pondérées de manière à être représentatives des populations du Québec et de l'Ontario.

2.5. Langues du sondage

Le questionnaire a d'abord été écrit en anglais par Olivier Jacques, Sharon Baute, Marius Busemeyer et David Weisstanner. Il a été traduit en français par Sharon Baute, Philippe Chassé et Olivier Jacques et en allemand et en suisse allemand par Marius Busemeyer et David Weisstanner. Ainsi, les participants pouvaient répondre au sondage en français et en anglais au Canada, en anglais en Angleterre, en allemand en Allemagne et en français et en suisse allemand en Suisse.

2.6. Collecte des données

La collecte des données a eu lieu du 10 au 17 juin 2024 au Canada, du 12 au 19 juin 2024 en Allemagne, du 12 au 27 juin 2024 en Suisse et du 10 au 14 juin 2024 en Grande-Bretagne. Un lancement préliminaire du sondage a été effectué en Angleterre le 12 mai 2024 pour valider les questions auprès de 400 répondants. Les questions n'ont pas été modifiées par la suite, de sorte que ces répondants ont été inclus dans l'échantillon final anglais. Les participants étaient invités à prendre part à un sondage en ligne d'une durée d'environ 20 minutes hébergé sur la plateforme de YouGov.

2.7. Structure du rapport

À la section 3, nous présentons la distribution des réponses aux questions du sondage portant sur les préférences individuelles en ce qui concerne les politiques de santé et les autres politiques sociales. Nous indiquons d'abord quel était le libellé de la question. Lorsque la question implique une manipulation expérimentale (comme à la section 3.1.3), nous détaillons la conduite de l'expérience. À la section 4, nous mettons en exergue les déterminants individuels des préférences en matière de politiques de santé à l'aide de régressions multivariées. Au début de cette section, nous expliquons comment nous avons codé les différentes variables indépendantes et nous décrivons les méthodes d'analyse que nous avons utilisées. Nous présentons ensuite les déterminants individuels des préférences concernant la dépense publique de santé, la volonté de

payer des impôts pour les soins de santé, la répartition des ressources à l'intérieur des systèmes de soins et les préférences en matière de santé préventive et curative. Pour terminer, à la section 5, nous abordons les conclusions que nous pouvons tirer de nos analyses. Nous nous penchons aussi sur leurs implications pour les politiques publiques, sur les particularités québécoises et sur les limites de l'étude.

3. Résultats

Dans cette section du rapport de projet, nous présentons la distribution des réponses aux questions principales du sondage. Premièrement, nous nous intéressons aux préférences des citoyens en ce qui concerne les différents domaines de politique sociale. Nous nous penchons sur leur appui à une diminution ou à une augmentation des dépenses publiques, sur les domaines qu'ils ont tendance à prioriser et sur leur évaluation des différents services publics qui leur sont offerts. Deuxièmement, nous portons notre attention sur leurs priorités en matière de soins de santé. Nous examinons les solutions qu'ils préfèrent pour répondre à l'augmentation des coûts des soins, mais aussi la manière dont ils souhaitent que le système de santé de leur pays soit organisé. Troisièmement, nous étudions leurs attitudes à l'égard des inégalités dans l'accès aux soins de santé. Enfin, nous nous intéressons à leurs attitudes politiques générales.

3.1. Comparaison entre les domaines de politiques sociales.

3.1.1. Préférences en matière de dépenses non contraintes

Libellé de la question : Vous trouverez ci-dessous une liste des différents postes de dépenses publiques. Veuillez indiquer si vous souhaiteriez que les dépenses publiques augmentent ou diminuent dans chaque poste. N'oubliez pas que si vous répondez « dépenser beaucoup plus », cela pourrait entraîner une augmentation des impôts.

Québec :

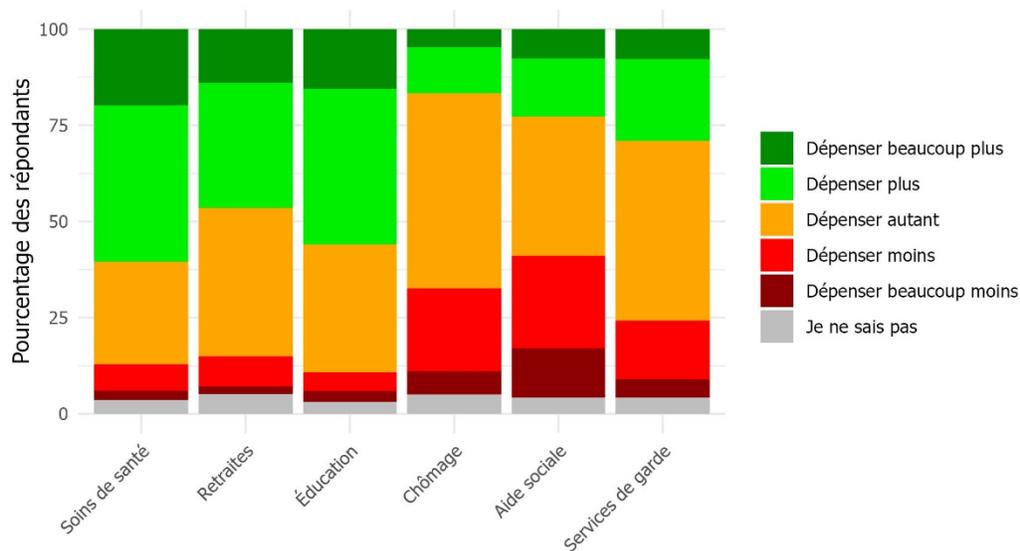


Figure 3.1. Préférences en matière de dépenses non contraintes au Québec

Ontario :

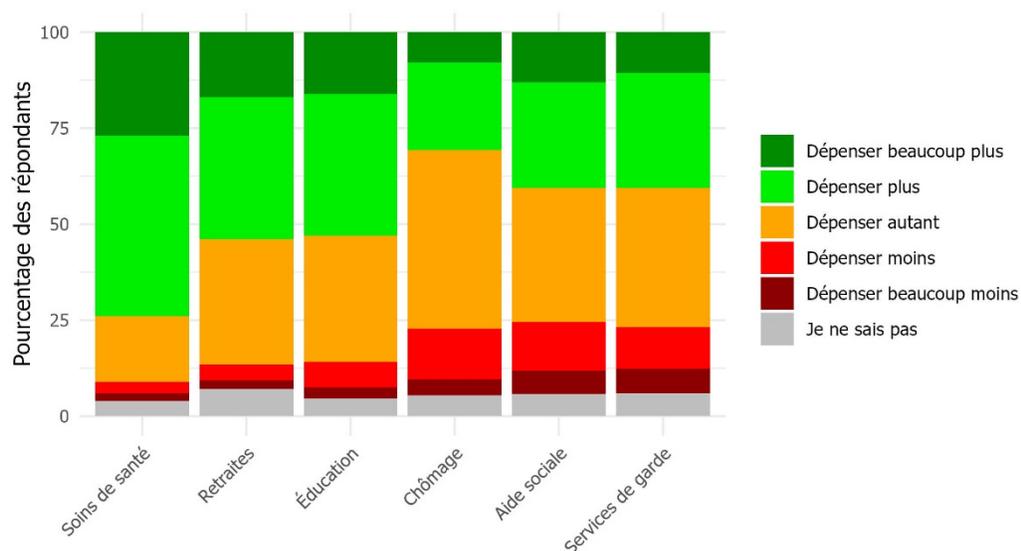


Figure 3.2. Préférences en matière de dépenses non contraintes en Ontario

Allemagne, Suisse et Angleterre :

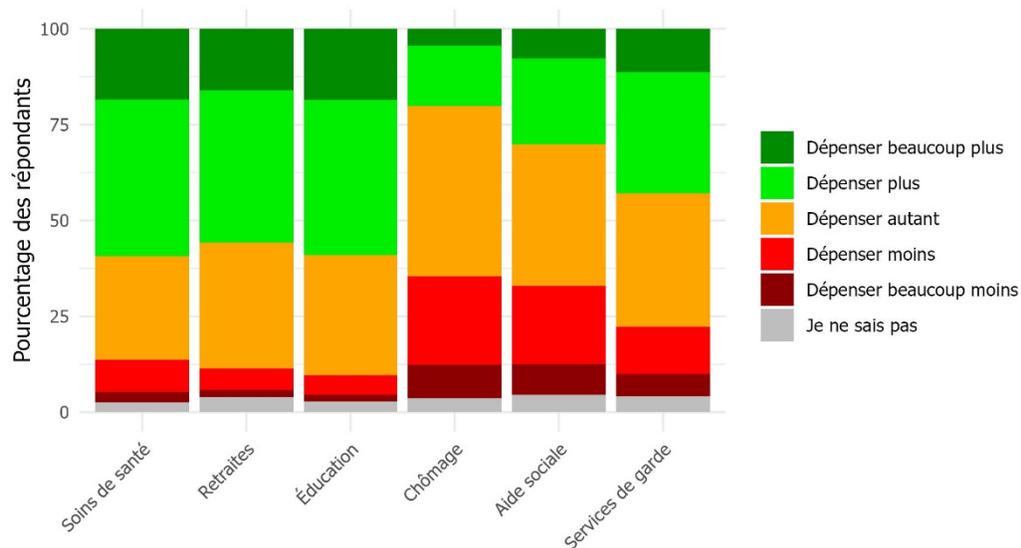


Figure 3.3. Préférences en matière de dépenses non contraintes en Allemagne, en Suisse et en Angleterre

Les figures 3.1, 3.2 et 3.3 révèlent que, dans les cinq régions étudiées, **une proportion importante de citoyens souhaite que le gouvernement augmente les dépenses en matière de soins de santé, de retraites et d'éducation.** Le pourcentage de citoyens qui affirment être favorables à une hausse des dépenses en santé est très élevé, particulièrement en Ontario.

3.1.2. Attribution de points entre les différents postes de dépenses

Libellé de la question : Imaginez que le gouvernement de votre pays envisage de créer un fonds spécial pour améliorer les services publics. Si vous pouviez décider, quels domaines relevant de l'État-providence devraient bénéficier d'un soutien financier plus important? Veuillez attribuer un total de 100 points aux différentes options. Donnez plus de points aux domaines que vous considérez comme les plus importants et moins de points à ceux que vous considérez comme les moins importants.

Tableau 3.1. Attribution de points entre les différents postes de dépenses par région sondée

	QC	ON	DE/CH/GB
Soins de santé	30,01	28,10	25,55
Retraites	18,58	18,40	21,14
Éducation	19,65	15,95	19,39
Chômage	9,51	11,49	9,42
Aide sociale	10,77	13,81	11,41
Services de garde	11,47	12,25	13,10

Les résultats présentés dans le tableau 3.1. vont de pair avec les tendances observées aux figures 3.1, 3.2 et 3.3. Ils montrent que les citoyens des cinq régions étudiées priorisent d'abord et avant tout les soins de santé. **Les répondants québécois et ontariens priorisent davantage la santé que les répondants allemands, suisses et anglais.** En outre, les participants qui résident au Québec priorisent davantage la santé, mais aussi l'éducation, que les participants qui résident en Ontario. Ils le font au détriment du chômage, de l'aide sociale et, dans une moindre mesure, des services de garde.

3.1.3. Expérience portant sur la formulation

Libellé de la question : Êtes-vous d'accord avec l'affirmation suivante :

[Groupe 1] Le gouvernement devrait augmenter les dépenses en matière de soins de santé/d'éducation/de retraites.

[Groupe 2] Le gouvernement devrait augmenter les dépenses en matière de soins de santé/d'éducation/de retraites, même si cela implique une augmentation des impôts.

[Groupe 3] Le gouvernement devrait augmenter les dépenses en matière de soins de santé/d'éducation/de retraites, même si cela implique une augmentation de la dette publique.

[Groupe 4] Le gouvernement devrait augmenter les dépenses en matière de soins de santé/d'éducation/de retraites, même si cela implique de réduire les dépenses dans d'autres domaines de l'État-providence.

Canada :

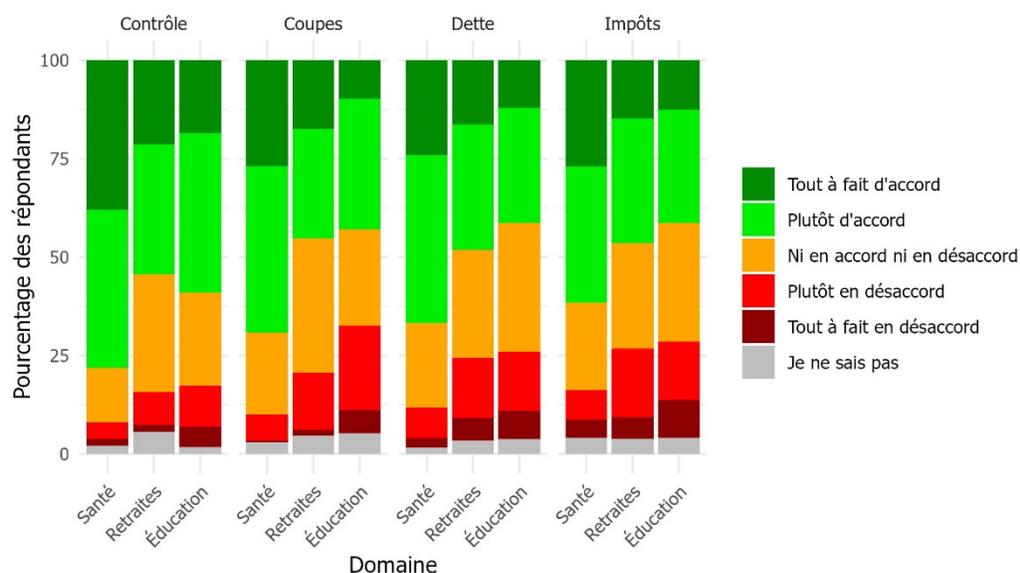


Figure 3.4. Résultats de l'expérience sur la formulation au Canada

Pour cette question, les répondants ont été répartis aléatoirement en quatre groupes. Le premier a été assigné à la condition de contrôle, tandis que les trois autres (groupes 2 à 4) ont été assignés à l'une des conditions expérimentales. Chaque répondant devait répondre à deux questions portant sur deux thèmes différents entre la santé, l'éducation et les retraites. Le traitement, défini par la conséquence précisée dans le libellé de la question (augmentation des impôts, augmentation de la dette ou réduction des dépenses dans d'autres domaines), restait identique pour les deux questions posées au participant. Par exemple, un répondant assigné au deuxième groupe pouvait, dans un premier temps, être invité à se prononcer sur l'augmentation des dépenses en soins de santé, puis, dans un second temps, sur l'augmentation des dépenses en éducation, chaque fois avec la précision qu'une telle hausse entraînerait une augmentation des impôts.

En raison du faible nombre de répondants par condition expérimentale, nous jumelons les réponses des participants québécois à celles des participants ontariens dans nos analyses portant sur cette question. Les figures 3.5 et 3.7 permettent d'évaluer l'impact des différents traitements sur la réponse moyenne des participants, alors que les figures 3.4 et 3.6 présentent les distributions des réponses. Une valeur plus basse indique que les participants sont, en moyenne, plus en accord avec l'affirmation.

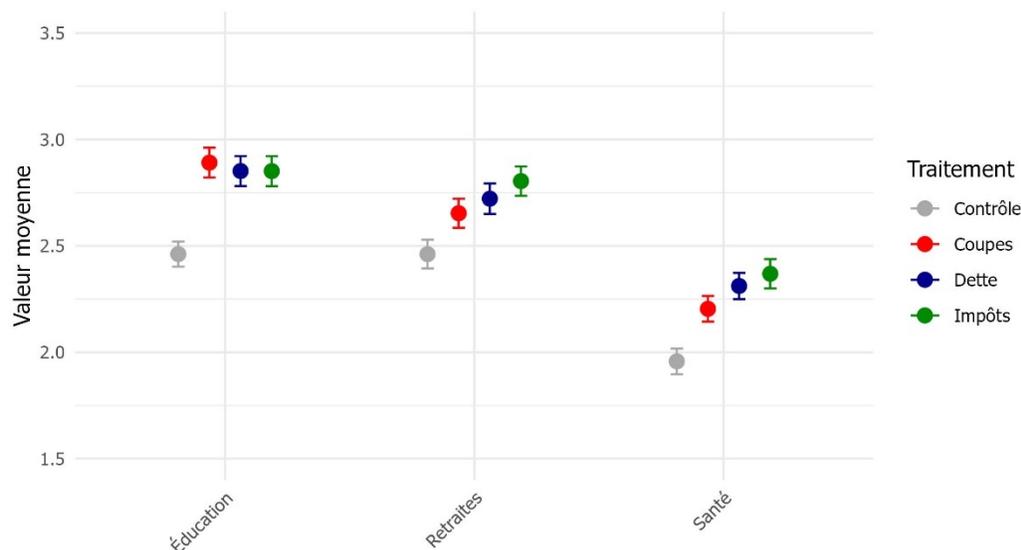


Figure 3.5. Effet des différentes conditions sur l'appui au Canada

La figure 3.5 montre qu'au Canada, les répondants demeurent plus favorables à l'augmentation des dépenses en soins de santé qu'à l'augmentation des dépenses en retraites et en éducation, même lorsqu'elles entraîneraient des coupes ou une hausse de la dette. La figure 3.7, pour sa part, révèle que les réponses des participants allemands, suisses et anglais en ce qui a trait à l'augmentation des dépenses en soins de santé ne sont que légèrement moins touchées que les réponses des Canadiens par l'ajout de conditions que leurs réponses concernant l'augmentation des dépenses en matière de retraites et d'éducation.

Allemagne, Suisse et Angleterre :

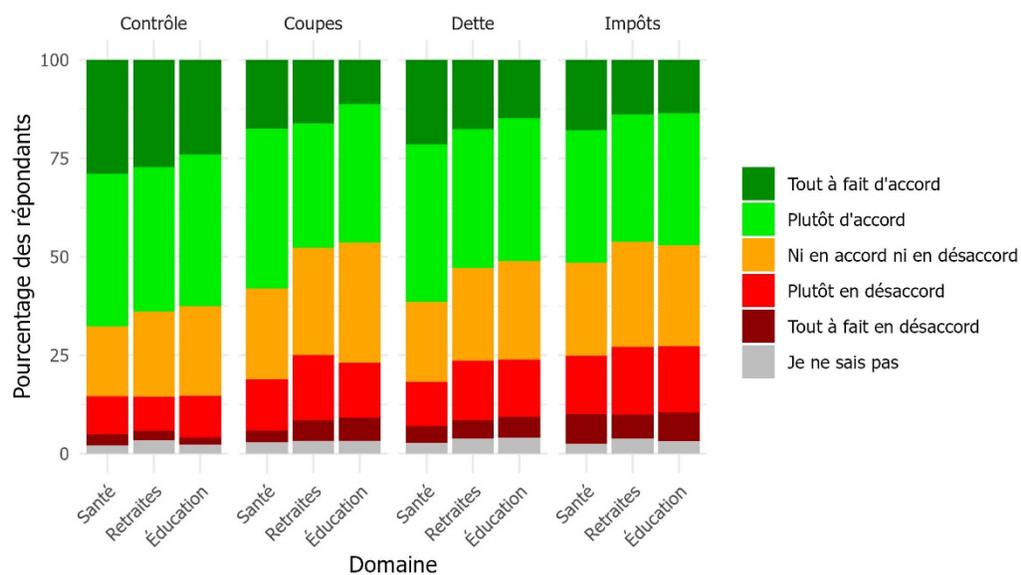


Figure 3.6. Résultats de l'expérience sur la formulation en Allemagne, en Suisse et en Angleterre

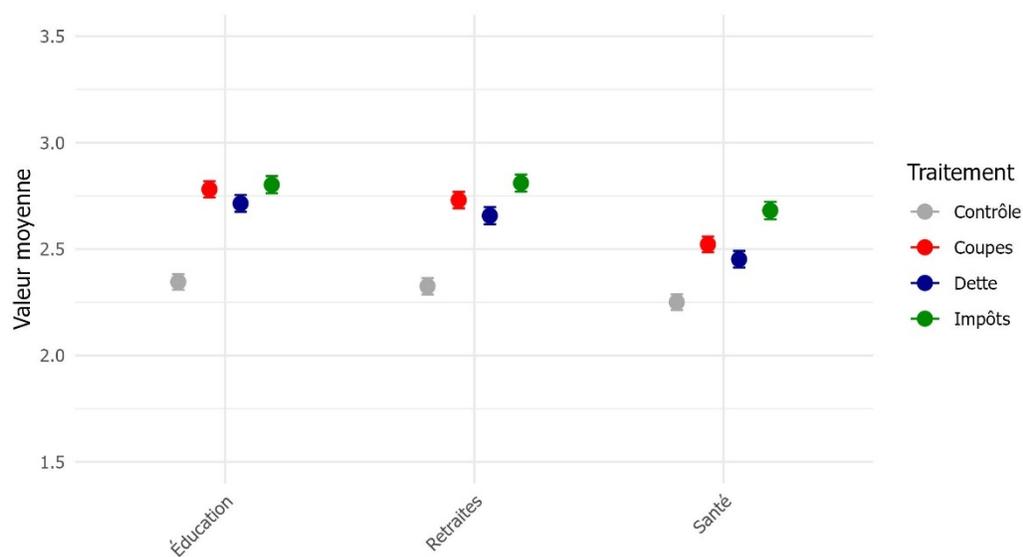


Figure 3.7. Effet des différentes conditions sur l'appui en Allemagne, en Suisse et en Angleterre

3.1.4. Compromis directs entre les soins de santé et d'autres domaines politiques

Libellé de la question : Imaginez que le gouvernement veuille augmenter les dépenses en matière de soins de santé. Toutefois, il ne peut le faire qu'en réduisant d'autres prestations et services sociaux. Dans quelle mesure les coupes suivantes vous semblent-elles acceptables par rapport aux améliorations qu'elles permettent?

a) [Groupe 1] Augmenter les dépenses pour les soins de santé, au prix d'une baisse des dépenses pour les retraites.

[Groupe 2] Augmenter les dépenses pour les retraites, au prix d'une baisse des dépenses pour les soins de santé.

b) [Groupe 1] Augmenter les dépenses pour les soins de santé, au prix d'une baisse des dépenses d'éducation.

[Groupe 2] Augmenter les dépenses d'éducation, au prix d'une baisse des dépenses pour les soins de santé.

Québec :

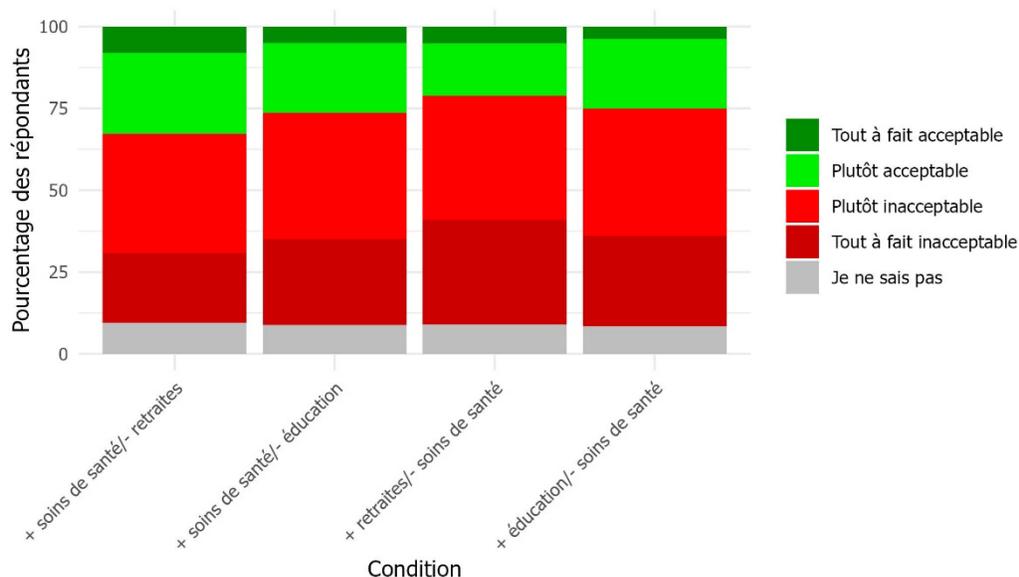


Figure 3.8. Attitudes à l'égard des compromis au Québec

Les figures 3.8, 3.9 et 3.10 révèlent que la majorité des répondants considèrent qu'il est inacceptable d'augmenter les dépenses pour les soins de santé/les retraites/l'éducation lorsque cela implique de diminuer les dépenses pour un autre domaine de politiques publiques explicitement mentionné. Ces arbitrages directs sont très impopulaires.

Ontario :

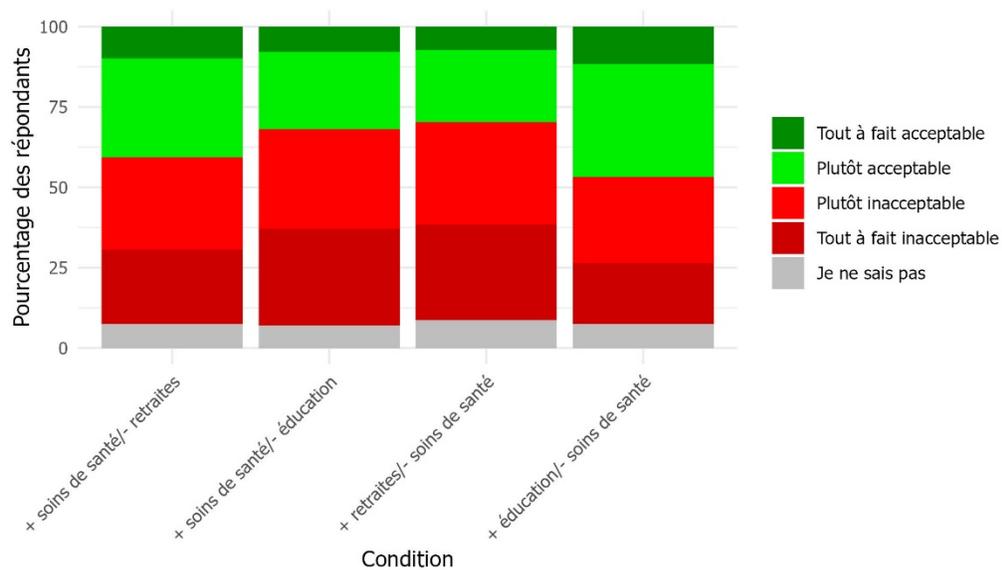


Figure 3.9. Attitudes à l'égard des compromis en Ontario

Allemagne, Suisse et Angleterre :

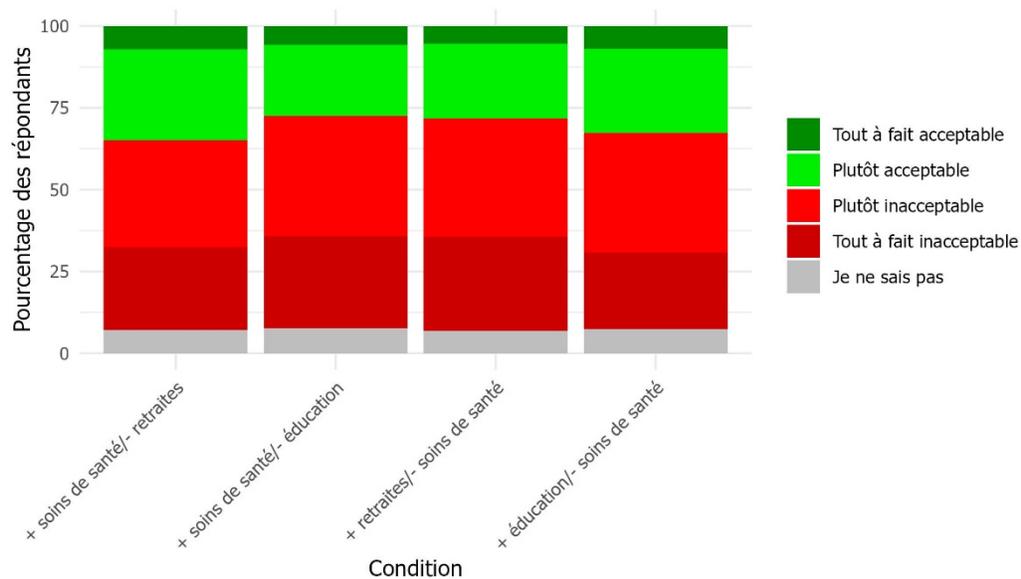


Figure 3.10. Attitudes à l'égard des compromis en Allemagne, en Suisse et en Angleterre

3.1.5. Évaluation des performances

Libellé de la question : À quel point êtes-vous satisfait ou pas satisfait à propos des services suivants au Canada?

Québec :

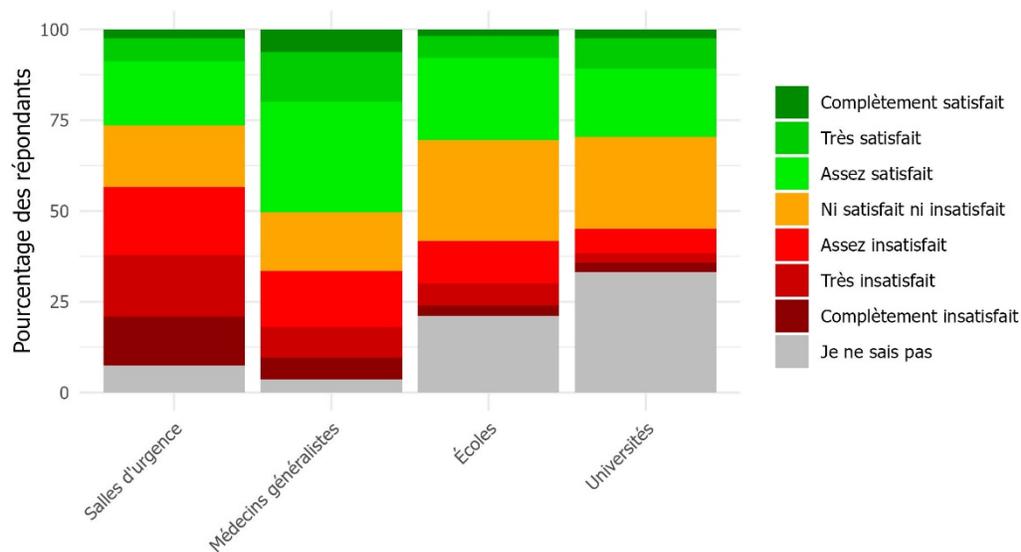


Figure 3.11. Évaluation des performances au Québec

Ontario :

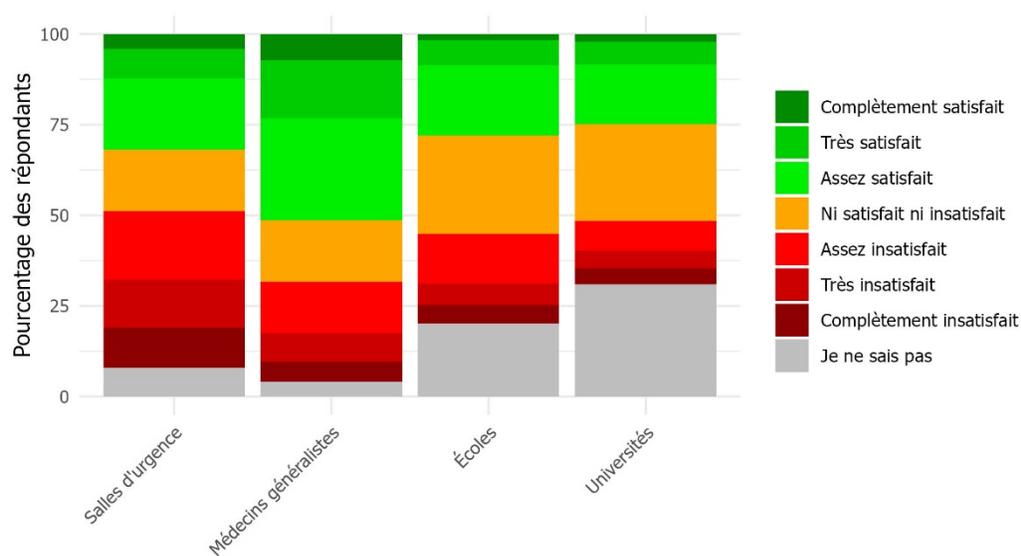


Figure 3.12. Évaluation des performances en Ontario

Allemagne, Suisse et Angleterre :

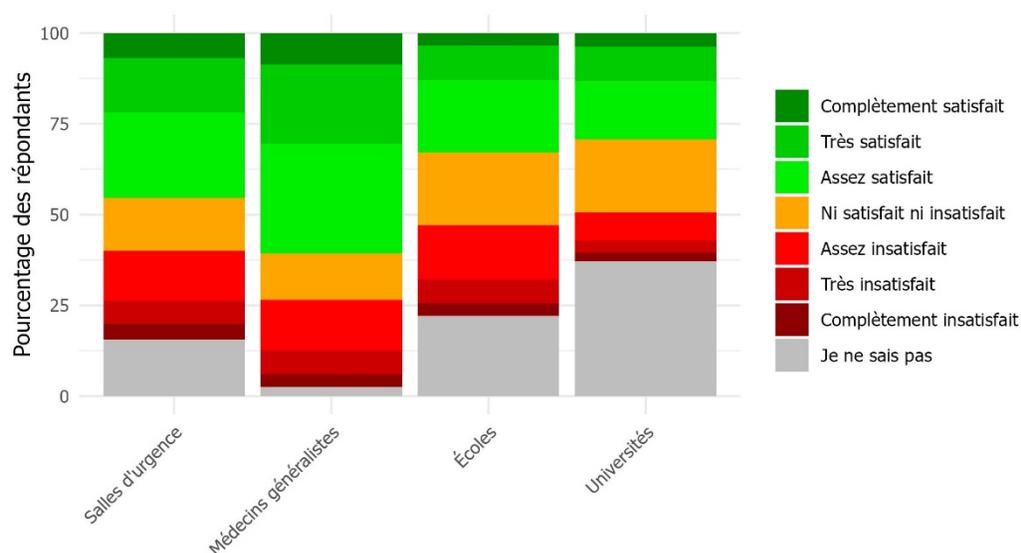


Figure 3.13. Évaluation des performances en Allemagne, en Suisse et en Angleterre

Les figures 3.11, 3.12 et 3.13 mettent en exergue le fait que les répondants québécois et les répondants ontariens sont, en moyenne, considérablement moins satisfaits des salles d'urgence de leur pays que les répondants allemands, suisses et anglais. Les participants qui résident dans ces deux provinces canadiennes semblent toutefois avoir une meilleure opinion du service offert par les médecins généralistes. La proportion de réponses manquantes en ce qui concerne les écoles et les universités est élevée dans les cinq régions, car de nombreux citoyens n'utilisent pas ces services publics.

3.1.6. Satisfaction générale

Libellé de la question : D'une manière générale, quel est votre degré de satisfaction par rapport à l'état actuel des soins de santé au [pays]?

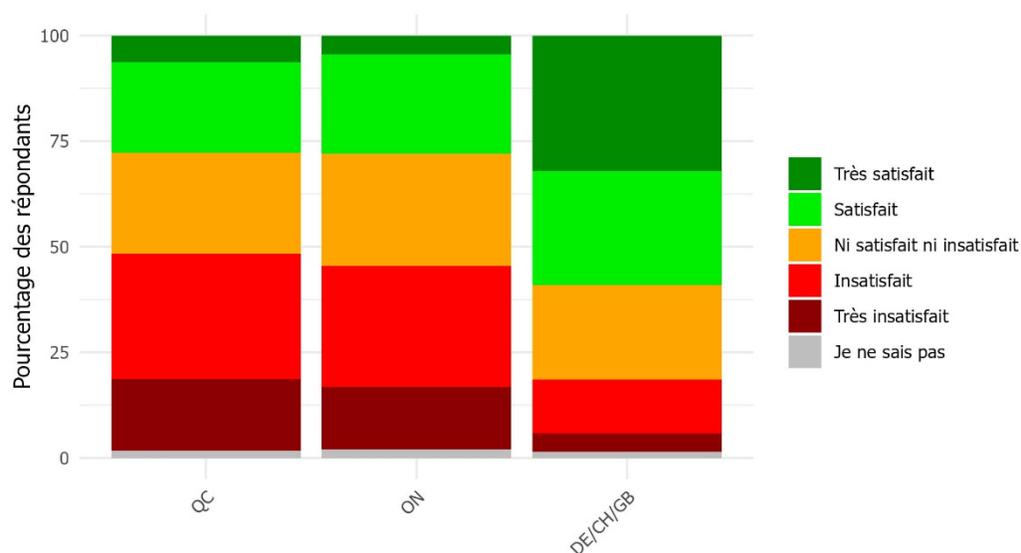


Figure 3.14. Satisfaction générale à l'égard des soins de santé par région sondée

Les résultats présentés à la figure 3.14 corroborent ceux présentés aux figures 3.11, 3.12 et 3.13 : **les répondants québécois et ontariens sont, en moyenne, considérablement moins satisfaits des soins de santé offerts dans leur pays que les répondants qui résident dans les autres régions sondées.** Il est à noter que ce sont avant tout les répondants allemands et suisses qui se disent satisfaits des soins de santé proposés dans leur pays; le niveau de satisfaction générale des répondants anglais est semblable à celui observé au Québec et en Ontario.

3.1.7. Vignette sur l'augmentation des coûts des soins de santé

Libellé de la question : Nous souhaitons connaître votre avis sur les propositions de réformes de politiques publiques concernant les dépenses en santé, les retraites, l'éducation et le niveau d'imposition. Veuillez prendre connaissance des réformes de politiques publiques décrites ci-dessous et indiquer dans quelle mesure vous soutenez ou ne soutenez pas ces ensembles de réformes.

[Soins de santé] Les dépenses en matière de soins de santé augmentent/restent identiques

[Retraites] Les dépenses en matière de retraites diminuent/restent identiques

[Éducation] Les dépenses en matière d'éducation diminuent/restent identiques

[Impôts] Les impôts augmentent/restent identiques

Exemple :

Ensemble de réformes 1	Ensemble de réformes 2
Les dépenses en matière de soins de santé augmentent	Les dépenses en matière de soins de santé augmentent
Les dépenses en matière de retraites diminuent	Les dépenses en matière de retraites restent identiques
Les dépenses en matière d'éducation restent identiques	Les dépenses en matière d'éducation diminuent
Les impôts restent identiques	Les impôts augmentent

Dans quelle mesure êtes-vous favorable à l'ensemble de réformes 1?

Dans quelle mesure êtes-vous favorable à l'ensemble de réformes 2?

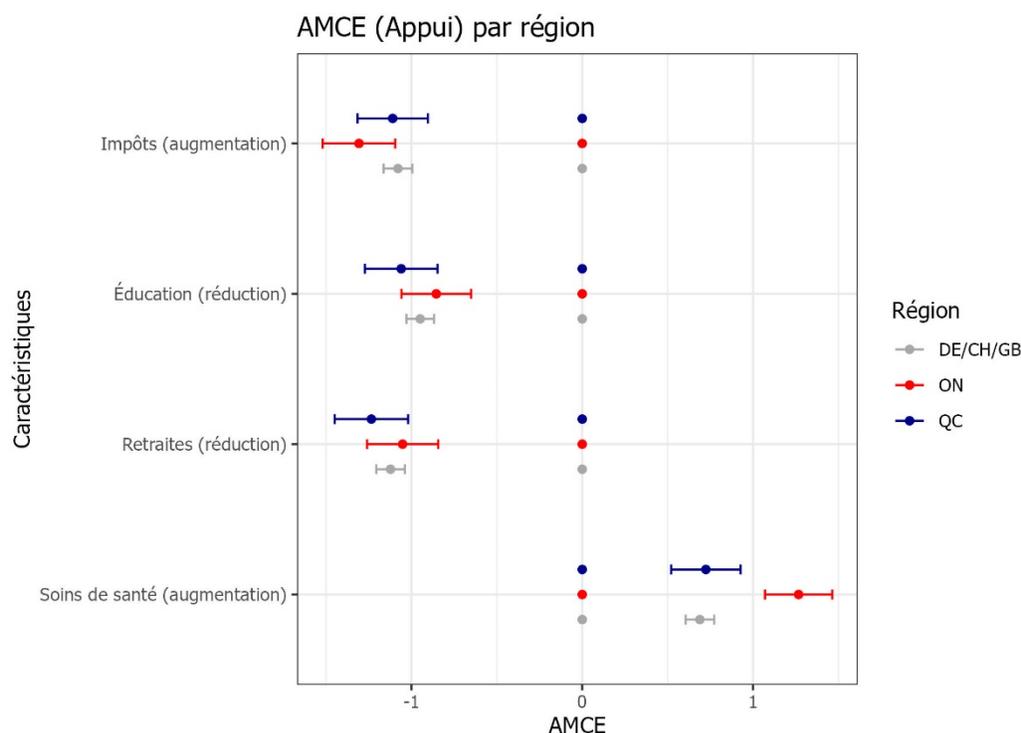


Figure 3.15. Résultats de l'expérience conjointe

Cette question prenait la forme d'une expérience conjointe. Les répondants se voyaient présenter deux paires de politiques publiques similaires à l'exemple fourni ci-dessus. Les ressources allouées à chaque champ de politiques publiques variaient de manière aléatoire. La figure 3.15 révèle que, dans les cinq régions étudiées, la présence des mesures consistant à a) augmenter les impôts; b) réduire le budget alloué à l'éducation; c) réduire le budget alloué aux retraites ont un impact négatif sur le niveau d'adhésion des participants aux ensembles de réformes proposées. La présence de la mesure consistant à augmenter le budget alloué aux soins de santé a, pour sa part, un impact positif sur le niveau d'adhésion des participants aux ensembles de réformes proposés. L'effet positif de l'augmentation des dépenses en santé est plus important en Ontario que dans les autres régions.

3.2. Priorités en matière de soins de santé

3.2.1. Propositions sur le contrôle des coûts des soins de santé

Libellé de la question : Les coûts des soins de santé augmentent en raison du vieillissement de la population et du coût des nouvelles technologies de santé qui permettent de sauver des vies. Le gouvernement doit faire des choix difficiles pour limiter l'augmentation des coûts.

Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou non avec les solutions proposées ci-dessous?

[Couverture] Limiter les coûts en réduisant les services et les médicaments couverts par l'assurance maladie publique.

[Promotion] Limiter les coûts en réduisant les dépenses consacrées aux activités de promotion de la santé telles que la lutte contre l'obésité et le tabagisme.

[Paiements] Limiter les coûts en faisant payer les citoyens de leur poche davantage.

[Technologies] Limiter les coûts en réduisant l'accès aux technologies de pointe pour guérir les maladies.

[Impôts] Augmenter les impôts pour financer les coûts croissants et maintenir les services à leur niveau actuel.

Québec :

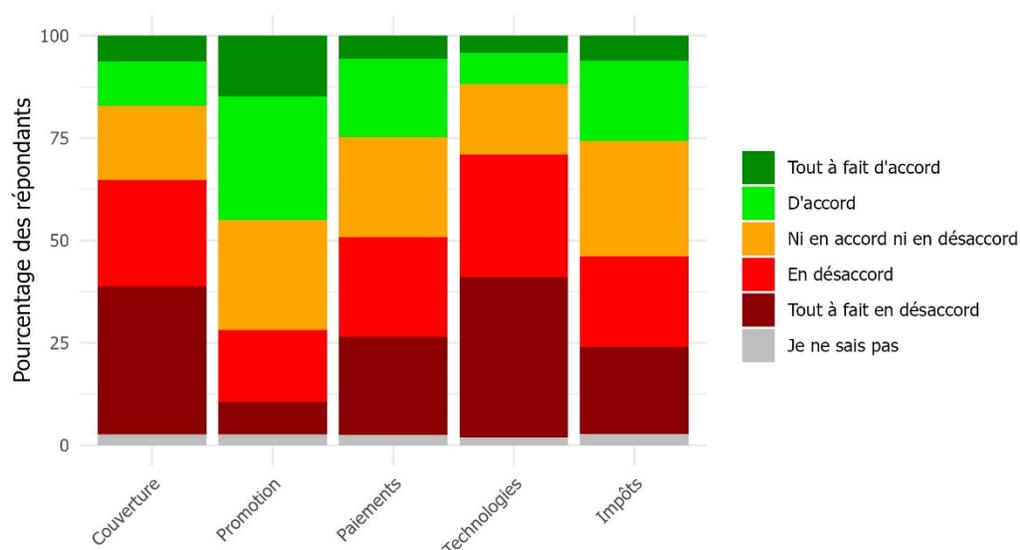


Figure 3.16. Attitudes à l'égard des propositions pour limiter les coûts au Québec

Les figures 3.16, 3.17 et 3.18 montrent que **la solution la plus populaire pour limiter les coûts des soins de santé est de réduire les dépenses consacrées aux activités de promotion de la santé. La hausse des impôts arrive en deuxième position.** Dans l'ensemble des régions sondées, les répondants s'opposent plus fortement à l'idée de limiter les coûts en réduisant les services et les médicaments couverts par l'assurance maladie publique ainsi qu'à celle de limiter les coûts en réduisant l'accès aux technologies de pointe pour guérir les maladies.

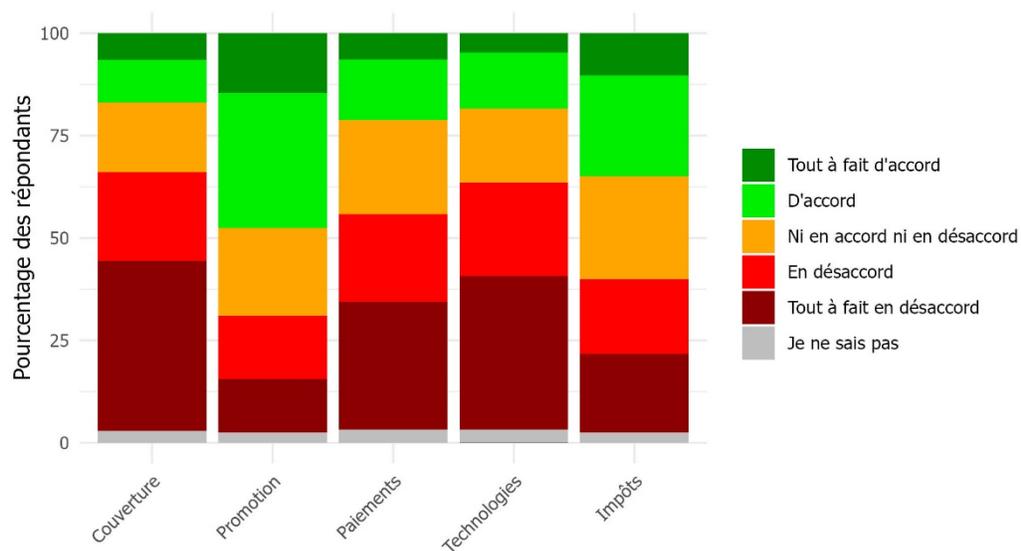
Ontario :

Figure 3.17. Attitudes à l'égard des propositions pour limiter les coûts en Ontario

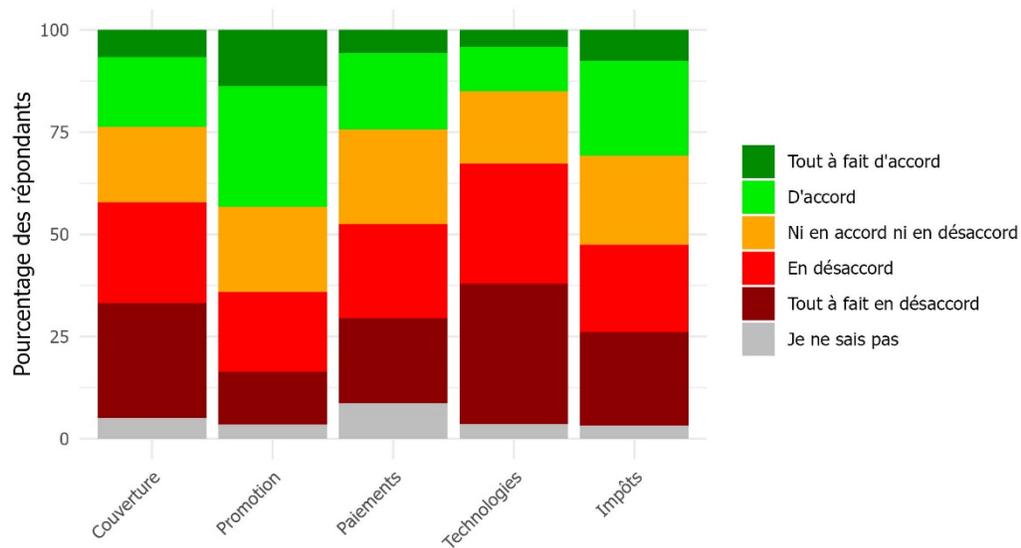
Allemagne, Suisse et Angleterre :

Figure 3.18. Attitudes à l'égard des propositions pour limiter les coûts en Allemagne, en Suisse et en Angleterre

Libellé de la question : Et si vous deviez choisir une seule de ces options, laquelle privilégieriez-vous?

[Couverture] Limiter les coûts en réduisant les services et les médicaments couverts par l'assurance maladie publique.

[Promotion] Limiter les coûts en réduisant les dépenses consacrées aux activités de promotion de la santé telles que la lutte contre l'obésité et le tabagisme.

[Paiements] Limiter les coûts en faisant payer les citoyens de leur poche davantage.

[Technologie] Limiter les coûts en réduisant l'accès aux technologies de pointe pour guérir les maladies.

[Impôts] Augmenter les impôts pour financer les coûts croissants et maintenir les services à leur niveau actuel.

Québec :

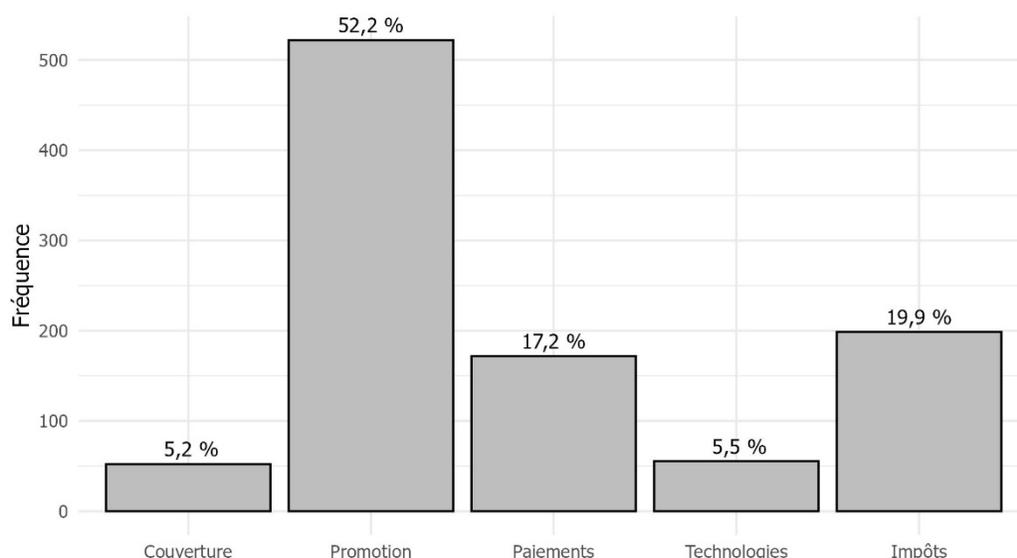


Figure 3.19. Options privilégiées au Québec

Les figures 3.19, 3.20. et 3.21 corroborent les tendances observées à la question précédente. Elles indiquent que, dans les cinq régions étudiées, l'option privilégiée par la plus importante proportion de répondants pour limiter les coûts des soins de santé est de réduire les dépenses consacrées aux activités de promotion de la santé. Cette option est particulièrement populaire au Québec. La proportion de répondants se disant prêts à payer davantage d'impôts est moins importante au Québec qu'ailleurs. En revanche, les citoyens de cette province sont plus enclins que les autres à souhaiter limiter les coûts des soins de santé en faisant davantage payer les citoyens de leur poche.

Ontario :

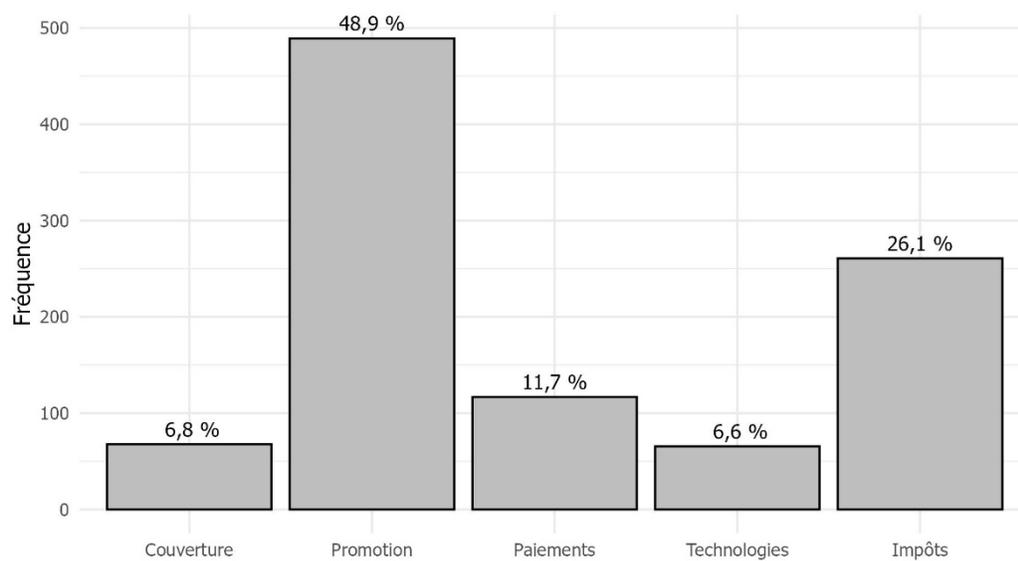


Figure 3.20. Options privilégiées en Ontario

Allemagne, Suisse et Angleterre :

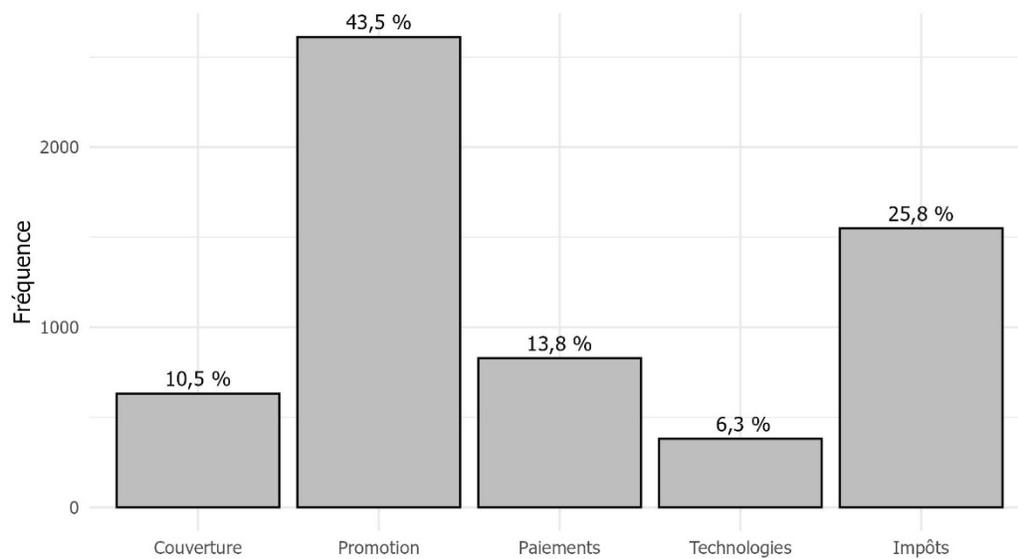


Figure 3.21. Options privilégiées en Allemagne, en Suisse et en Angleterre

3.2.2. Attribution de points entre différentes politiques relatives aux soins de santé

Libellé de la question : Parmi les améliorations suivantes du système de santé, quelles sont celles que vous considérez comme les plus importantes? Veuillez attribuer un total de 100 points aux différentes options. Donnez plus de points aux améliorations que vous considérez comme les plus importantes et moins de points à celles que vous considérez comme les moins importantes.

[Promotion] Plus d'activités de promotion de la santé telles que les mesures de prévention de l'obésité et du tabagisme.

[Lits] Augmenter le nombre de lits d'hôpitaux.

[Personnel] Augmenter le nombre de médecins et d'infirmières dans les cliniques de soins primaires.

[Technologies] Avoir accès à de meilleures technologies à l'hôpital.

[Préparation] Veiller à ce que le pays soit mieux préparé en cas de pandémie (par exemple avec de l'équipement de protection individuelle).

[Vaccination] Prévenir la propagation des maladies transmissibles, par exemple à l'aide de plus de campagnes de vaccination.

Tableau 3.2. Attribution de points entre différentes politiques relatives aux soins de santé par région sondée

	QC	ON	DE/CH/GB
Promotion	9,33	9,84	12,76
Lits	17,50	18,83	16,37
Personnel	28,86	27,68	26,93
Technologies	18,67	17,76	17,56
Préparation	12,52	13,84	12,93
Vaccination	13,11	12,05	13,45

Les résultats présentés au tableau 3.2. indiquent que, dans les cinq régions étudiées, les répondants accordent en moyenne le plus grand nombre de points à l'augmentation du nombre de médecins et d'infirmières dans les cliniques de soins primaires. Les deux autres mesures curatives, à savoir l'augmentation des lits d'hôpitaux et l'accès à de meilleures technologies, sont les deux autres options qui reçoivent le plus de points en moyenne. Il est intéressant de constater que les répondants québécois et ontariens accordent en moyenne moins de points aux activités de promotion de la santé que les répondants allemands, suisses et anglais. Si on additionne les trois mesures associées à la santé publique (promotion, vaccination et préparation), on observe aussi que les répondants ontariens et québécois accordent moins de points que ceux des autres régions.

3.2.3. Financement des soins de santé

Libellé de la question : Les pays utilisent de nombreux moyens pour financer leurs systèmes de soins de santé. Voici trois modèles qui existent dans différents pays. *Modèle A* : les soins de santé sont financés par une assurance maladie obligatoire. Les personnes ayant des revenus élevés paient des primes d'assurance plus élevées que les personnes ayant de faibles revenus. *Modèle B* : Les soins de santé sont financés par une assurance maladie obligatoire. Tout le monde paie la même prime d'assurance, quel que soit son revenu. Les personnes ayant de faibles revenus bénéficient d'allocations pour financer cette assurance. *Modèle C* : Les soins de santé sont financés par des impôts progressifs. Les personnes ayant des revenus élevés paient plus d'impôts que les personnes ayant de faibles revenus.

[Appliqué] Quel est le modèle qui s'applique, selon vous, au [pays]?

[Préféré] Quel modèle préféreriez-vous avoir au [pays]?

Québec (modèle C) :

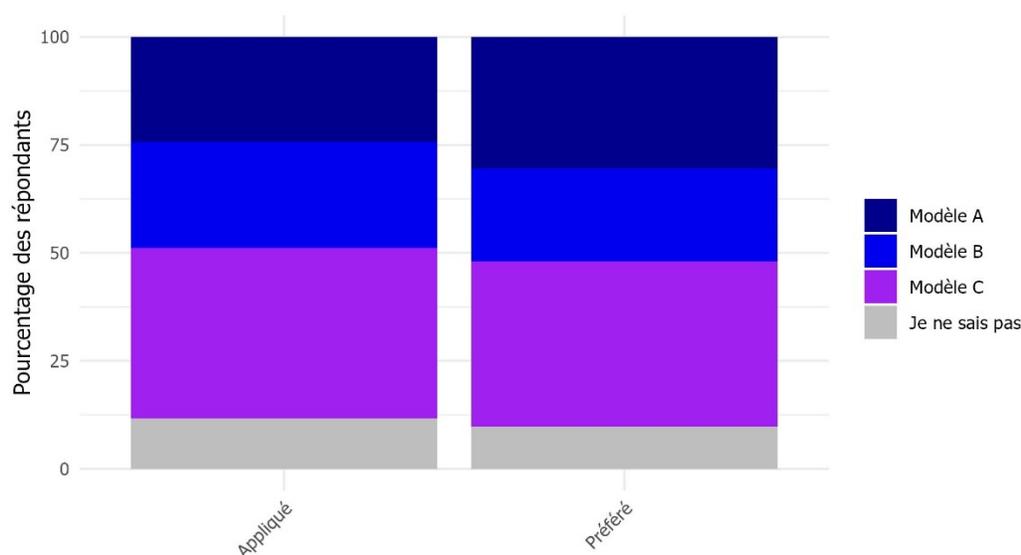


Figure 3.22. Modèles appliqué et préféré au Québec

Dans un premier temps, les figures 3.22 à 3.26 montrent qu'une pluralité de répondants parvient à déterminer quel est le modèle qui s'applique dans leur pays de résidence. Il convient en revanche de noter que la proportion de citoyens qui sont en mesure de reconnaître le système en place dans leur pays est moins élevée au Québec et en Ontario qu'en Angleterre, une région qui a pourtant le même type de système. Dans un deuxième temps, les figures 3.22 à 3.26 indiquent qu'à l'exception des participants d'origine suisse, les répondants tendent à préférer le système déjà en place dans leur pays. Le modèle de type NHS (modèle C) est toutefois moins populaire au Québec qu'en Ontario et en Angleterre.

Ontario (modèle C) :

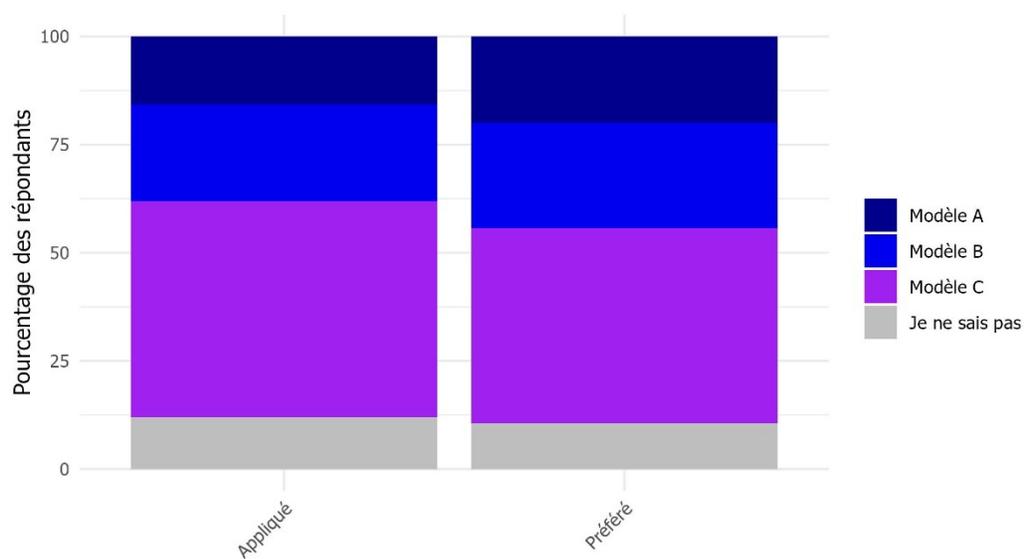


Figure 3.23. Modèles appliqué et préféré en Ontario

Allemagne (modèle A) :

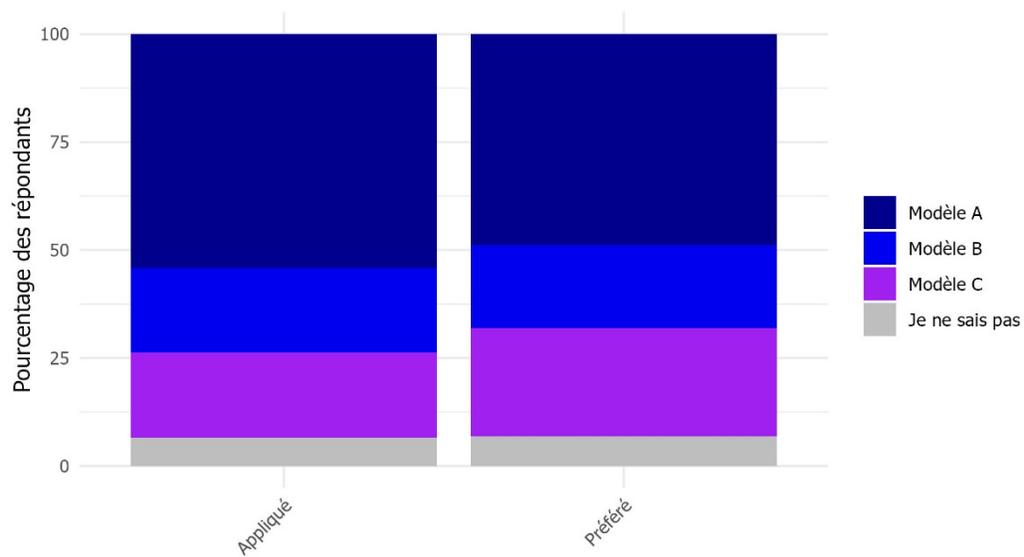


Figure 3.24. Modèles appliqué et préféré en Allemagne

Suisse (modèle B) :

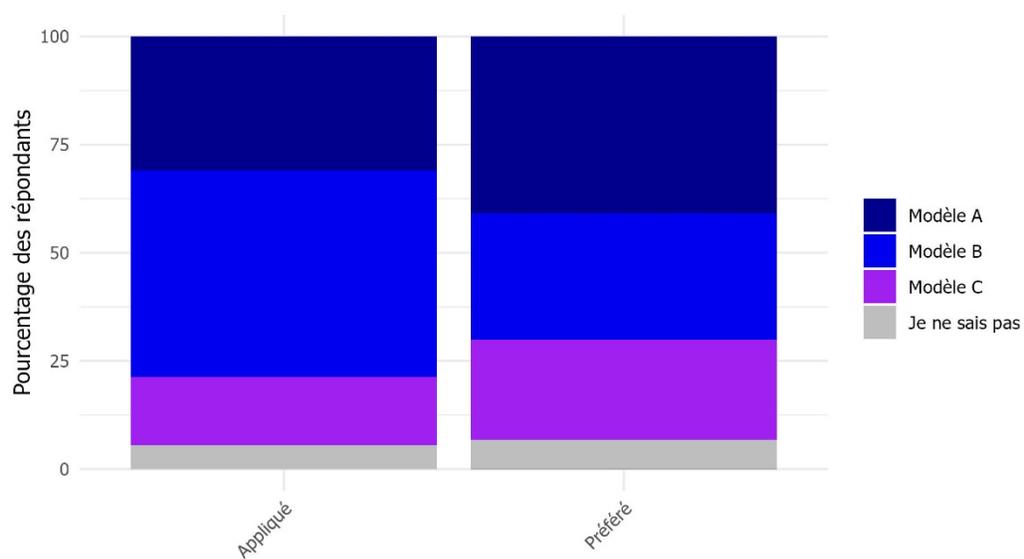


Figure 3.25. Modèles appliqué et préféré en Suisse

Angleterre (modèle C) :

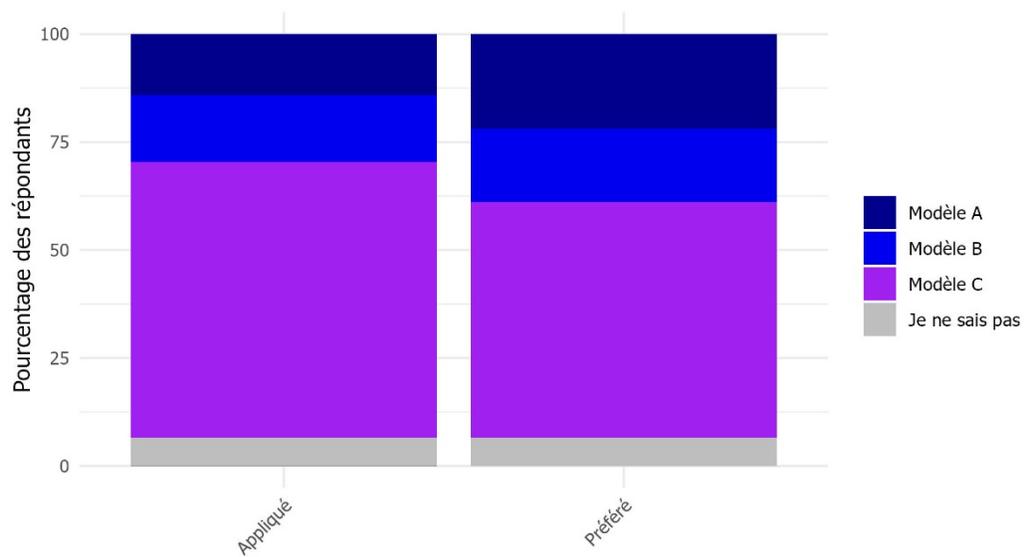


Figure 3.26. Modèles préféré et appliqué en Angleterre

3.2.4. Volonté de payer davantage d'impôts

Libellé de la question : Dans quelle mesure êtes-vous prêt à payer plus d'impôts pour :

[Espérance de vie] Augmenter l'espérance de vie moyenne au [pays].

[Qualité de vie] Améliorer la qualité de vie moyenne au [pays].

[Zones rurales] Améliorer l'accès aux soins de santé dans les zones rurales du [pays].

Québec :

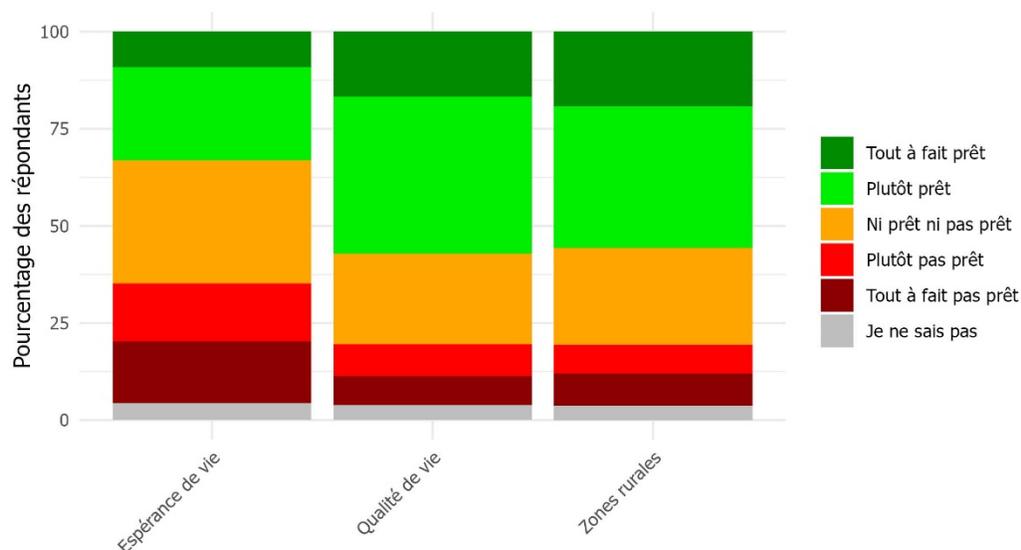


Figure 3.27. Volonté de payer plus d'impôts au Québec

Les figures 3.27, 3.28 et 3.29 montrent que, dans les cinq régions étudiées, la proportion de répondants qui se disent prêts à payer davantage d'impôts est plus élevée lorsqu'il s'agit d'améliorer la qualité de vie moyenne au pays et l'accès aux soins de santé dans les zones rurales. Dans ces deux cas, une majorité de répondants se disent prêts à payer davantage d'impôts. La proportion de répondants qui accepterait de payer davantage d'impôts pour améliorer l'espérance de vie moyenne est plus basse, et ce, dans l'ensemble des régions étudiées.

Ontario :

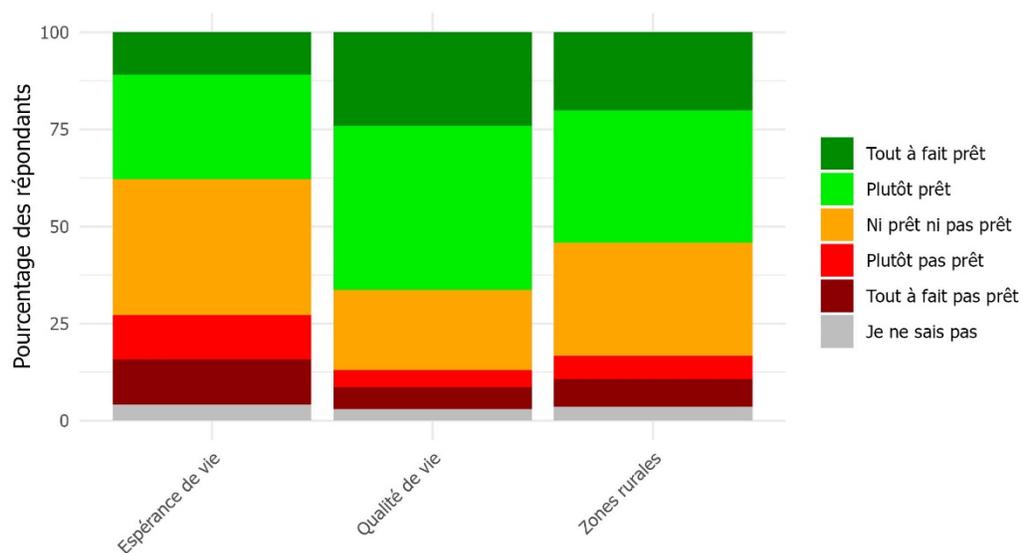


Figure 3.28. Volonté de payer plus d'impôts en Ontario

Allemagne, Suisse et Angleterre :

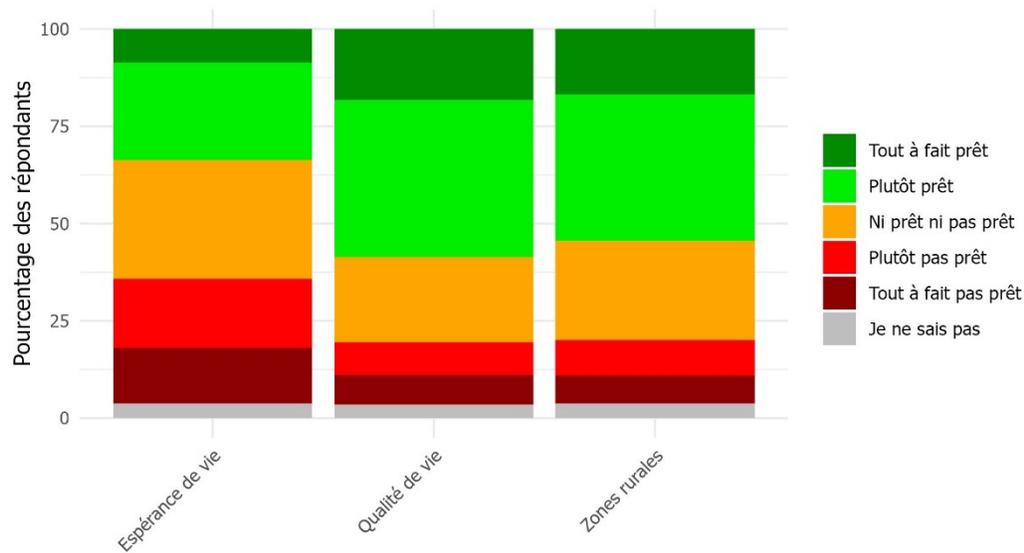


Figure 3.29. Volonté de payer plus d'impôts en Allemagne, en Suisse et en Angleterre

3.2.5. Organisation des soins de santé

Libellé de la question : Un gouvernement peut organiser les soins de santé de différentes manières. Selon vous, que devrait faire le gouvernement?

[Assurances privées] Ce n'est pas le rôle de l'État de fournir des soins de santé; chacun devrait s'assurer lui-même.

[Soins de base] Le gouvernement ne devrait fournir que des soins de santé de base minimaux aux personnes qui en ont vraiment besoin et laisser les autres payer pour leurs propres soins de santé.

[Cotisations individuelles] Le gouvernement devrait fournir des soins de santé égaux à tous et financer les soins de santé par le biais de cotisations individuelles d'assurance maladie.

[Impôts] Le gouvernement devrait fournir des soins de santé égaux à tous et financer les soins de santé à l'aide des impôts.

Québec :

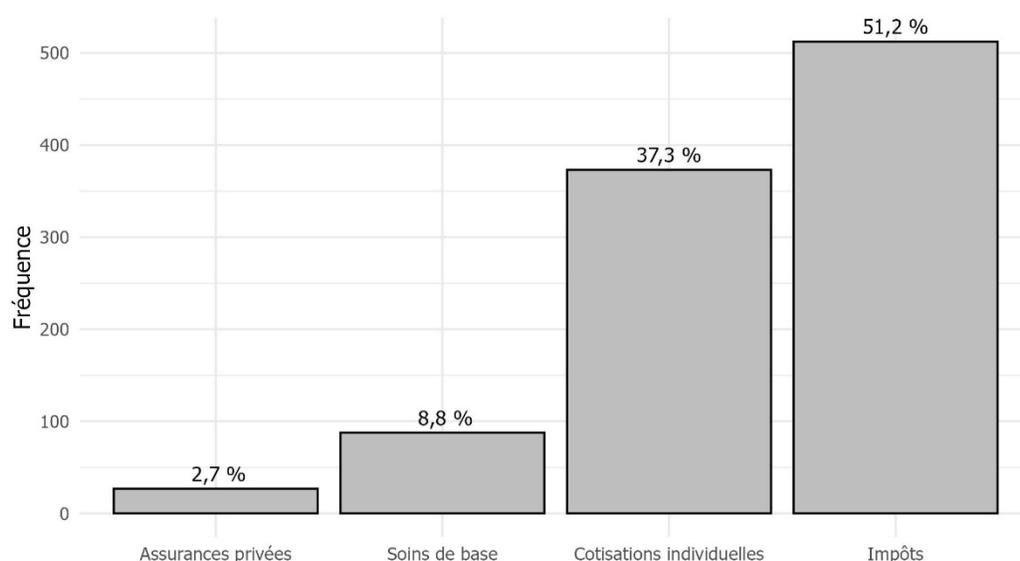


Figure 3.30. Attitudes à l'égard de l'organisation des soins de santé au Québec

Les figures 3.30 et 3.31 indiquent qu'**au Québec comme en Ontario, une majorité de répondants estiment que le gouvernement doit fournir des soins de santé égaux à tous et financer les soins de santé à l'aide de l'impôt.** Il convient néanmoins de noter que cette proposition est plus populaire en Ontario qu'au Québec, où une proportion non négligeable de répondants considère que le gouvernement doit plutôt financer les soins de santé par le biais de cotisations individuelles d'assurance maladie. Il n'en demeure pas moins que l'appui à un régime privé ou n'offrant que des soins de base est plus élevé en Ontario et dans les autres régions qu'au Québec. La figure 3.32 montre qu'en Allemagne, en Suisse et en Angleterre, le financement des soins de santé pour tous à l'aide de cotisations individuelles est aussi populaire que le financement à l'aide des impôts. Dans les cinq régions étudiées, une faible proportion de participants estiment que : a) ce n'est pas le rôle de l'État de fournir des soins de santé ou b) le gouvernement ne

devrait fournir que des soins de santé de base minimaux aux personnes qui en ont vraiment besoin.

Ontario :

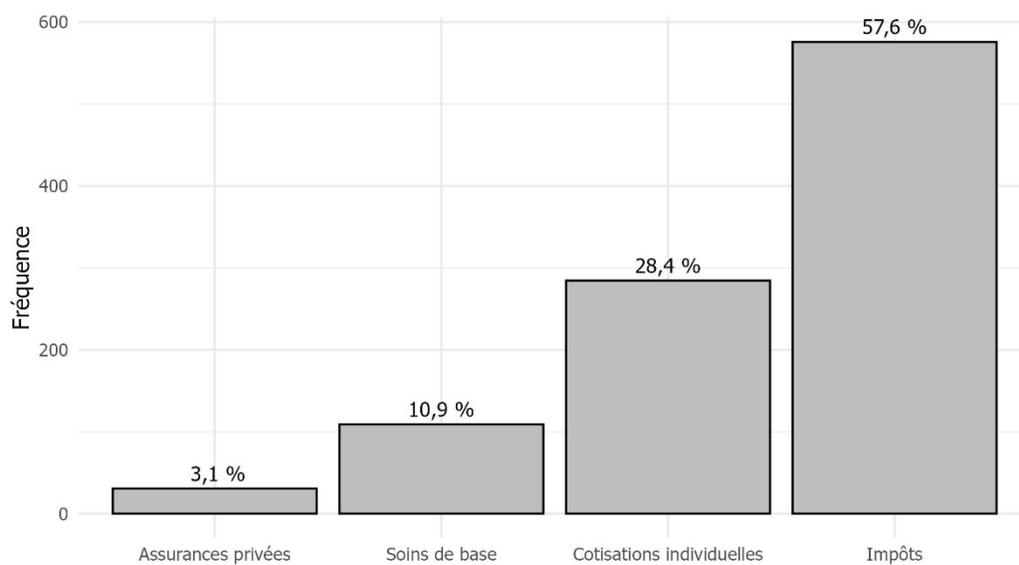


Figure 3.31. Attitudes à l'égard de l'organisation des soins de santé en Ontario

Allemagne, Suisse et Angleterre :

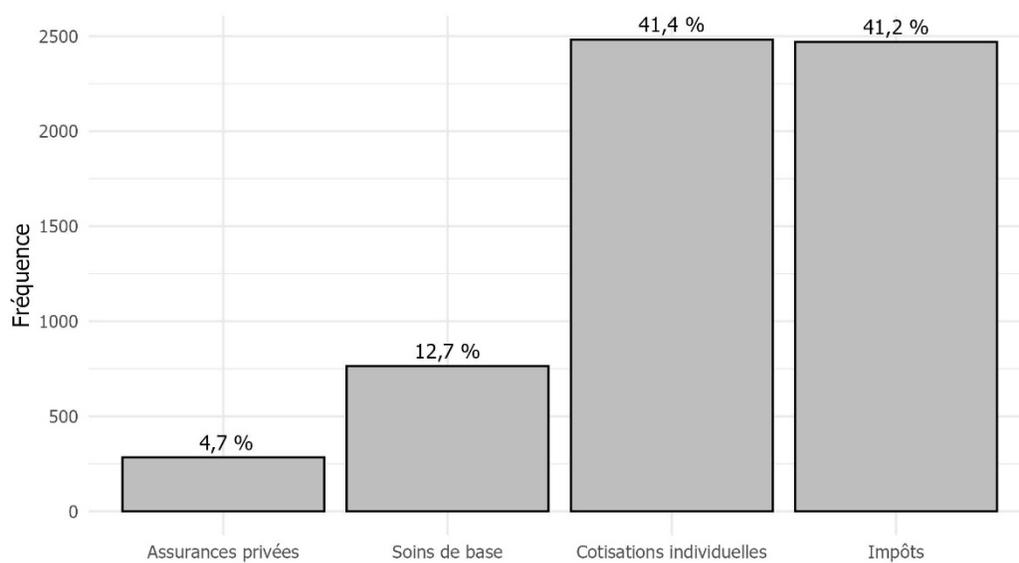


Figure 3.32. Attitudes à l'égard de l'organisation des soins de santé en Allemagne, en Suisse et en Angleterre

3.3. Inégalités en matière de santé

3.3.1. Caractère juste ou injuste des inégalités en matière de soins de santé

Libellé de la question : Est-il juste ou injuste que les personnes ayant des revenus plus élevés puissent s'offrir des soins de santé de meilleure qualité que les personnes ayant des revenus plus faibles?

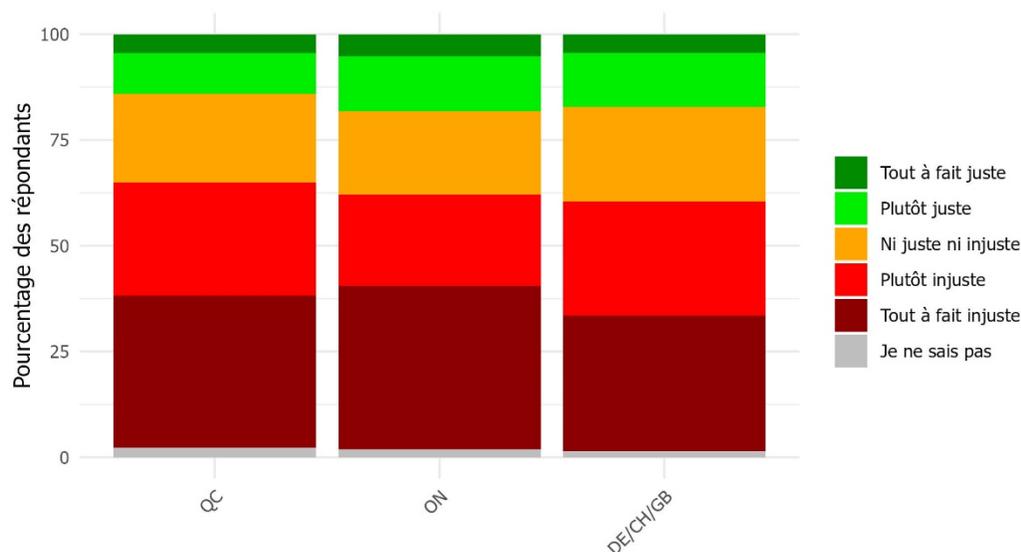


Figure 3.33. Attitudes à l'égard des inégalités en matière de soins de santé par région sondée

La figure 3.33 montre que dans les cinq régions étudiées, une majorité de répondants considèrent qu'il est injuste que les personnes ayant des revenus plus élevés puissent s'offrir des soins de santé de meilleure qualité que les personnes ayant des revenus plus faibles. La proportion de participants qui considèrent que cela est juste est particulièrement faible au Québec.

3.3.2. Appui à la réduction des inégalités en matière de santé

Libellé de la question : Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes?

[Revenus] Le gouvernement devrait prendre des mesures pour réduire les différences de niveaux de revenus.

[Espérance de vie] Le gouvernement devrait prendre des mesures pour réduire les différences d'espérance de vie entre les personnes ayant des revenus plus faibles et celles ayant des revenus plus élevés.

[Soins de santé] Le gouvernement devrait fournir des soins de santé de haute qualité à tous ceux qui en ont besoin.

Québec :

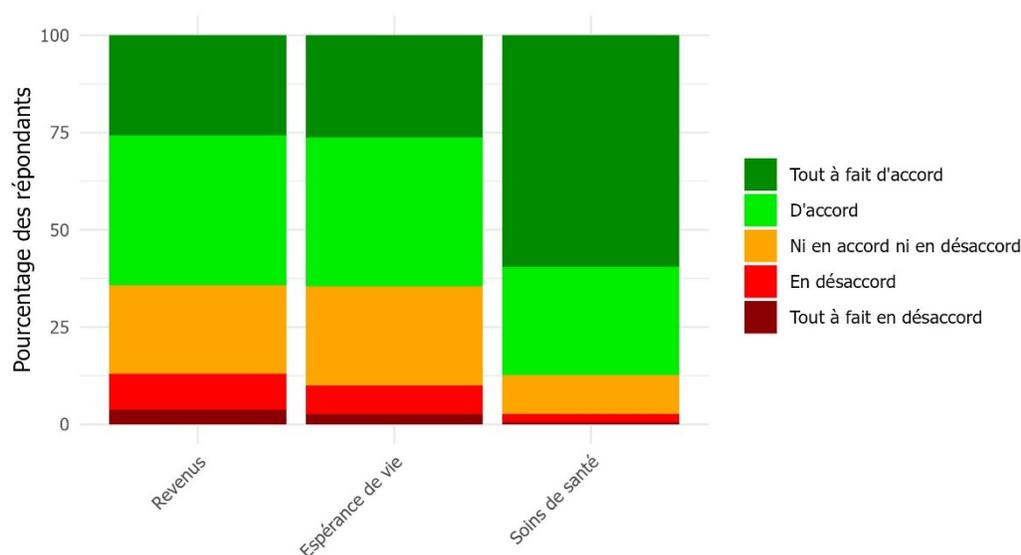


Figure 3.34. Appui à la réduction des inégalités au Québec

Les figures 3.34, 3.35 et 3.36 montrent que, dans les cinq régions étudiées, une majorité de répondants sont d'avis que le gouvernement devrait prendre des mesures pour a) réduire les différences de niveaux de revenus; b) réduire les différences d'espérance de vie entre les personnes ayant des revenus plus faibles et celles ayant des revenus plus élevés; et c) fournir des soins de santé de qualité à tous ceux qui en ont besoin. Cette dernière proposition est celle qui reçoit le plus fort appui chez les répondants, qu'ils résident au Québec, en Ontario, en Allemagne, en Suisse ou en Angleterre.

Ontario :

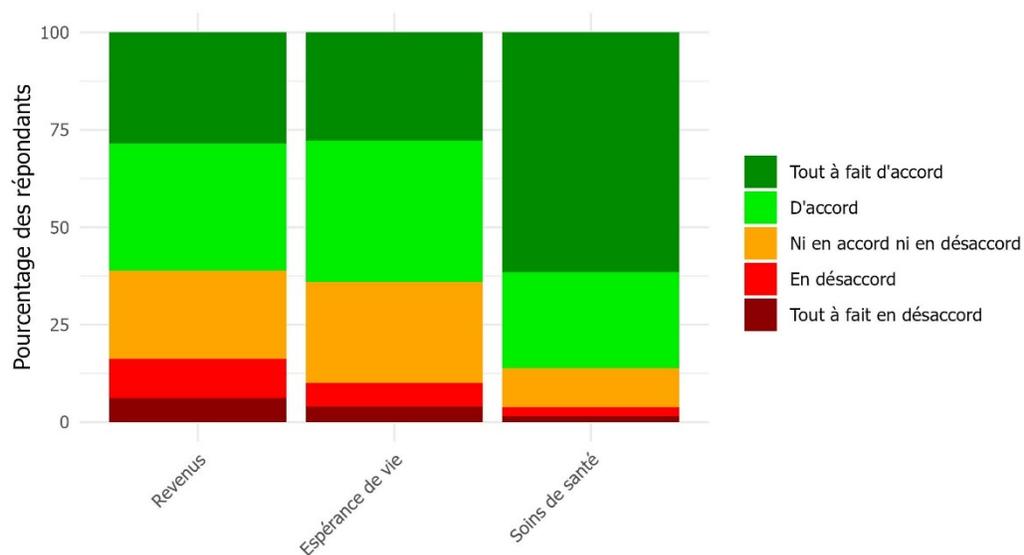


Figure 3.35. Appui à la réduction des inégalités en Ontario

Allemagne, Suisse et Angleterre :

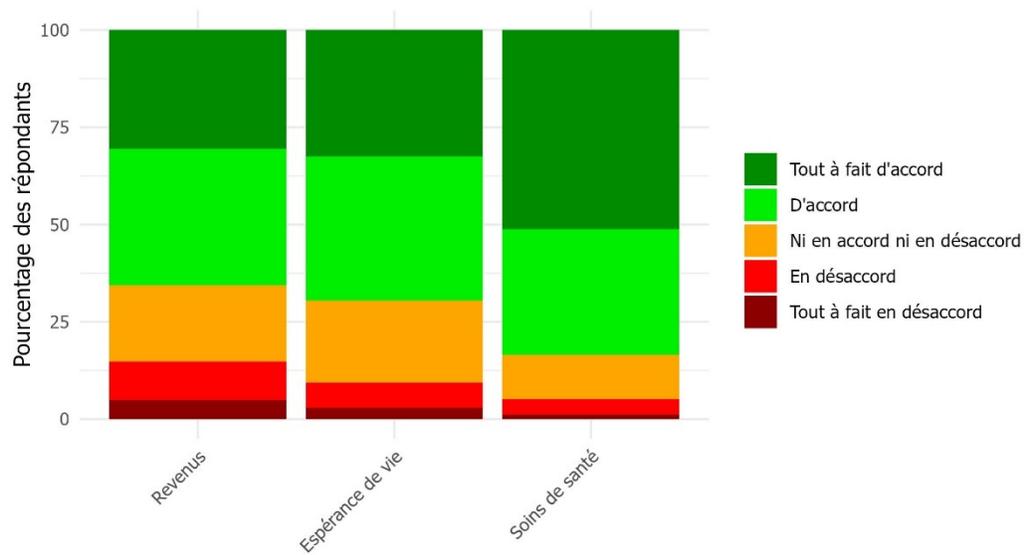


Figure 3.36. Appui à la réduction des inégalités en Allemagne, en Suisse et en Angleterre

3.3.3. Arbitrages entre les politiques de santé

Libellé de la question : Imaginez que le gouvernement souhaite améliorer certains services de soins de santé. Toutefois, il ne peut le faire qu'en réduisant les dépenses allouées à d'autres services de santé. Dans quelle mesure les coupes suivantes vous semblent-elles acceptables ou inacceptables par rapport aux améliorations qu'elles permettent?

[Dépenser moins prévention] Augmenter les dépenses pour la guérison des maladies, même si cela implique une diminution des dépenses pour la prévention des maladies.

[Dépenser moins traitement] Augmenter les dépenses pour la prévention des maladies, même si cela implique une diminution des dépenses pour la guérison des maladies.

[Liste d'attente plus longue] Améliorer l'accès aux soins de santé pour les groupes les plus exposés à la maladie (les pauvres, les minorités visibles, les personnes âgées), au prix d'un allongement de la liste d'attente pour l'accès aux soins de santé pour tous les autres.

Québec :

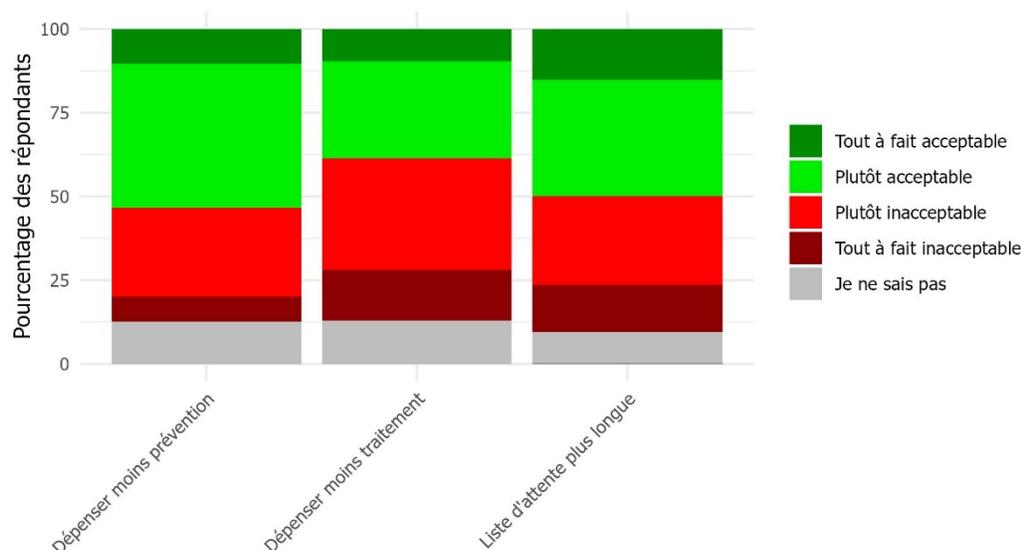


Figure 3.37. Arbitrages entre les politiques de santé au Québec

Les figures 3.37, 3.38 et 3.39. montrent que, dans les cinq régions étudiées, une proportion importante de citoyens accepterait a) que le gouvernement dépense moins pour la prévention afin d'augmenter les fonds consacrés à la guérison de maladies; b) que le gouvernement dépense moins pour la guérison afin d'augmenter les fonds consacrés à la prévention; et c) d'allonger la liste d'attente générale afin d'améliorer l'accès aux soins de santé pour les groupes les plus exposés à la maladie. Au Québec, l'idée de moins dépenser pour la guérison afin de prioriser la prévention est moins populaire qu'ailleurs.

Ontario :

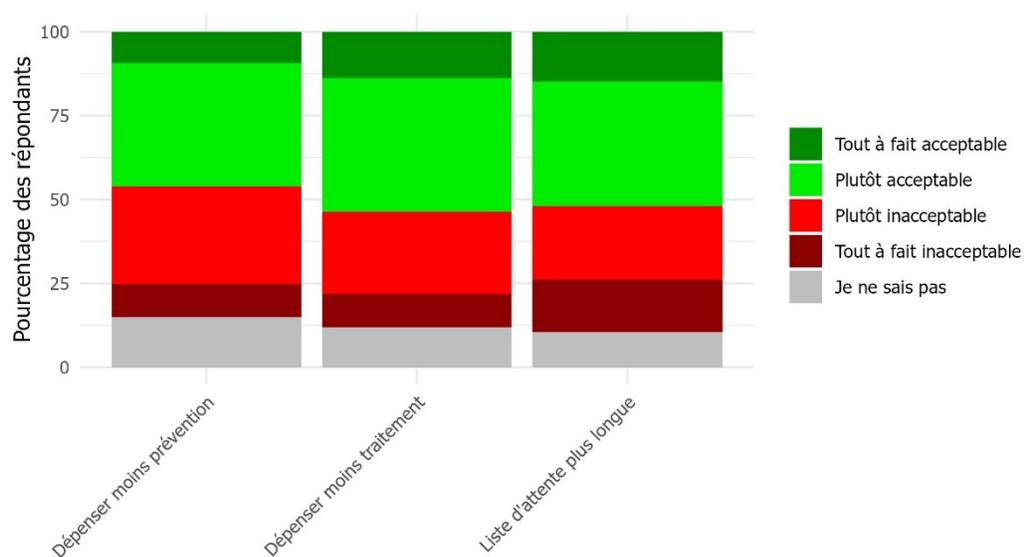


Figure 3.38. Arbitrages entre les politiques de santé en Ontario

Allemagne, Suisse et Angleterre :

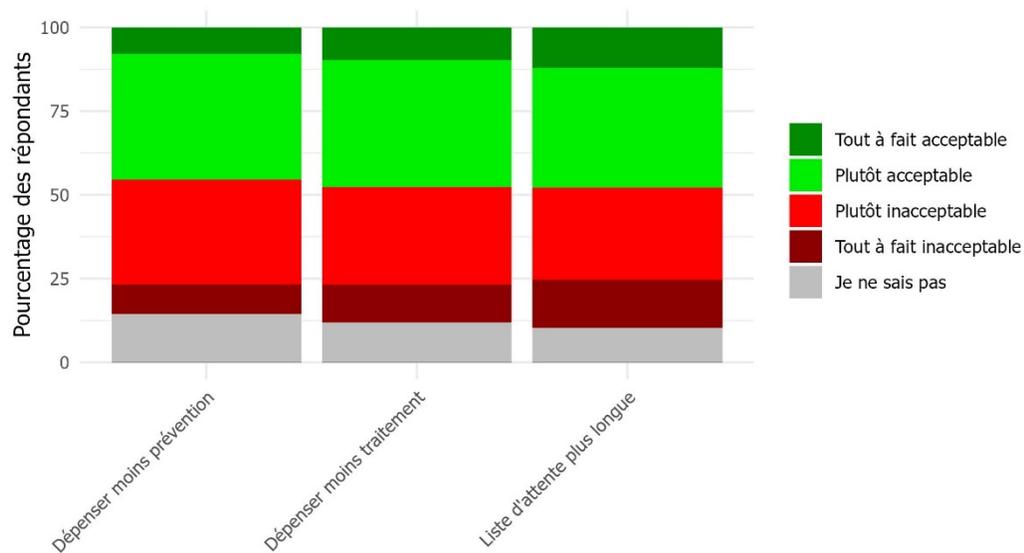


Figure 3.39. Arbitrages entre les politiques de santé en Allemagne, en Suisse et en Angleterre

3.3.4. Contrôlabilité de l'échelle des besoins de santé

Libellé de la question : Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou en désaccord avec les affirmations suivantes?

[Contrôle] Les gens ne contrôlent pas le fait qu'ils tombent gravement malades ou non.

[Hasard] C'est le hasard qui décide qui est atteint d'une maladie grave et qui s'en sort.

[Faute] C'est la faute des gens s'ils sont atteints d'une maladie grave.

[Pas assez] Si les gens contractent une maladie grave, c'est parce qu'ils n'ont pas fait assez d'efforts pour l'éviter.

[Effort] Les personnes qui s'efforcent de rester en bonne santé ne tombent pas gravement malades.

Ces cinq affirmations sont inspirées de celles utilisées par Jensen et Bang Petersen (2017) dans leur article portant sur la perception qu'ont les citoyens des personnes malades et du niveau de contrôle que celles-ci ont sur leur maladie. Suivant la recommandation de ces auteurs, nous effectuons une analyse factorielle des réponses aux cinq items pour créer un indice de perception que la maladie est due au hasard et hors du contrôle des malades ($\alpha = 0,67$). L'indice est codé 0 à 1, de sorte que des valeurs plus élevées soulignent que les répondants ont moins de contrôle sur leur maladie.

Les différences entre les cinq régions étudiées sont petites, mais significatives : les Ontariens sont plus susceptibles que les autres de penser que les personnes malades sont à blâmer pour leur état de santé (0,673), suivis des Suisses (0,699). Les Anglais sont les moins susceptibles de blâmer les personnes malades pour leur état de santé (0,754). La différence entre les attitudes des Québécois (0,736) et des Allemands (0,732) n'est pas statistiquement significative.

3.3.5. Amélioration des conditions de vie :

Libellé de la question : Pensez-vous que le gouvernement devrait améliorer les conditions de vie des :

Québec :

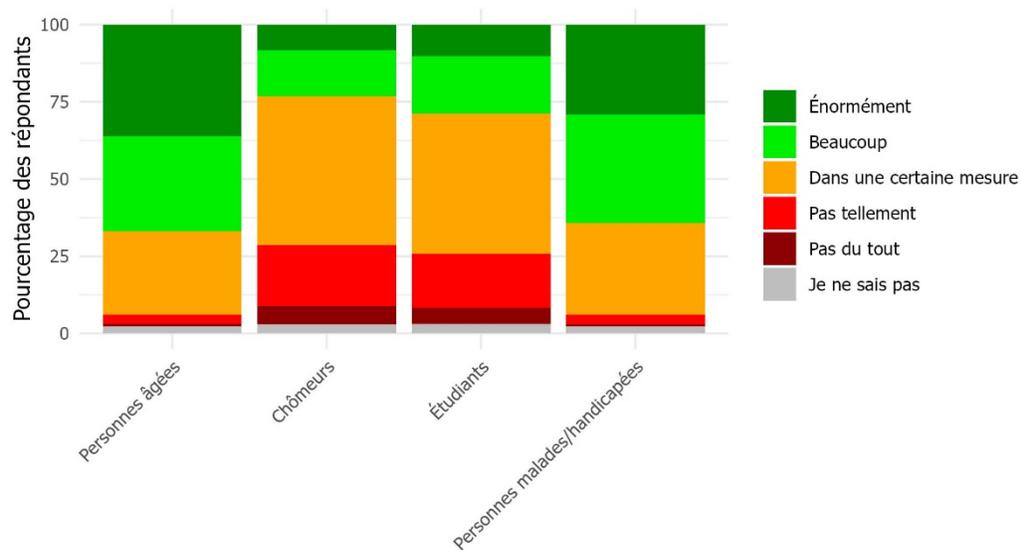


Figure 3.40. Attitudes à l'égard du rôle du gouvernement au Québec

Ontario :

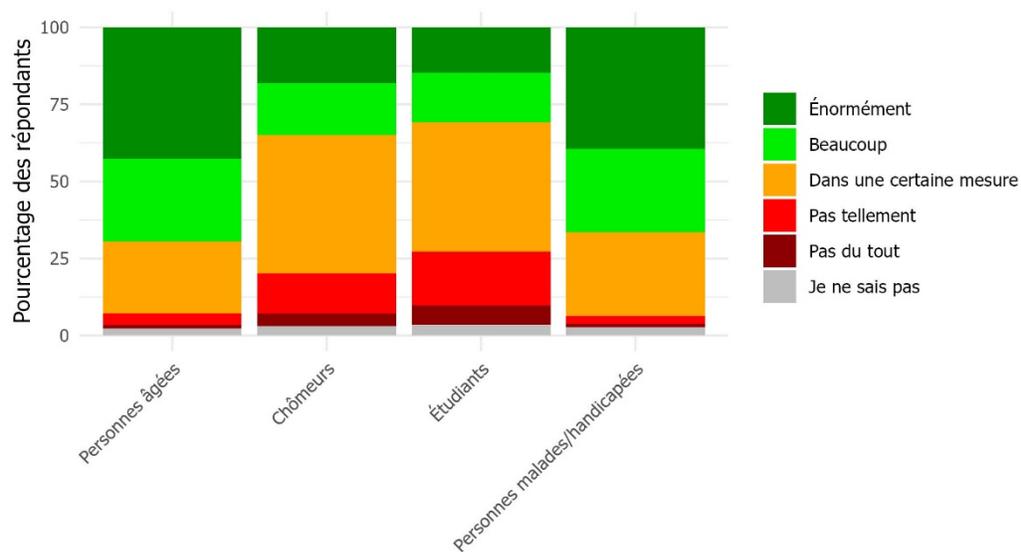


Figure 3.41. Attitudes à l'égard du rôle du gouvernement en Ontario

Allemagne, Suisse et Angleterre :

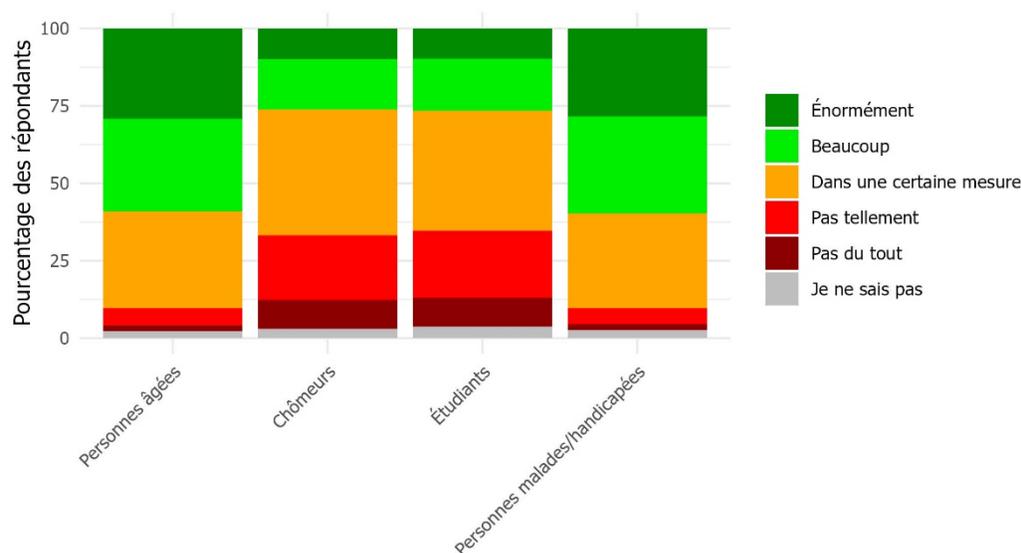


Figure 3.42. Attitudes à l'égard du rôle du gouvernement en Allemagne, en Suisse et en Angleterre

Les figures 3.40, 3.41 et 3.42 révèlent que, dans les cinq régions étudiées, une majorité de citoyens considèrent que le gouvernement devrait en faire beaucoup ou énormément pour améliorer les conditions de vie des personnes âgées, malades ou en situation de handicap. Rares sont les citoyens qui estiment que le gouvernement ne devrait pas agir pour améliorer les conditions de vie de ces groupes. Les proportions de citoyens qui considèrent que le gouvernement ne devrait pas agir pour améliorer les conditions de vie a) des chômeurs et b) des étudiants sont toutefois considérablement plus élevées, notamment en Allemagne, en Suisse et en Angleterre. Les résultats obtenus à cette question en ce qui concerne les conditions de vie des chômeurs ne sont pas sans rappeler les réponses des participants à la question portant sur la priorisation des dépenses (section 3.1.2.), lesquelles laissent présager que les citoyens des cinq régions étudiées considèrent que le chômage est l'enjeu le moins prioritaire parmi ceux qui leur sont présentés.

3.4. Contexte politique

3.4.1. Maîtrise des enjeux

Libellé de la question : Selon vous, quel parti serait le plus à même de gérer...

Québec :

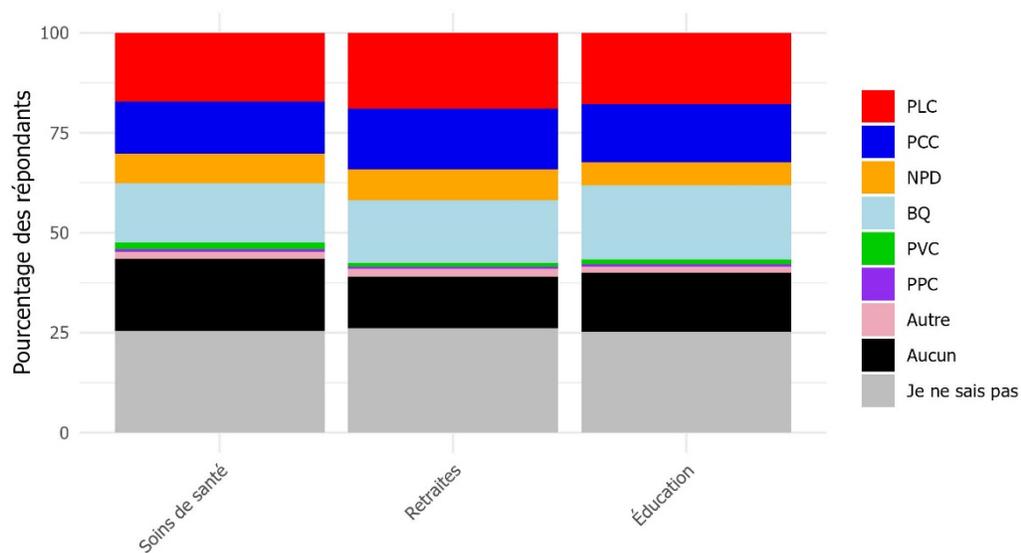


Figure 3.43. Perception de la maîtrise des enjeux au Québec

Ontario :

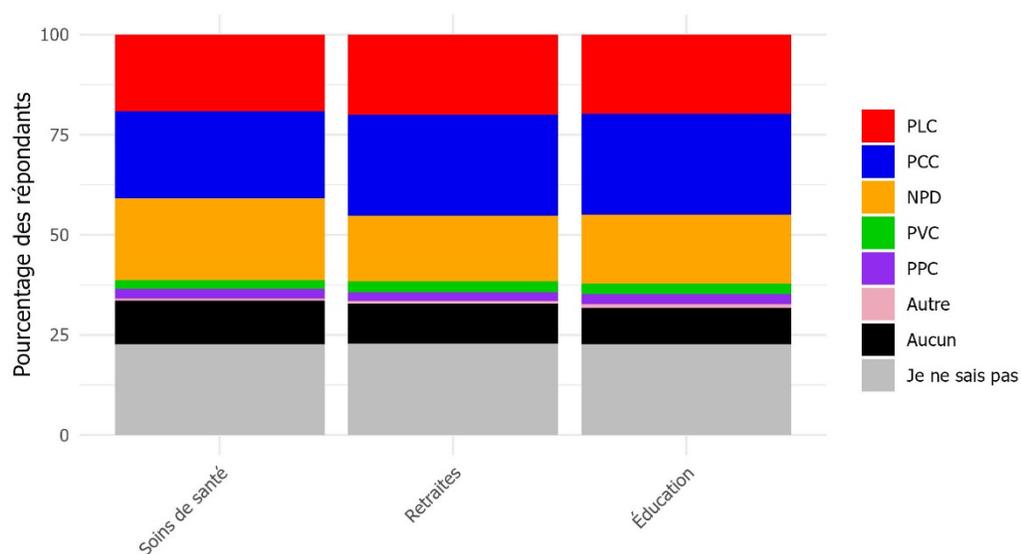


Figure 3.44. Perception de la maîtrise des enjeux en Ontario

Les figures 3.43 et 3.44 montrent qu'au Québec comme en Ontario, aucune formation politique n'est perçue comme étant la plus à même de gérer les soins de santé, les retraites et l'éducation par une majorité de répondants. Une proportion non négligeable de citoyens affirme d'ailleurs qu'elle ne sait pas quel parti maîtrise le mieux ces enjeux. En Ontario, une pluralité de répondants considère que le Parti conservateur du Canada (PCC) est le plus à même de gérer les retraites et l'éducation. Les réponses sont davantage partagées en ce qui concerne les soins de santé. Au Québec, le Bloc québécois (BQ) et le Parti libéral du Canada (PLC) sont les partis politiques qui sont perçus comme les plus à même de gérer les soins de santé, les retraites et l'éducation.

Nous nous sommes concentrés sur les attitudes à l'égard des partis politiques fédéraux pour pouvoir mieux comparer les réponses des Québécois à celle des Ontariens et des autres régions étudiées. Or, force est de reconnaître que cette question n'est pas idéale dans le cas canadien, puisque l'éducation et la santé sont de compétence provinciale au pays, tandis que les retraites sont de compétence partagée au Québec et de compétence fédérale en Ontario. En revanche, le fait que le gouvernement fédéral finance une partie du système de santé et que les partis fédéraux font régulièrement des promesses en santé dans les champs de compétence des provinces (Béland et al., à paraître) implique que les répondants pourraient percevoir certains partis comme étant plus compétents que d'autres sur la question. En fait, l'enjeu de la santé est régulièrement mis de l'avant par certains partis fédéraux qui cherchent à se poser en défenseurs du système public de santé (Nadeau et al., 2010).

3.4.2. Saillance des enjeux

Libellé de la question : Veuillez classer les questions suivantes par ordre d'importance pour vous :

Tableau 3.3. Saillance des enjeux par région sondée

	QC	ON	DE/CH/GB
Soins de santé	1,61	1,68	1,96
Retraites	3,22	3,13	2,78
Éducation	2,79	3,22	2,95
Impôts	3,30	2,96	3,21
Dettes	4,07	4,86	4,09

Le tableau 3.3 montre le positionnement moyen (de 1 à 5) de chacun des cinq enjeux. Les résultats présentés dans le tableau 3.3. montrent que la santé est l'enjeu le plus saillant dans les cinq régions étudiées. Fait intéressant, l'éducation représente le deuxième enjeu en importance pour les Québécois, alors que pour les Ontariens ce sont les impôts qui occupent cette place, et pour les Allemands, les Suisses et les Anglais, ce sont les retraites. Dans les cinq régions, la dette est l'enjeu le moins prioritaire pour les citoyens.

4. Analyses

Dans cette section du rapport de projet, nous tentons de répondre aux cinq questions de recherche présentées à la section 1.1. Pour ce faire, nous avons recours à des régressions linéaires multiples. Nos analyses tiennent compte de différentes variables indépendantes qui ont trait à l'idéologie, à la démographie, au statut socioéconomique et au niveau de satisfaction à l'égard du système des personnes qui ont pris part au sondage. Pour rappel, les études précédentes ont avancé que l'idéologie et la classe sociale n'ont pas d'impact sur les préférences en matière de politiques de santé, alors qu'il existe un débat sur l'impact de la vulnérabilité à la maladie et de la satisfaction à l'égard du système sur les préférences.

4.1. Variables et méthodes

Comme il est de plus en plus courant de le faire en science politique, nous établissons une distinction entre le clivage idéologique relatif à l'intervention de l'État dans le marché et le clivage idéologique portant sur les valeurs sociales (Chassé et Bélanger, 2022). Ce dernier oppose deux groupes que l'on peut résumer ainsi : les verts-alternatifs-libertaires (GAL, valeurs libérales) et les traditionnels-autoritaires-nationalistes (TAN, valeurs autoritaires) (Beramendi et al., 2015; Hooghe et al., 2002). La première dimension se concentre sur les conflits distributifs actuels concernant la taille de l'État tandis que la deuxième a trait aux conflits qui portent sur le type de politiques sociales que les gouvernements privilégient. La littérature actuelle souligne en effet une forte relation entre les valeurs sociales libérales et une préférence pour l'investissement social dans l'éducation, les services de garde et la formation de la main-d'œuvre (Busemeyer et al., 2022; Garritzmann et al., 2018; Häusermann et al., 2021).

Nous utilisons une batterie de quatre questions afin de générer un indice additif de la position des répondants sur le clivage GAL-TAN. Les quatre questions portent sur le niveau d'accord des citoyens à l'égard des affirmations suivantes : « Globalement, la vie familiale souffre lorsque la femme a un emploi à temps plein », « L'immigration est une menace pour notre culture nationale », « La mondialisation est allée trop loin » et « Les couples gais et lesbiens devraient avoir les mêmes droits que les couples hétérosexuels en matière d'adoption d'enfants ». Chaque réponse s'inscrit sur une échelle de Likert à cinq catégories, où la valeur 5 est attribuée à la position la plus universaliste (tout à fait d'accord ou pas d'accord) et la valeur 1 à la position la plus particulariste (tout à fait d'accord ou pas d'accord). Nous créons un indice factoriel à partir de ces quatre questions ($\alpha = 0,65$).

Afin de déterminer le positionnement des participants sur le clivage idéologique relatif à l'intervention de l'État dans le marché, nous avons recours à une batterie de cinq questions portant sur le degré d'accord des participants à l'égard des affirmations suivantes : « Les prestations et services sociaux pèsent trop lourdement sur l'économie », « Il incombe au gouvernement de soutenir les parents qui travaillent », « Le gouvernement devrait prendre des mesures pour réduire les différences de niveaux de revenus », « Le gouvernement devrait assurer un niveau de vie décent aux personnes âgées », « Il est injuste que les riches puissent s'offrir des soins de santé de meilleure qualité ». Chaque réponse s'inscrit sur une échelle de Likert à cinq catégories, où la valeur 5 est attribuée à la position la plus favorable à l'État et la valeur 1 à la position la plus

favorable au marché. Nous créons ainsi un indice factoriel mesurant à quel point un répondant est économiquement à gauche ($\alpha = 0,58$). Il est pertinent de noter que la corrélation entre les deux indices est inexistante; il n'y a pas de relation directe entre la dimension État-marché et l'axe libéral autoritaire. Dans le texte, nous utilisons les termes « valeurs sociales libérales/autoritaires » et « valeurs sociales de gauche/de droite » de manière interchangeable.

Nous avons recours à une question sur l'état de santé perçu allant de 1 (excellente santé) à 5 (mauvaise santé). Nous mesurons la satisfaction à l'égard du système de santé à l'aide d'une question demandant si les répondants sont satisfaits de l'état actuel des soins de santé dans leur pays de résidence en utilisant une échelle de Likert en cinq points allant de très insatisfait à très satisfait. Nous mesurons le revenu déclaré d'un individu sur un des 10 déciles de revenu du pays en 2023, calculés à l'aide des données du Luxembourg Income Study (LIS). Le revenu est donc mesuré sur une échelle de 1 à 10 qui correspond à la position déclarée du répondant sur les déciles de revenus de chacun des pays. Le niveau de scolarité est mesuré avec une variable dichotomique distinguant les répondants qui ont un diplôme universitaire de ceux qui n'en ont pas. Nous tenons également compte du sexe (homme comme catégorie de référence), de l'âge (six groupes d'âge), et du lieu de résidence (banlieue, petite ville, zone rurale, avec ville comme catégorie de référence) des participants.

L'ensemble des modèles se basent sur des régressions linéaires multiples de type OLS (sauf les modèles servant à produire la figure 4.6, lesquels reposent sur des régressions logistiques) et incluent des effets fixes par région. Ces effets fixes permettent de comparer l'impact du pays ou de la province de résidence sur les préférences, en utilisant le Québec comme catégorie de référence dans tous nos modèles. Nous présentons nos résultats à l'aide de graphiques. Lorsqu'il est possible de le faire, nous recodons les variables indépendantes sur une échelle de 0 à 1 pour faciliter la comparaison des tailles des effets. Dans certains modèles, le coefficient de l'idéologie est si important lorsqu'il est standardisé qu'il devient impossible d'observer l'effet pourtant significatif d'autres variables dans les graphiques. Dans ces cas précis, nous ne standardisons pas les variables indépendantes. Il est à noter que le fait que nous standardisons les coefficients n'influence en rien les résultats et que cette manipulation ne sert qu'à faciliter la lecture de nos résultats. Nous avons aussi effectué des modèles qui incluent séparément les variables idéologiques et attitudinales des variables sociodémographiques. Puisque ceux-ci corroborent les conclusions auxquelles nous parvenons à l'aide de nos modèles principaux, nous ne les présentons pas dans ce rapport de projet. Ils révèlent en outre que l'effet de l'instruction est souvent significatif lorsque les valeurs sociales ne sont pas incluses dans les modèles, car les gens qui ont un niveau de scolarité plus élevé tendent à avoir des valeurs libérales (Attewell, 2021; Häusermann et al., 2021) et que les valeurs libérales sont généralement associées aux variables dépendantes de nos modèles statistiques.

4.2. Déterminants de la demande publique à l'égard des dépenses en santé sans contraintes

Nous utilisons deux variables dépendantes pour analyser les déterminants de la demande de dépense publique en santé. La première est la préférence en matière de dépenses de santé non

contraintes (présentée à la figure 3.1.1), tandis que la deuxième est l'appui à un gouvernement qui fournit des services de santé de qualité (3.3.2c). Les deux variables sont codées de 1 à 5 (fortement en désaccord à fortement d'accord). Les résultats sont présentés à la figure 4.1.

Les tendances observées sont sensiblement les mêmes pour les deux variables dépendantes. On observe que **les femmes, les membres de la population plus âgés, les personnes en mauvaise santé ainsi que les gens qui se situent sur la gauche économique et ont des valeurs sociales libérales sont plus susceptibles que les autres : a) de vouloir augmenter les dépenses en santé, et b) de considérer que le rôle du gouvernement est d'offrir des soins de qualité. L'impact d'un positionnement à gauche sur la dimension économique et, dans une moindre mesure, des valeurs sociales est particulièrement important.** Pour leur part, les personnes qui se disent satisfaites du système sont plus enclines à vouloir réduire les dépenses et appuient moins fortement le rôle du gouvernement que les autres. La demande d'augmenter les dépenses en santé est plus forte au Québec qu'en Allemagne et en Suisse, mais plus faible dans cette région qu'en Ontario ou en Angleterre.

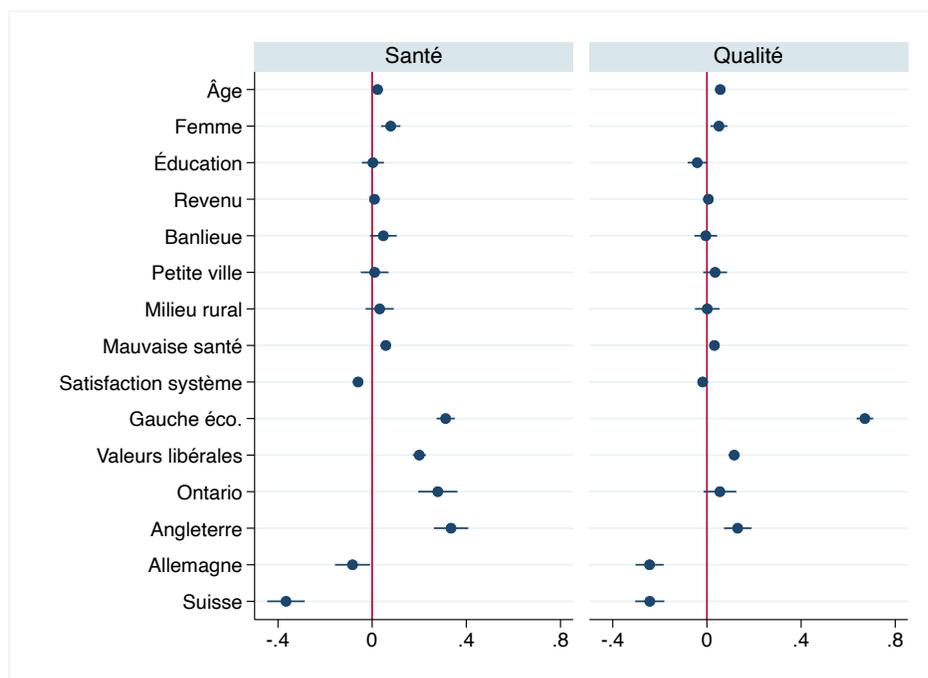


Figure 4.1. La demande de dépenses publiques en santé, variables indépendantes non standardisées

4.3. Déterminants de la demande publique à l'égard des dépenses en santé avec contraintes

Quels groupes de citoyens priorisent les dépenses en santé avant tout, et quels groupes préfèrent des investissements dans d'autres programmes publics, quitte à limiter les dépenses de santé? Nous utilisons quatre variables dépendantes pour répondre à ces questions. La première concerne la priorisation ou la saillance de l'enjeu de la santé et repose sur la question décrite à la section 3.4.2. Les répondants qui ont classé la santé comme l'enjeu le plus prioritaire sur la liste

des cinq enjeux se voient attribuer la valeur 5, alors que ceux qui l'ont classée comme l'enjeu le moins prioritaire se voient attribuer la valeur 1.

Les résultats sont présentés à la figure 4.2. On peut observer que **les femmes, les membres de la population plus âgés, les personnes en mauvaise santé ainsi que les gens qui se situent sur la gauche économique et ont des valeurs sociales tendent à prioriser davantage la santé que les autres.** Il n'y a pas de différence marquée entre les Québécois, les Ontariens et les Anglais, mais les Allemands et les Suisses semblent moins enclins à prioriser la santé que les citoyens des autres régions. Ainsi, les conclusions que l'on peut tirer de la figure 4.2 sont semblables à celles que l'on peut tirer de la figure 4.1.

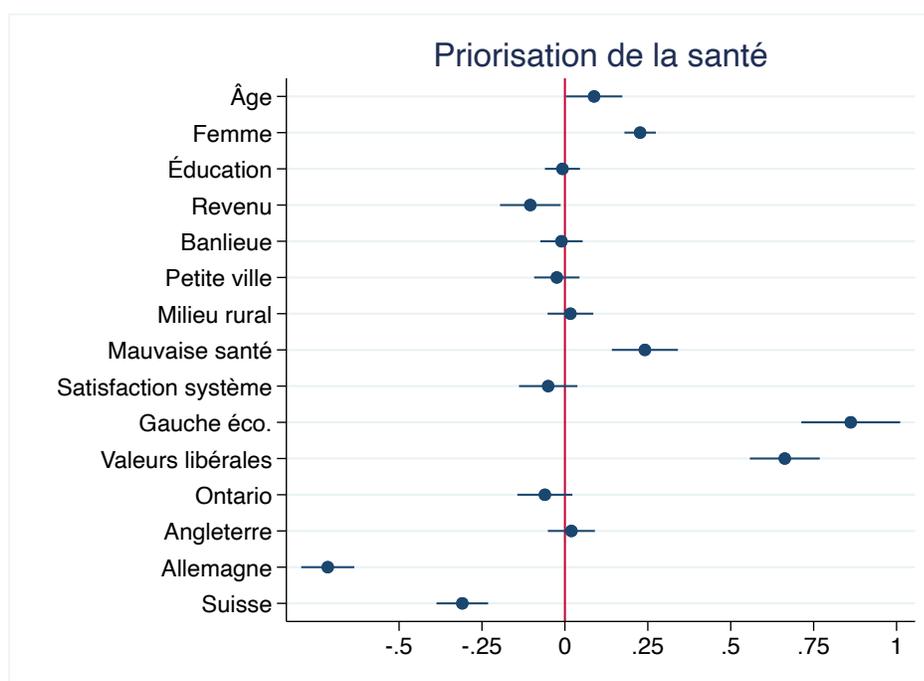


Figure 4.2. Saillance de l'enjeu de la santé

La figure 4.3 se base sur les réponses des participants à la question de la section 3.1.2 portant sur l'attribution de points entre les différents postes de dépenses. Nous analysons le nombre de points alloués à la santé (modèle 1), le nombre de points alloués à la santé par rapport au nombre de points alloués à l'investissement social dans les services de garde et l'éducation (modèle 2), le nombre de points alloués à la santé par rapport au nombre de points alloués aux retraites (modèle 3) et le nombre de points alloués à la santé par rapport au nombre de points alloués à la protection du revenu (assistance sociale et assurance-emploi, modèle 4).

On observe que plusieurs groupes de citoyens tendent à prioriser la santé au détriment de la protection du revenu – à savoir les personnes de sexe féminin, celles qui résident dans un environnement non urbain, qui sont plus âgées et qui ont un revenu élevé. Les individus en mauvaise santé tendent à prioriser à la fois la santé et la protection du revenu, au détriment des retraites et de l'investissement social. En revanche, les individus qui ont un revenu élevé priorisent surtout l'investissement social, suivi de la santé. Les personnes qui se disent satisfaites du système

de santé, les Suisses et les Allemands priorisent d'autres politiques que la santé. Les Québécois priorisent davantage la santé que la protection du revenu par rapport aux Ontariens et aux Anglais. Les personnes qui ont fait des études universitaires de même que celles qui ont des valeurs libérales priorisent davantage l'investissement social et la protection du revenu que la santé. Enfin, les individus en faveur de l'intervention de l'État priorisent davantage les retraites et la protection du revenu que la santé.

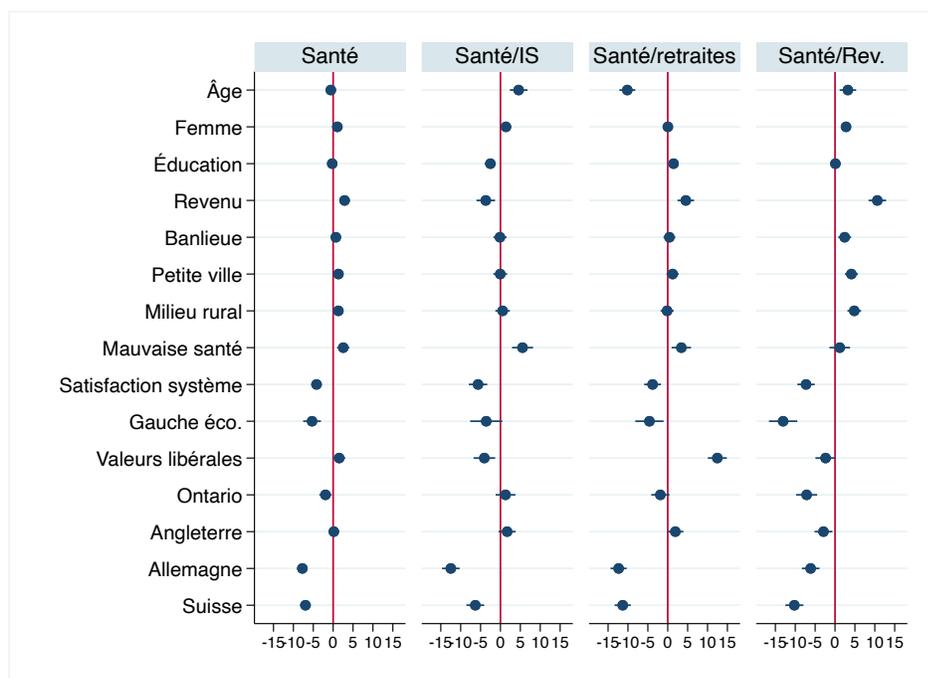


Figure 4.3. Attribution de points entre les différents postes de dépenses

La troisième variable dépendante se base sur les réponses obtenues lors de l'expérience portant sur la formulation présentée à la section 3.1.3. La figure 4.4 montre l'appui à l'augmentation des dépenses de santé (mesuré sur une échelle de 1 à 5) dans quatre groupes séparés en fonction du traitement (de la formulation) attribué aux répondants. Rappelons que les différents traitements portaient sur les coûts potentiels associés à une hausse de dépenses de santé, à savoir a) une hausse des taxes; b) une hausse de la dette publique; et c) des coupes budgétaires dans d'autres politiques sociales. Le quatrième groupe constitue le groupe contrôle : le texte présenté aux personnes qui s'y sont vu assigner ne mentionnait pas de coûts liés à l'augmentation des dépenses de santé. Les résultats sont les mêmes si on effectue une interaction entre chaque traitement et chaque variable indépendante.

On observe que les répondants plus âgés sont moins susceptibles de diminuer leur appui à l'augmentation des dépenses en santé s'ils reçoivent les traitements liés à la hausse des impôts ou de la dette publique, ce qui laisse entendre qu'ils priorisent d'abord et avant tout les dépenses en santé. Les plus riches sont particulièrement susceptibles d'appuyer l'augmentation des dépenses en santé lorsqu'elle implique des coupes dans d'autres dépenses publiques. Au contraire, les femmes diminuent leur appui à l'augmentation des dépenses en santé lorsque les coûts en

termes d'impôts et de dette publique sont mis de l'avant. Les répondants qui résident hors des villes sont particulièrement susceptibles de diminuer leur appui à l'augmentation des dépenses en santé si cela implique de payer plus d'impôts.

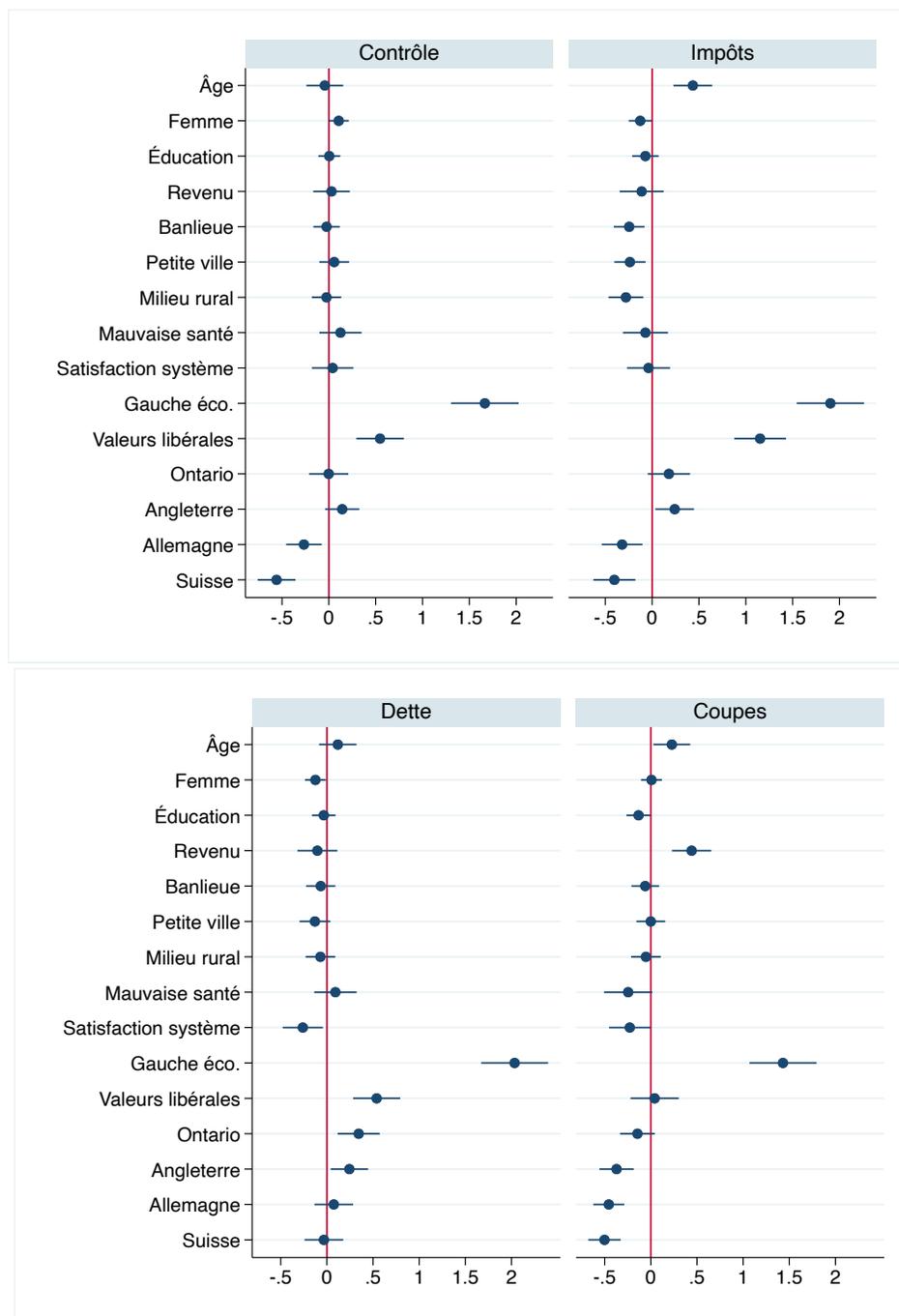


Figure 4.4. Appui à l'augmentation des dépenses en fonction de la formulation

Les gens qui se disent satisfaits du système de santé sont plus susceptibles de diminuer leur appui quand l'augmentation des dépenses de santé implique d'augmenter la dette. **Les répondants en faveur de l'intervention de l'État, pour leur part, sont plus susceptibles**

que les autres d'appuyer l'augmentation des dépenses de santé, peu importe le type de coûts qu'elle pourrait entraîner. Comparativement aux effets des autres variables, l'effet du positionnement sur l'axe gauche-droite économique est particulièrement important. Enfin, la figure 4.4 montre que les répondants qui ont des valeurs sociales libérales sont particulièrement susceptibles d'appuyer l'augmentation des dépenses en santé, même lorsqu'elle implique plus d'impôts, et particulièrement susceptibles de s'y opposer lorsqu'elle implique des coupes budgétaires.

Enfin, notons que l'analyse de l'expérience conjointe (présentée à la figure 3.15) ne révèle que très peu de différences entre les groupes. Nous ne présentons donc pas les résultats dans cette section puisqu'ils ne nous permettent pas de répondre à la question posée.

4.4. Volonté de payer plus d'impôts pour financer les dépenses de santé

En nous appuyant sur les questions de la section 3.2.3, nous mesurons l'appui à l'idée de payer davantage d'impôts pour améliorer a) l'accès aux soins de santé en zone rurale; b) l'espérance de vie; et c) la qualité de vie. Les trois variables sont codées de 1 (fortement en désaccord avec l'idée de payer plus d'impôts) à 5 (fortement en accord). Nous présentons les coefficients non standardisés à la figure 4.5, puisqu'autrement l'effet de la gauche économique est si important qu'il devient impossible de discerner l'impact des autres variables. Effectivement, les répondants qui se situent à gauche sur l'axe économique, ont des valeurs libérales, sont satisfaits des services de santé et sont en bonne santé acceptent de payer plus d'impôts dans les trois scénarios qui leur sont présentés.

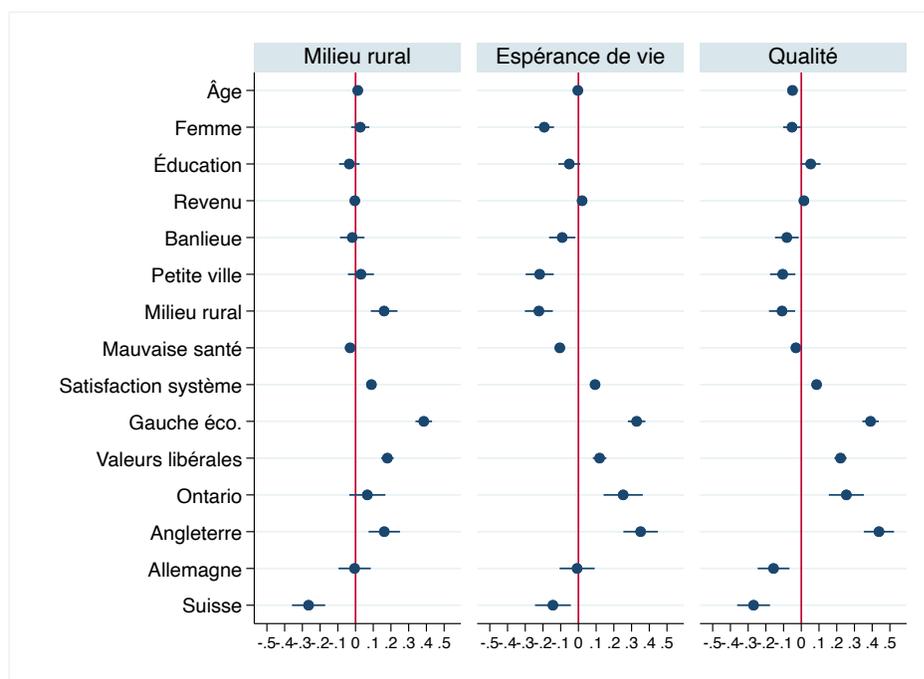


Figure 4.5. Volonté de payer plus d'impôts, variables indépendantes non standardisées

Les variables associées à la volonté de payer plus d'impôts pour améliorer la qualité de vie ou l'espérance de vie sont similaires : les gens plus aisés et ceux qui vivent en zone urbaine sont plus enclins à accepter de payer davantage d'impôts, alors que les femmes et les personnes qui vivent en zone rurale sont plus réfractaires à cette idée. Or, il est à noter que les effets du revenu et du sexe disparaissent lorsque la question porte sur la volonté de payer plus d'impôts pour améliorer l'accès aux soins de santé dans les zones rurales. Pour cette question, l'effet de vivre en zone rurale sur la volonté de payer davantage d'impôts devient positif. En ce qui concerne les différences entre les régions, la figure 4.6 montre que les Anglais et les Ontariens sont plus enclins à accepter de payer davantage d'impôts que les Québécois, alors que les Suisses sont moins susceptibles de vouloir payer davantage d'impôts que les citoyens de toutes les autres régions sondées.

La question suivante nous permet aussi d'analyser indirectement la volonté des participants de payer plus d'impôts pour financer le système de santé, mais dans un scénario qui les incite à établir des priorités parmi différentes options négatives. En effet, la question présentée à la section 3.2.1. force les répondants à choisir parmi cinq options pour faire face à la hausse des coûts des soins de santé. Dans la figure 4.6, nous analysons la probabilité qu'un répondant choisisse l'une des cinq options à l'aide d'une régression logistique. Les deux options qui conduisent à des coupes dans les services curatifs (limiter l'accès aux technologies ou la couverture de l'assurance maladie) sont regroupées.

Selon les résultats, les femmes et les individus qui vivent en zone rurale préfèrent les coupes dans la prévention à toutes les autres options. Les personnes plus âgées et celles en mauvaise santé, pour leur part, sont plus enclines que les autres à accepter de payer plus d'impôts afin d'éviter que des frais soient facturés aux usagers et que le financement des soins curatifs soit réduit. Les répondants qui se disent satisfaits du système de santé sont plus susceptibles d'accepter d'augmenter les impôts, mais moins enclins à accepter une réduction des dépenses préventives. Les répondants ayant des valeurs sociales et des attitudes économiques de gauche acceptent de payer davantage d'impôts afin d'éviter de se ranger derrière les autres options. Les répondants qui ont des attitudes économiques de gauche sont particulièrement réfractaires à l'idée d'imposer des frais aux usagers. Le revenu et l'éducation n'ont pas d'effet. Les Ontariens et les Anglais acceptent de payer plus d'impôts, mais moins de frais que les Québécois. Les Allemands acceptent de payer plus d'impôts que les Québécois, mais sont moins enclins que ces derniers à accepter de facturer des frais aux utilisateurs et des coupes touchant les soins curatifs. Ils tendent en outre à prioriser davantage les mesures préventives que les Québécois. Enfin, les Suisses sont moins susceptibles d'accepter une augmentation des impôts et des coupes dans les soins curatifs que les Québécois.

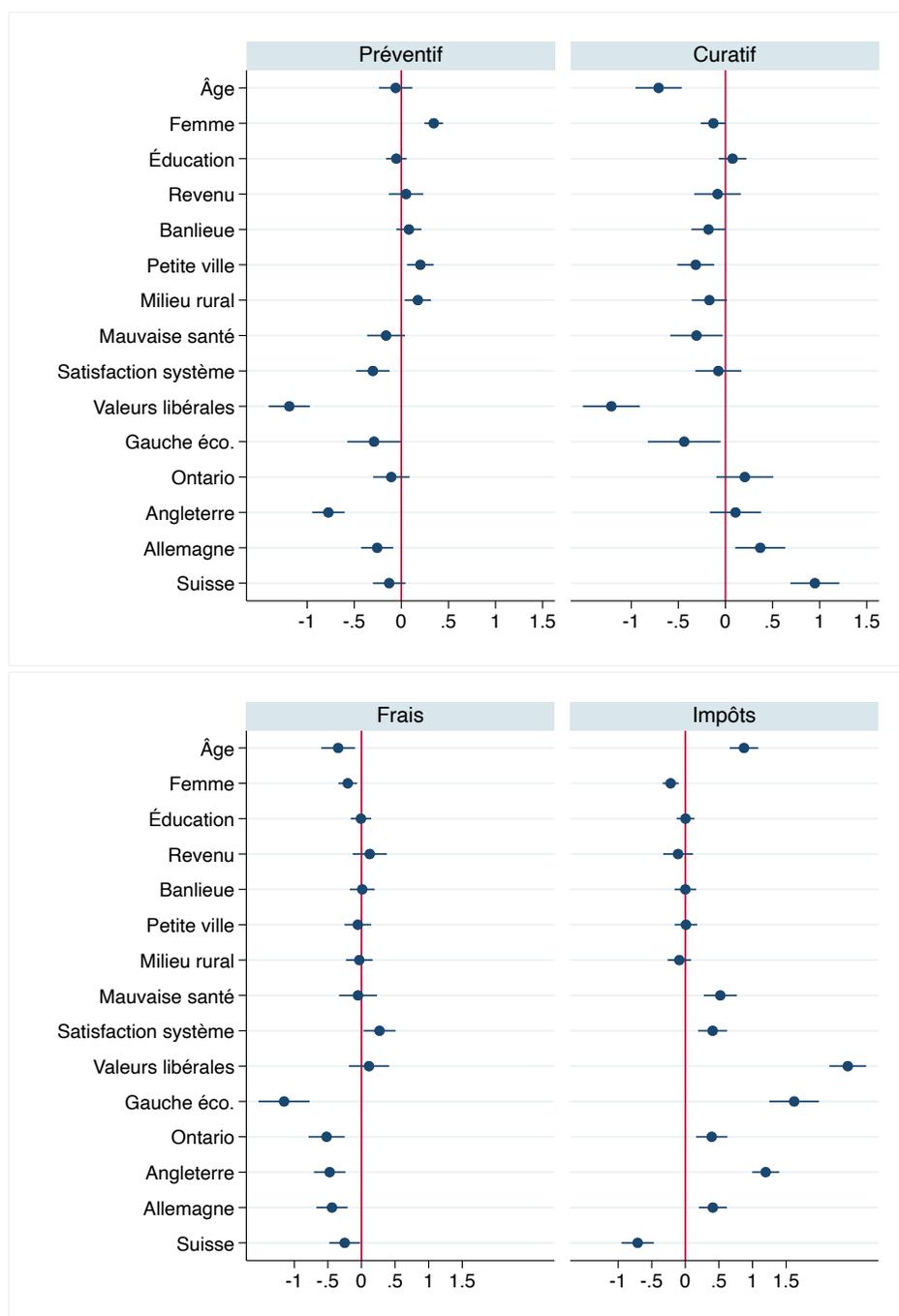


Figure 4.6. Appui aux mesures de contrôle des coûts, variables indépendantes standardisées

4.5. Coalitions citoyennes en faveur d'une réorientation des dépenses à l'intérieur du réseau de la santé

La figure 4.7 repose sur des modèles statistiques qui prédisent trois variables dépendantes. La première variable porte sur les préférences du public en matière d'organisation des soins de santé (question présentée à la section 3.2.5.). Nous créons une variable dichotomique au sein de laquelle les répondants qui préfèrent une organisation publique du système de santé, c'est-à-dire

qui choisissent les options C ou D (selon lesquelles le gouvernement devrait offrir des soins de santé égaux pour tous financés par des impôts ou des cotisations d'assurance maladie) se voient attribuer la valeur 1. Les répondants qui choisissent les options A et B (selon lesquelles le gouvernement devrait uniquement offrir des soins de base ou les citoyens devraient se doter d'une assurance privée) se voient attribuer la valeur 0. Il convient de noter que près de 84 % des répondants préfèrent une organisation publique des soins de santé, de sorte qu'il y a peu de variance dans les réponses. La deuxième variable se base sur une question qui demandait aux répondants s'ils considèrent qu'il est injuste que les personnes ayant des revenus plus élevés puissent s'offrir de meilleurs soins de santé que les personnes ayant de faibles revenus (présentée à la section 3.3.1, codée de 1, tout à fait juste, à 5, tout à fait injuste).

Les femmes, les membres de la population plus âgés, les gens qui vivent en zone rurale ainsi que les personnes en mauvaise santé et celles qui ont des attitudes économiques et sociales de gauche sont plus susceptibles : a) de préférer une organisation publique de la santé, et b) de considérer qu'il serait injuste que de meilleurs soins de santé soient proposés aux personnes plus aisées. L'impact des attitudes économiques de gauche est particulièrement important. Quelques différences nous semblent pertinentes à soulever en ce qui a trait aux prédicteurs de ces deux variables dépendantes. Alors que les citoyens plus riches et ceux qui se disent satisfaits du système de santé sont moins susceptibles que les autres d'estimer qu'il est injuste que les citoyens mieux nantis aient accès à de meilleurs soins, ils demeurent tout aussi favorables à l'organisation publique du système de la santé. On observe également que les Allemands et les Suisses sont moins favorables à une organisation publique de la santé que les Québécois. Enfin, les Anglais sont plus susceptibles que les Québécois de penser qu'il est juste que les plus riches aient accès à de meilleurs soins. L'opinion des citoyens par rapport à l'organisation des soins semble donc plutôt cohérente : les personnes plus vulnérables et de gauche sont favorables à un système de santé publique et s'opposent aux inégalités dans l'accès aux soins de santé que pourrait occasionner un système laissant davantage de place au privé.

La troisième variable dépendante s'appuie sur les réponses des participants à une question qui leur demandait s'ils acceptent que l'on alloue plus de ressources pour améliorer l'accès aux soins de santé pour des groupes plus exposés à la maladie (personnes âgées, à revenus modiques et issues d'une minorité visible) au prix d'un allongement de la liste d'attente pour l'accès aux soins de santé pour tous les autres (cette variable s'intitule *accès ciblé* dans la figure 4.7). Cette question est présentée à la section 3.3.3. Elle est codée de 1 (tout à fait inacceptable) à 4 (tout à fait acceptable). On observe que les personnes de sexe féminin, plus âgées et plus riches sont moins favorables à cette possibilité que les autres. Au contraire, les individus plus instruits, qui vivent en zone urbaine, ont des attitudes économiques et sociales de gauche et se disent satisfaits du système de santé sont plus favorables à cette idée. Il n'y a pas de différence entre les régions étudiées.

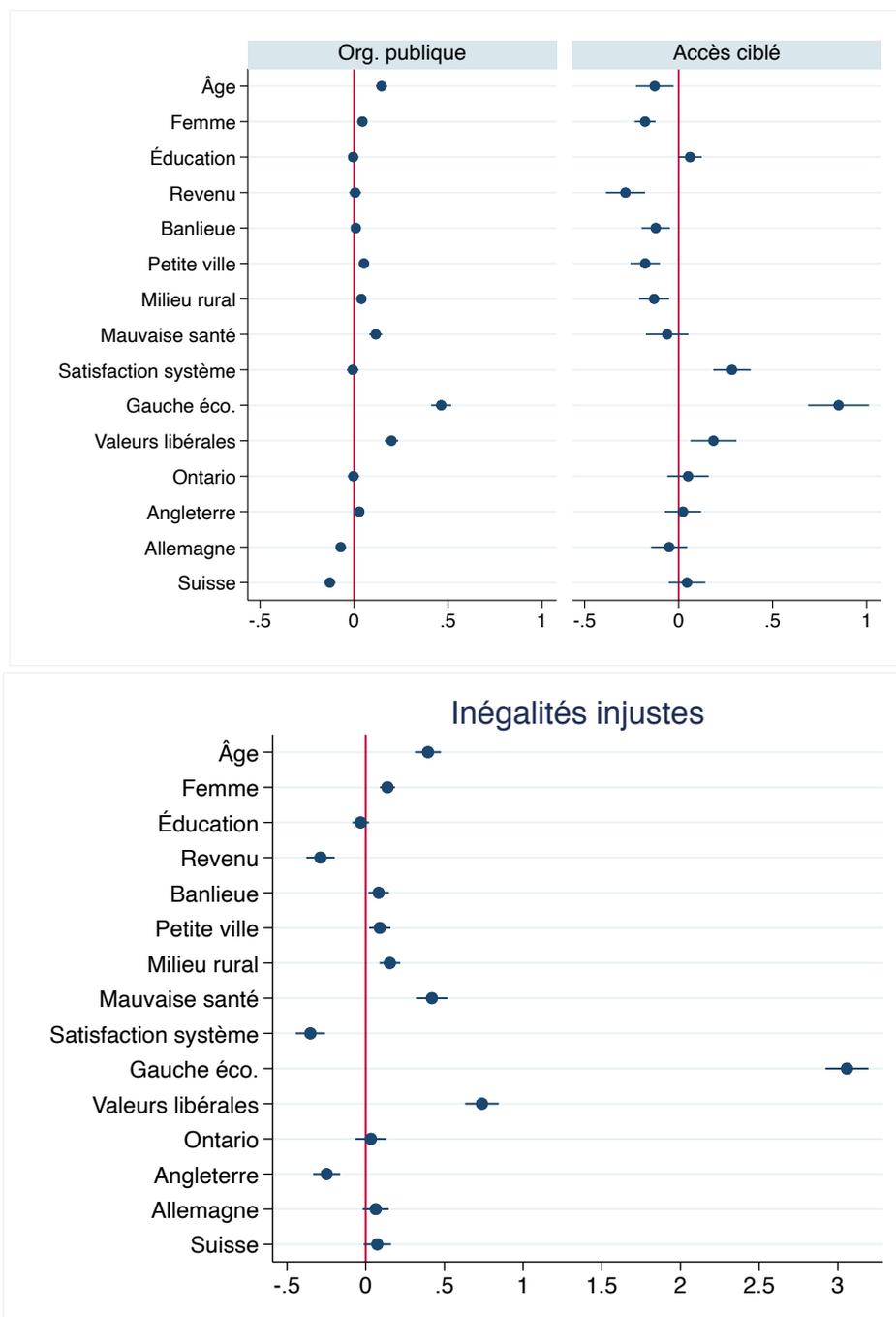


Figure 4.7. Appui à différents types d'organisation des systèmes de soins, variables indépendantes standardisées

4.6. Préférences en matière de santé curative et de santé préventive

La figure 4.8 repose sur les réponses des participants à la question de la section 3.2.2. Celle-ci demandait aux répondants de répartir un total de 100 points entre six secteurs du système de santé. Dans l'analyse ci-dessous, nous nous intéressons à la comparaison entre trois secteurs préventifs liés à la santé publique (la vaccination, la prévention et la préparation aux pandémies) et trois secteurs curatifs (les lits d'hôpitaux, les technologies et les ressources humaines). Notre

variable dépendante mesure le nombre de points alloué aux trois secteurs préventifs, de sorte qu'une valeur plus élevée indique que le participant accorde la priorité au financement des soins préventifs par rapport aux soins curatifs.

Les résultats présentés à la figure 4.8 montrent que **les femmes, les individus qui vivent en zone rurale et les personnes en mauvaise santé allouent généralement moins de points aux trois secteurs préventifs, alors que les répondants qui se disent satisfaits du système de santé, tout comme ceux qui ont des valeurs libérales, en allouent généralement plus. Les Anglais, les Suisses et les Allemands tendent à allouer plus de ressources à la prévention que les Ontariens et les Québécois.** Il est intéressant de constater que l'âge, le revenu, et les valeurs économiques de gauche ne sont pas corrélés de manière statistiquement significative avec les préférences en ce qui concerne la répartition des ressources dans le système de santé. Il s'agit de la seule variable analysée où l'axe gauche-droite économique n'a pas d'effet sur les préférences des répondants. Le lien entre appui à la prévention et valeurs sociales libérales est exploré plus en détail dans un article scientifique (Jacques et al., 2024).

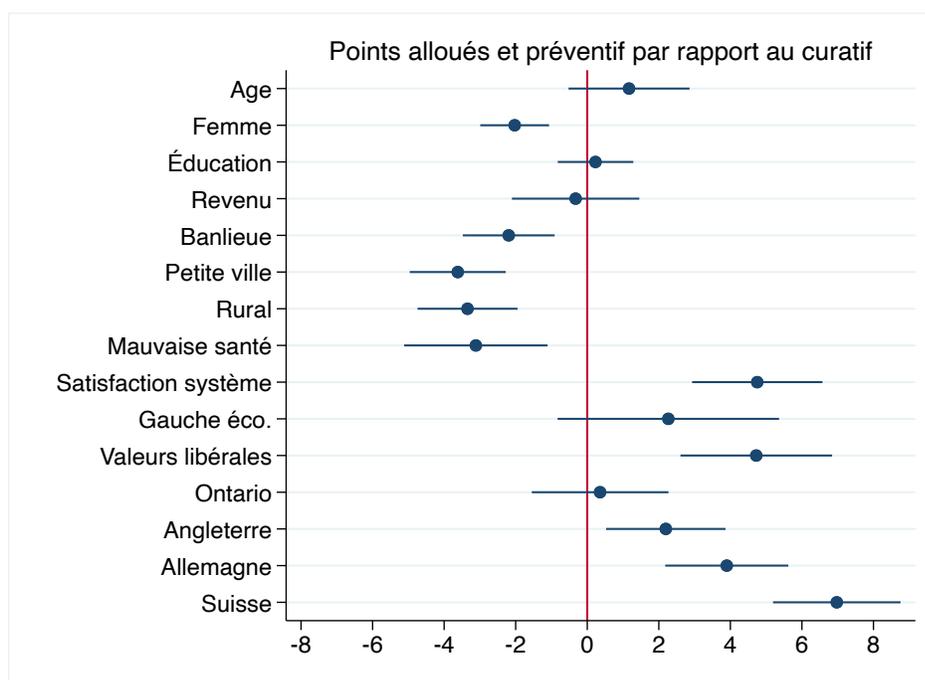


Figure 4.8. Attribution de points aux soins préventifs, variables indépendantes standardisées

5. Discussion et conclusion

5.1. Discussion des résultats

Cette étude nous permet de dégager un certain nombre de résultats. Il existe un lien évident entre la vulnérabilité à la maladie et les attitudes à l'égard du financement du système de santé. Ainsi, les personnes âgées et celles en moins bonne santé priorisent davantage les politiques de santé que les autres citoyens, tout particulièrement les soins curatifs qui leur seraient bénéfiques immédiatement, au détriment des soins préventifs. Elles privilégient aussi un système public à un système laissant davantage de place au privé. Les attitudes des femmes sont semblables à celles des individus plus vulnérables à la maladie. Bien que leur espérance de vie soit plus élevée, les femmes enregistrent plus de morbidité que les hommes (Bambra et al., 2021) et demeurent plus susceptibles que les hommes d'avoir recours au système de santé au cours de leur vie (Bertakis et al., 2000). Il semble que l'utilisation plus élevée du système de santé implique une priorisation des politiques de santé. On observe aussi une demande de politique de santé plus élevée parmi les répondants qui vivent dans une région rurale ou une ville de petite taille, mais cet effet est moins systématique que ceux de l'âge, de l'état de santé et du sexe. Les répondants plus vulnérables se disent également moins satisfaits du système de santé. En règle générale, les gens qui se disent moins satisfaits du système demandent un plus grand investissement dans celui-ci et priorisent la santé par rapport à d'autres postes de dépenses.

Cette demande parmi les plus vulnérables ne se traduit pas nécessairement par une volonté de payer davantage d'impôts pour soutenir ces nouvelles dépenses publiques. Au contraire, ces groupes (surtout les femmes, les personnes qui vivent en zone rurale, les individus en mauvaise santé et les insatisfaits) sont les moins susceptibles de vouloir payer davantage d'impôts pour financer des dépenses de santé additionnelles. Leurs réponses tendent aussi à être influencées plus fortement par les expériences du sondage qui soulignent les coûts budgétaires des dépenses de santé additionnelles. Ces groupes sont d'ailleurs les plus défavorables à une réorientation des soins de santé vers les groupes marginalisés au prix de temps d'attente plus long pour tous. Ils semblent donc souhaiter une hausse des dépenses curatives, sans présenter une forte volonté de payer pour les coûts occasionnés par ces demandes. De tels résultats corroborent les tendances observées dans d'autres recherches, lesquelles dénotent a) une faible volonté de payer et b) une demande de dépense publique élevée chez les groupes vulnérables et les femmes (Goubin et al., 2024; Jacques, 2023). La volonté de payer est fortement liée à la capacité de payer et les personnes plus vulnérables n'ont généralement pas cette capacité.

C'est chez les individus qui se retrouvent à gauche de l'échiquier politique, tant sur le plan de leurs valeurs sociales que de leurs attitudes à l'égard de l'économie, que l'on retrouve la plus forte volonté de payer davantage d'impôts pour financer le système de santé. En effet, les deux variables que nous utilisons pour mesurer l'idéologie des participants ont un impact marqué dans tous nos modèles. Les citoyens de gauche priorisent la santé. Ils souhaitent aussi maintenir un rôle important pour le gouvernement dans les systèmes de santé, limiter les frais aux usagers, réduire les inégalités liées à la santé et acceptent de payer les impôts nécessaires pour atteindre ces objectifs. Ainsi, contrairement aux résultats de plusieurs études menées précédemment (Hacker, 2004; Immergut, 2021; Immergut, 1992; Jensen, 2011), nos analyses montrent qu'il

existe un conflit idéologique marqué en ce qui concerne les politiques de santé. Il s'agit de l'une des contributions majeures de notre étude.

Bien que l'impact des valeurs sociales soit généralement moins important que celui des attitudes économiques, il est rare que les coefficients de ces deux variables ne soient pas dans la même direction, bien que les deux variables ne soient pas corrélées entre elles. Les répondants ayant des valeurs libérales se distinguent de ceux qui se situent à gauche économiquement uniquement en ce qui concerne les préférences par rapport aux priorités et aux orientations au sein de l'État-providence et du système de santé, ce qui rejoint les résultats d'études précédentes (par exemple Häusermann et al., 2021). En effet, les valeurs sociales libérales sont fortement associées à l'appui aux mesures préventives, alors que les valeurs sociales autoritaires sont associées à l'appui aux mesures curatives. Être de gauche économiquement n'a, pour sa part, pas de répercussions sur la répartition des ressources au sein du système de santé. De plus, les personnes qui ont des valeurs sociales libérales priorisent l'investissement social avant la santé, alors que celles qui sont à gauche économiquement priorisent davantage la protection du revenu que la santé.

Cependant, nous ne trouvons pas de clivage relié au revenu ou à l'éducation concernant les politiques de santé : l'impact du revenu et de l'éducation est nul dans la plupart de nos modèles. Un tel résultat corrobore les conclusions des travaux publiés précédemment (Hacker, 2004; Immergut, 1992; Immergut, 2021; Jensen, 2011). Certes, des modèles alternatifs non présentés dans cette analyse montrent que le coefficient de l'éducation devient parfois significatif lorsque nous excluons les valeurs sociales des modèles, mais le coefficient du revenu demeure généralement non significatif même si nous ne tenons pas compte de l'idéologie. Ainsi, la santé est bel et bien une politique publique appuyée par l'ensemble des classes sociales (Jensen, 2011). En revanche, les personnes plus riches sont susceptibles d'accepter que la hausse des dépenses de santé mène à une réduction des autres dépenses publiques, ce qui laisse entendre qu'elles maintiennent un plus fort appui à l'égard de la santé, dont elles bénéficient aussi, qu'à l'égard d'autres politiques sociales dont elles bénéficient moins.

5.2. Les particularités québécoises

Le niveau de satisfaction à l'endroit du système de santé est très faible au Québec comme en Ontario. Nos résultats laissent croire que cette faible satisfaction est à l'origine d'une demande d'investissement en santé plus élevée dans les provinces canadiennes que dans les pays où la satisfaction à l'endroit du système est plus élevée, comme l'Allemagne et la Suisse. Ainsi, nos résultats confirment ce que d'autres études canadiennes avaient déjà mis en exergue : le sentiment de crise à l'égard du système de santé est particulièrement aigu au Canada (Hays-Alberstat et Jacques, 2024; Jacques et Perrot, 2024). Cette perception de crise semble inciter les répondants à allouer des ressources aux fonctions du système de santé qui sont plus visibles à court terme (Jacques et al., 2024). En effet, les Québécois comme les Ontariens allouent moins de ressources aux secteurs préventifs que les répondants des autres régions.

Le Québec se distingue de l'Ontario et des autres pays sur d'autres plans. D'abord, **la demande à l'égard d'une augmentation des dépenses de santé demeure un peu plus**

élevée en Ontario qu’au Québec, tout comme la volonté de payer davantage d’impôts pour les soins de santé. De plus, les Québécois sont plus enclins que les répondants des autres territoires à accepter de facturer des frais aux usagers pour faire face à la hausse des coûts, bien que l’appui absolu de cette proposition demeure faible au Québec comme ailleurs. En fait, il existe un très fort appui au Québec pour le maintien d’un financement public des soins de santé. Enfin, soulignons que les Québécois priorisent autant la santé que l’éducation, au détriment des politiques de protection du revenu. En effet, les Québécois se distinguent par leur appui plus faible aux politiques de protection du revenu, surtout lorsqu’ils sont forcés de choisir entre la santé, l’éducation et la protection du revenu. Il s’agit d’une mauvaise nouvelle pour les gouvernements qui voudraient s’attaquer aux déterminants sociaux de la santé, puisque ceux-ci sont bien davantage influencés par la protection du revenu et par la réduction de la pauvreté que par les dépenses de santé (Dutton et al., 2018; Jacques et Noël, 2022b).

5.3. Limites de l’étude

L’étude présentée dans ce rapport de projet comporte un certain nombre de limites. D’abord, notons que ce document ne se veut qu’un survol préliminaire des résultats d’un vaste sondage. Les analyses présentées ainsi que les cadres théoriques et revues de littérature ne sont pas aussi détaillés qu’ils le seront dans la demi-douzaine d’articles scientifiques qui seront produits à partir des résultats du sondage. Ensuite, l’absence de données de type « panel » nous empêche d’établir des relations causales entre les variables d’intérêt. De futures recherches devraient vérifier si un changement dans les variables indépendantes principales entraîne un changement dans les variables dépendantes. L’absence de données de type « panel » nous empêche aussi de réaliser des analyses de médiation formelle entre nos variables (notamment entre l’éducation et les valeurs sociales). Enfin, certaines questions ont été mal comprises par les répondants en l’absence de contextualisation, ce qui est révélé par un nombre élevé de non-réponses. C’est le cas de la question où l’on demande aux répondants s’ils préfèrent investir davantage en santé préventive/curative au prix d’une baisse des dépenses curatives/préventives (voir le graphique 3.3.3.). Cette question n’a donc pas été analysée plus en détail.

5.4. Implications pour les politiques publiques

Les résultats de ce rapport de projet ont des implications pour les politiques publiques :

- Comme les personnes âgées priorisent la santé avant d’autres politiques publiques, le vieillissement de la population a le potentiel d’augmenter les dépenses de santé non seulement en haussant les coûts du système, mais en accroissant le poids politique des électeurs qui priorisent la santé avant d’autres domaines de politiques publiques.
- Le risque que la croissance des dépenses de santé crée un effet d’éviction en réduisant les budgets alloués à d’autres domaines de politiques publiques est important. Le niveau de priorisation de la santé est élevé dans l’opinion publique, surtout au Québec : la demande de dépenses de santé est plus élevée que la demande à l’égard d’autres domaines de politiques publiques. Ainsi, des gouvernements réactifs aux demandes du public risquent de réorienter les budgets en ce sens et de favoriser un effet d’éviction.

- Les groupes qui demandent le plus de dépenses de santé, soit les groupes plus vulnérables à la maladie, sont par contre les groupes les moins susceptibles d'accepter de payer davantage d'impôts pour financer ces dépenses additionnelles.
- L'insatisfaction à l'endroit du système de santé est associée à une hausse de la demande de dépenses publiques en santé, mais à une baisse de la volonté de payer davantage d'impôts, ce qui entraîne une situation insoutenable. Il importe donc d'améliorer la qualité des services publics pour assurer leur durabilité financière.
- En revanche, les individus qui ont des valeurs économiques et sociales de gauche constituent un bassin important d'électeurs qui accepteraient de payer davantage d'impôts pour financer les dépenses de santé et ainsi éviter qu'une croissance des dépenses de santé ne mène à une réduction des budgets d'autres priorités de politiques publiques. Il existe de larges pans de la société qui accepteraient de payer davantage d'impôts pour financer les soins de santé.
- Au Québec, il y a peu de propension à la privatisation du financement du système de santé. Les répondants préfèrent un système financé par les impôts généraux.
- Il est peu probable que les citoyens acceptent un rééquilibrage des soins curatifs en faveur de la santé publique; les mesures curatives étant en moyenne nettement plus susceptibles d'être priorisées que les mesures préventives.
- Toutefois, il existe des groupes de citoyens qui priorisent la prévention. Souvent, il s'agit de groupes plus privilégiés et ayant des valeurs sociales libérales.
- Les conditions de crise ne sont pas idéales pour investir dans les soins préventifs. En effet, si la pandémie de la COVID-19 a démontré l'importance de la santé publique, elle a également mis en lumière les problèmes auxquels sont confrontés de nombreux systèmes de soins de santé et entraîné une baisse de la satisfaction à l'égard du système, ce qui a entraîné une hausse de la demande de soins curatifs, au détriment de la demande de soins préventifs.
- Il est nécessaire de fournir des soins curatifs de qualité pour créer les conditions politiques nécessaires au maintien des investissements dans la santé publique.

Références

- AlSaud, A. M., Taddese, H. B. et Filippidis, F. T. (2018). Trends and correlates of the public's perception of healthcare systems in the European Union: a multilevel analysis of Eurobarometer survey data from 2009 to 2013. *BMJ Open*, 8(1), e018178.
- Ammi, M., Arpin, E., Dedewanou, F. A. et Allin, S. (2024). Do expenditures on public health reduce preventable mortality in the long run? Evidence from the Canadian provinces. *Social Science & Medicine*, 345, 116696.
- Attewell, D. (2021). Redistribution attitudes and vote choice across the educational divide. *European Journal of Political Research*, OnlineFirst.
- Bambra, C., Albani, V. et Franklin, P. (2021). COVID-19 and the gender health paradox. *Scandinavian journal of public health*, 49(1), 17-26.
- Béland, D., Jacques, O. et Hays-Alberstat, A. (À paraître). *Health Care Politics in the Mist of a Pandemic and Minority Governments*. Presses de l'Université Laval.
- Beramendi, P., Häusermann, S., Kitschelt, H. et Kriesi, H. (2015). *The politics of advanced capitalism*. Cambridge University Press.
- Beramendi, P. et Rodden, J. (2022). Polarization and accountability in Covid times. *Frontiers in Political Science*, 3, 728341.
- Bertakis, K. D., Azari, R., Helms, L. J., Callahan, E. J. et Robbins, J. A. (2000). Gender differences in the utilization of health care services. *Journal of family practice*, 49(2).
- Böhm, K., Schmid, A., Götze, R., Landwehr, C. et Rothgang, H. (2013). Five types of OECD healthcare systems: empirical results of a deductive classification. *Health Policy*, 113(3), 258-269.
- Bosworth, R., Cameron, T. A. et DeShazo, J. (2010). Is an ounce of prevention worth a pound of cure? Comparing demand for public prevention and treatment policies. *Medical Decision Making*, 30(4), E40-E56.
- Boxebeld, S., Geijssen, T., Tuit, C., van Exel, J., Makady, A., Maes, L., van Agthoven, M. et Mouter, N. (2024). Public preferences for the allocation of societal resources over different healthcare purposes. *Social Science & Medicine*, 341, 116536.
- Bremer, B. et Bürgisser, R. (2022). Public opinion on welfare state recalibration in times of austerity: Evidence from survey experiments. *Political Science Research and Methods*, 1--19.
- Burlacu, D. et Roescu, A. (2021). Public opinion on health care. Dans E. Immergut, K. Anderson, C. Devitt et T. Popic (dir.), *Health politics in Europe* (p. 49-68). Oxford University Press.
- 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), 21-40.
- Busemeyer, M. R., Garritzmann, J. L. et Neimanns, E. (2020). *A Loud But Noisy Signal?: Public Opinion and Education Reform in Western Europe*. Cambridge University Press.
- Busemeyer, M. R., Rathgeb, P. et Sahm, A. H. (2022). Authoritarian values and the welfare state: the social policy preferences of radical right voters. *West European Politics*, 45(1), 77-101.
- Causa, O. et Hermansen, M. (2017). Income redistribution through taxes and transfers across OECD countries.
- Chassé, P. et Bélanger, É. (2022). Ideology and public opinion. Dans C. Anderson et M. Turgeon (dir.), *Comparative Public Opinion* (p. 173-193). Routledge.
- Christl, M., Köppl-Turyana, M., Lorenz, H. et Kucsera, D. (2020). Redistribution within the tax-benefits system in Austria. *Economic Analysis and Policy*, 68, 250-264.

- Christopher, A. S., Himmelstein, D. U., Woolhandler, S. et McCormick, D. (2018). The effects of household medical expenditures on income inequality in the United States. *American Journal of Public Health, 108*(3), 351-354.
- Chung, H. et Meuleman, B. (2017). European parents' attitudes towards public childcare provision: The role of current provisions, interests and ideologies. *European Societies, 19*(1), 49-68.
- Corcadden, L., Allin, S., Wolfson, M. et Grignon, M. (2014). Publicly financed healthcare and income inequality in Canada. *Healthcare Quarterly, 17*(2), 7-10.
- Corso, P. S., Hammitt, J. K., Graham, J. D., Dicker, R. C. et Goldie, S. J. (2002). Assessing preferences for prevention versus treatment using willingness to pay. *Medical Decision Making, 22*(1_suppl), 92-101.
- De Pietro, C., Camenzind, P., Sturny, I., Crivelli, L., Edwards-Garavoglia, S., Spranger, A., Wittenbecher, F., Quentin, W. et Organization, W. H. (2015). Switzerland: health system review.
- Deeming, C. (2024). Health systems in the COVID-19 crises: Comparative patterns of NHS satisfaction and preferences for public health action in Scotland and England. *Social Policy & Administration*.
- Dutton, D. J., Forest, P.-G., Kneebone, R. D. et Zwicker, J. D. (2018). Effect of provincial spending on social services and health care on health outcomes in Canada: an observational longitudinal study. *Cmaj, 190*(3), E66-E71.
- Ferguson, C. et Jacques, O. (2019). Le financement de la santé est absent du débat électoral. *Options politiques*.
- Garritzmann, J. L., Busemeyer, M. R. et Neimanns, E. (2018). Public demand for social investment: new supporting coalitions for welfare state reform in Western Europe? *Journal of European public policy, 25*(6), 844-861.
- Goubin, S., Jacques, O., Kumlin, S. et Weisstanner, D. (2024). Why Citizens Want Something for Nothing: Three Explanations for Unfunded Spending Demand. *Working paper*.
- Gugushvili, D. (2022). Determinants of the Willingness to Pay Higher Taxes for Better Public Healthcare Services: Cross-National Analysis. *Journal of Social Service Research, 48*(3), 416-429.
- Hacker, J. S. (2004). Dismantling the health care state? Political institutions, public policies and the comparative politics of health reform. *British Journal of Political Science, 34*(4), 693-724.
- Häusermann, S., Pinggera, M., Ares, M. et Enggist, M. (2021). Class and social policy in the knowledge economy. *European Journal of Political Research*.
- Hays-Alberstat, A. et Jacques, O. (2024). L'insatisfaction croissante envers le système de santé est une menace pour sa viabilité. *Options politiques*.
- Hooghe, L., Marks, G. et Wilson, C. J. (2002). Does left/right structure party positions on European integration? *Comparative political studies, 35*(8), 965-989.
- Immergut, E. (2021). Health Politics Today. Dans E. Immergut, K. Anderson, C. Devitt et T. Popic (dir.), *Health Politics in Europe: A Handbook* (p. 3-31). Oxford University Press.
- Immergut, E. M. (1992). *Health politics: interests and institutions in Western Europe*. CUP Archive.
- Jacques, O. (2020). Partisan Priorities under Fiscal Constraints in Canadian Provinces. *Canadian Public Policy 46*(4), 458-473.
- 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. (2024). Welfare state regimes and social policy resistance to fiscal consolidations. *Social Policy & Administration*, 58(5), 708-749.
- Jacques, O., Arpin, E., Ammi, M. et Noël, A. (2023). The political and fiscal determinants of public health and curative care expenditures: evidence from the Canadian provinces, 1980–2018. *Canadian Journal of Public Health*, 1-9.
- Jacques, O., Baute, S., Busemeyer, M. R. et Weisstanner, D. (2024). *Values, Trust and Priorities: Public Health Preferences as Social Investments*. American Political Science Association Conference, Philadelphia.
- Jacques, O. et Noël, A. (2022a). The politics of public health investments. *Social Science & Medicine*, 115272.
- Jacques, O. et Noël, A. (2022b). Welfare state decommodification and population health. *PLoS One*, 17(8), e0272698.
- Jacques, O. et Perrot, M. (2024). Who's to blame for the crisis of the healthcare system? *Canadian Public Administration*.
- Jensen, C. (2011). Marketization via compensation: health care and the politics of the right in advanced industrialized nations. *British Journal of Political Science*, 41(4), 907-926.
- Jensen, C. (2012). Labour market-versus life course-related social policies: understanding cross-programme differences. *Journal of European public policy*, 19(2), 275-291.
- Jensen, C. (2014). *The right and the welfare state*. Oxford University Press.
- Jensen, C. et Petersen, M. B. (2017). The deservingness heuristic and the politics of health care. *American Journal of Political Science*, 61(1), 68-83.
- Jordan, J. (2010). Institutional feedback and support for the welfare state: The case of national health care. *Comparative political studies*, 43(7), 862-885.
- Kölln, A.-K. et Wlezien, C. (2024). Measuring public preferences for government spending under constraints: A conjoint-analytic approach. *Journal of Elections, Public Opinion and Parties*, 34(2), 375-386.
- Luyten, J., Kessels, R., Goos, P. et Beutels, P. (2015). Public preferences for prioritizing preventive and curative health care interventions: a discrete choice experiment. *Value in Health*, 18(2), 224-233.
- Lynch, J. (2023). The political economy of health: bringing political science in. *Annual Review of Political Science*, 26(1), 389-410.
- Martin, D., Miller, A. P., Quesnel-Vallée, A., Caron, N. R., Vissandjée, B. et Marchildon, G. P. (2018). Canada's universal health-care system: achieving its potential. *The Lancet*, 391(10131), 1718-1735.
- Masters, R., Anwar, E., Collins, B., Cookson, R. et Capewell, S. (2017). Return on investment of public health interventions: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 71(8), 827-834.
- Mays, G. P. et Smith, S. A. (2011). Evidence links increases in public health spending to declines in preventable deaths. *Health Affairs*, 30(8), 1585-1593.
- Meertens, R. M., Van de Gaar, V. M., Spronken, M. et de Vries, N. K. (2013). Prevention praised, cure preferred: results of between-subjects experimental studies comparing (monetary) appreciation for preventive and curative interventions. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 13(1), 1-12.
- Meusel, V., Mentzakis, E., Baji, P., Fiorentini, G. et Paolucci, F. (2023). Priority setting in the German healthcare system: results from a discrete choice experiment. *International Journal of Health Economics and Management*, 1-21.

- 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), 231-247.
- Nadeau, R., Pétry, F. et Bélanger, É. (2010). Issue-based strategies in election campaigns: the case of health care in the 2000 Canadian federal election. *Political Communication*, 27(4), 367-388.
- Naumann, E. (2018). Increasing conflict in times of retrenchment? Attitudes towards healthcare provision in Europe between 1996 and 2002. Dans *Welfare State Reforms Seen from Below* (p. 245-271). Springer.
- Núñez, A. et Chi, C. (2021). Investigating public values in health care priority—Chileans' preference for national health care. *BMC public health*, 21(1), 1-12.
- Palier, B. (2021). *La réforme des systèmes de santé*. QUE SAIS-JE.
- Tavares, A. I. et Ferreira, P. L. (2020). Public satisfaction with health system coverage, empirical evidence from SHARE data. *International Journal of Health Economics and Management*, 20, 229-249.
- Trein, P., Fuino, M. et Wagner, J. (2021). Public opinion on health care and public health. *Preventive Medicine Reports*, 23, 101460.
- Vallée-Dubois, F. (2023). Government spending preferences over the life cycle. *Journal of Public Policy*, 43(3), 468-489.
- Wendt, C., Kohl, J., Mischke, M. et Pfeifer, M. (2010). How do Europeans perceive their healthcare system? Patterns of satisfaction and preference for state involvement in the field of healthcare. *European sociological review*, 26(2), 177-192.
- Xesfingi, S., Vozikis, A. et Pollalis, Y. (2016). Citizens' preferences on healthcare expenditure allocation: evidence from Greece. *Health Expectations*, 19(6), 1265-1276.