

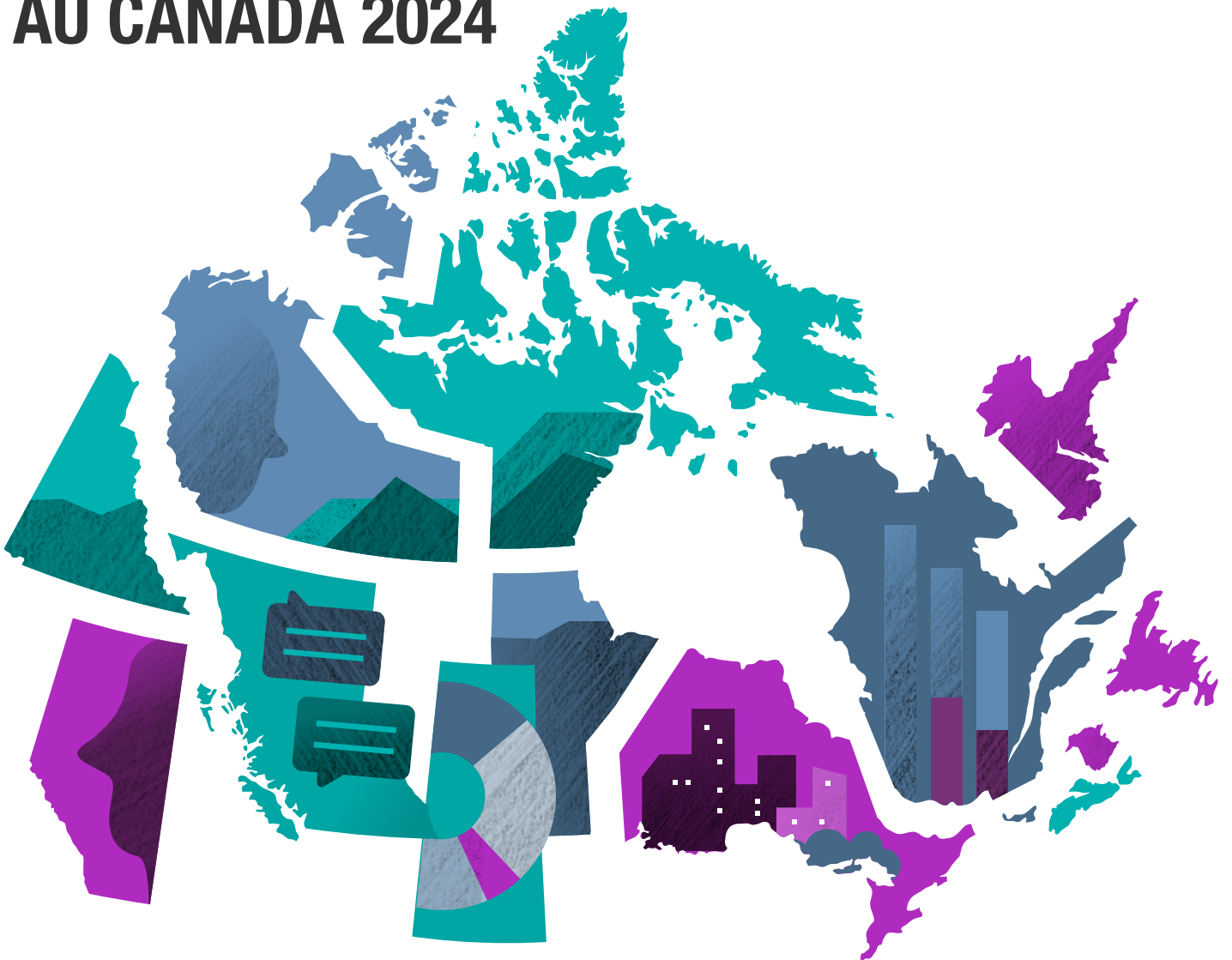


Association canadienne
pour la santé mentale
La santé mentale pour tous

Canadian Mental
Health Association
Mental health for all

L'ÉTAT DE LA SANTÉ MENTALE

AU CANADA 2024



Portrait de la situation en matière de **santé mentale**,
de dépendances et de santé liée à l'utilisation de substances



L'ÉTAT DE LA SANTÉ MENTALE AU CANADA 2024

Association canadienne pour la santé mentale
Novembre 2024

Le travail de recherche, de rédaction et de préparation de ce rapport a été réalisé par Leyna Lowe, Ph.D., Danielle Fearon, Ph.D., Ammar Adenwala et Deb Wise Harris avec la contribution de Sarah Kennell.

Référence suggérée :

Leyna Lowe, Danielle Fearon, Ammar Adenwala et Deb Wise Harris, *L'état de la santé mentale au Canada 2024 : Portrait de la situation en matière de santé mentale, de dépendances et de santé liée à l'utilisation de substances*, Association canadienne pour la santé mentale, 2024, Toronto (Ontario).

Contributions

Nous tenons à remercier le Groupe de travail sur les politiques nationales de l'ACSM, composé de spécialistes en politiques représentant des filiales, régions et divisions provinciales de l'ACSM de partout au Canada; le Conseil national des personnes ayant une expérience vécue de l'ACSM; et le Conseil d'administration de l'ACSM National pour leurs commentaires et leurs contributions à ce rapport.

Fondée en 1918, l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) est le réseau communautaire du secteur de la santé mentale le plus vaste et le mieux établi au Canada. Présente dans plus de 330 collectivités réparties dans toutes les provinces et au Yukon, l'ACSM emploie 7 000 personnes et mobilise 11 000 bénévoles. Ces forces vives font la promotion de la santé mentale et offrent des programmes et des ressources qui contribuent à prévenir les problèmes de santé mentale et les troubles mentaux, à soutenir le rétablissement et la résilience, et à permettre à toute la population canadienne de s'épanouir pleinement. Pour obtenir davantage de renseignements, veuillez visiter le www.acsm.ca.

Reconnaissance territoriale

L'Association canadienne pour la santé mentale, National, reconnaît que son bureau, situé à Toronto, se trouve sur le territoire traditionnel de plusieurs peuples, notamment les Mississaugas de Credit, les Anichinabés, les Chippewas, les Haudenosaunee et les Wendats. S'y côtoient aujourd'hui des membres de nombreuses Premières Nations et des peuples inuit et métis. Nous reconnaissons également que Toronto est couvert par le Traité 13, conclu avec les Mississaugas de Credit, ainsi que par les Traités Williams, conclus avec plusieurs bandes des Mississaugas et des Chippewas.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	4	Méthodologie	11
Survol de la santé mentale au Canada	7	• Sélection des indicateurs	12
Introduction	8	• Notes méthodologiques et limites des données	13
		Comprendre les indicateurs	15

DANS LA MIRE > La santé mentale au...

CANADA

24

> COLOMBIE-BRITANNIQUE	42	> NOUVELLE-ÉCOSSE	77
> ALBERTA	47	> ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	82
> SASKATCHEWAN	52	> TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	87
> MANITOBA	57	> YUKON	92
> ONTARIO	62	> TERRITOIRES DU NORD-OUEST	97
> QUÉBEC	67	> NUNAVUT	102
> NOUVEAU-BRUNSWICK	72		

Recommandations et conclusions	107
Annexes	110
• Annexe A : Tableaux de données	110
• Annexe B : Sources et notes contextuelles concernant la collecte de données	120
• Annexe C : Grille de notation pour les indicateurs de la catégorie Politiques	130
Notes en fin de texte	131

RÉSUMÉ

Le Canada a signé les traités internationaux relatifs aux droits de la personne des Nations Unies, qui l'engagent à garantir **à toutes les personnes au Canada le droit au meilleur état de santé possible et à ne pas subir de discrimination fondée sur le handicap**. Cet engagement concerne également la santé mentale; or, il est évident qu'en ce qui concerne cette composante de la santé, le Canada ne répond pas à ses obligations relatives aux droits de la personne.

L'état de la santé mentale au Canada 2024 est le premier rapport en son genre à dresser un portrait fondé sur des données probantes de la situation en santé mentale, dépendances et santé liée à l'utilisation de substances (SMDUS) au Canada. Ce rapport compile les données nationales sur la santé mentale et la santé liée à l'utilisation de substances, présentées selon un ensemble de [24 indicateurs](#) permettant d'évaluer la performance du Canada dans le soutien à la santé mentale et aux droits de la personne qu'il offre à sa population. Bien que des progrès aient été réalisés par les gouvernements, ce rapport montre qu'il reste encore beaucoup de travail à faire.

Voici les trois principales conclusions du rapport :

1

Le financement et la stratégie du fédéral en matière de santé mentale, de dépendances et de santé liée à l'utilisation de substances (SMDUS) sont déficients. En moyenne, les provinces et les territoires ne consacrent qu'environ 6,3 % de leurs dépenses globales en santé à la santé mentale. La [Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada](#) de 2012 est dépassée. De plus, bien que le gouvernement fédéral a pris une position forte en matière de politiques sur les drogues en apportant des changements importants à la [Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances](#) et en légiférant pour réduire les méfaits de l'approvisionnement en drogues toxiques, ces initiatives ont reçu un soutien inégal de la part des provinces et des territoires.

2

La population canadienne ne bénéficie pas d'un accès égal aux services en matière de santé mentale, de dépendances et de santé liée à l'utilisation de substances (SMDUS) et aux mesures de soutien social. Cet accès varie selon les provinces et les territoires, et les personnes ayant des problèmes de santé mentale ou des incapacités liées à la santé mentale font face à de plus grandes difficultés, comme une inadéquation de leurs prestations de revenu, de leur accès à l'emploi ou de leur logement. Chez les populations racisées et autochtones au Canada, les iniquités sont encore plus importantes et, dans les communautés nordiques des Premières Nations et des Inuits, les taux de suicide, de blessures auto-infligées et de méfaits liés à l'utilisation de substances sont très élevés.

3

Notre façon d'évaluer les soins en matière de santé mentale, de dépendances et de santé liée à l'utilisation de substances (SMDUS) au Canada est lacunaire. Les indicateurs nationaux dont nous disposons en matière de SMDUS ne nous fournissent qu'un portrait superficiel de notre système de santé mentale. La qualité et l'étendue des données varient au Canada, les lacunes étant particulièrement importantes dans les territoires canadiens.

Le présent rapport plaide donc en faveur d'un renforcement de la gouvernance fédérale à l'égard du financement et des politiques en matière de SMDUS. La responsabilité des régimes d'assurance-maladie – qui forment notre système de soins de santé gratuit et financé par le public – est partagée entre le gouvernement fédéral et les provinces et territoires. Bien que les soins de santé soient principalement administrés par les provinces et les territoires, le gouvernement fédéral joue un rôle essentiel dans l'établissement des normes pour les régimes d'assurance-maladie et le versement des transferts fédéraux qui les soutiennent. Il possède également d'autres responsabilités partagées liées aux politiques sociales, telles que celles portant sur le logement, les services sociaux, les drogues et la criminalité, et le soutien du revenu. Il est essentiel que tous les ordres de gouvernement collaborent efficacement pour que nous atteignons des résultats positifs en santé mentale et en santé liée à l'utilisation de substances, et pour que nous nous dotions de fonds suffisants, de politiques rigoureuses et de programmes qui répondent aux besoins de la population en matière de soins de santé. Les gouvernements doivent également s'engager mutuellement à recueillir des données, et à mesurer les progrès et à en rendre compte.

À la lumière des conclusions de ce rapport et des données probantes qui y sont présentées, nous formulons les recommandations suivantes :

GOVERNANCE ET INVESTISSEMENT

Le gouvernement du Canada doit viser un investissement de 12 % de ses dépenses en santé dans les soins en matière de santé mentale, de dépendances et de santé liée à l'utilisation de substances (SMDUS) et créer un cadre législatif plus rigoureux pour régir les dépenses. Concrètement, il faut :

- Augmenter le financement en SMDUS à 6,25 milliards de dollars par année, portant ainsi les dépenses au niveau d'autres pays semblables au nôtre, soit à un minimum de 12 % du budget global en santé.
- Établir une source de financement prévisible et un mécanisme législatif de responsabilisation en matière de santé mentale : **soit** 1) en modifiant la *Loi canadienne sur la santé* pour y inclure explicitement les services en santé mentale et en santé liée à l'utilisation de substances, **soit** 2) en créant une loi parallèle sur les soins de santé mentale et de santé liée à l'utilisation de substances s'accompagnant d'un transfert de fonds et de mesures robustes de responsabilisation à l'égard des provinces et des territoires qui, au minimum, repose sur une adhésion aux principes de gestion publique, d'intégralité, d'universalité, de transférabilité et d'accessibilité.

ÉQUITÉ

Le gouvernement du Canada doit augmenter les dépenses sociales et renforcer les mesures de soutien social en consultant les personnes ayant une expérience vécue de trouble de santé mentale ou de dépendance, afin que les personnes ayant une incapacité liée à la santé mentale ou faisant l'objet d'une forme quelconque de discrimination systémique aient un logement et des revenus suffisamment décentes pour assurer leur bien-être. Concrètement, il faut :

- Instaurer un programme de revenu de base universel (RBU) pour lutter contre la pauvreté. Pour commencer, le gouvernement du Canada devrait songer à lancer trois projets pilotes conçus pour étudier les façons dont un programme fédéral de RBU pourrait être administré.
- Restructurer la Prestation canadienne pour les personnes handicapées pour en faire une mesure de réduction de la pauvreté et pour établir un cadre réglementaire garantissant que les personnes ayant des incapacités liées à la santé mentale peuvent bénéficier de cette prestation et recevoir un soutien financier suffisant pour vivre dignement.

ÉQUITÉ

- Réserver des dollars fédéraux aux coûts d'exploitation des logements supervisés et de transition, et assurer la collaboration entre les provinces et les territoires pour accroître la construction et le maintien de logements hors marché abordables.
- Corriger les iniquités sociales vécues par les groupes racisés et les peuples autochtones en consultant ces communautés pour faire en sorte que les mesures de soutien proposées sont culturellement adaptées et répondent à leurs besoins.

DONNÉES

Le gouvernement du Canada doit recueillir davantage de données de meilleure qualité pour assurer le suivi et l'amélioration de notre système de santé mentale. Concrètement, il faut :

- Consulter des personnes ayant une expérience vécue de trouble de santé mentale, de dépendance ou de trouble lié à l'utilisation de substances, des personnes autochtones, jeunes, noires, racisées et 2ELGBTQ+, et d'autres personnes ayant une expertise tirée de leur vécu, pour établir un ensemble plus complet d'indicateurs en matière de santé mentale, de dépendances et de santé liée à l'utilisation de substances (SMDUS).
- Travailler avec les provinces et les territoires pour mieux uniformiser la collecte de données selon un ensemble complet d'indicateurs de performance.
- Accroître le financement des organismes communautaires du secteur de la santé mentale pour améliorer les efforts de collecte et de suivi des données relatives à la santé mentale, aux dépendances et à la santé liée à l'utilisation de substances ainsi que la façon d'en rendre compte publiquement et, d'autre part, veiller à ce que les résultats des services communautaires en matière de santé populationnelle fassent partie de la collecte de données dans les secteurs des soins primaires et de courte durée.
- Mieux soutenir les régions nordiques pour la collecte et la communication des données.

Nous espérons que les données probantes contenues dans ce rapport inciteront les décideurs à agir afin que toutes les personnes au Canada puissent bénéficier du meilleur état de santé possible, peu importe l'endroit où elles habitent et leurs moyens financiers.

OÙ EN EST NOTRE SANTÉ MENTALE?

SURVOL DE LA SITUATION



L'état de la santé mentale s'est nettement détérioré depuis la pandémie.

La santé mentale de la population est trois fois plus précaire qu'avant la pandémie, et près de **2,5 millions de personnes** n'obtiennent pas les soins de santé mentale dont elles ont besoin.

Une proportion alarmante de 38 % des Autochtones a déclaré avoir une santé mentale « mauvaise » ou « passable ».



La santé mentale a été gravement négligée dans les soins de santé universels depuis la mise sur pied du régime d'assurance-maladie il y a exactement quarante ans.

- Après une succession de six gouvernements fédéraux, la situation persiste.
- Le gouvernement fédéral devrait soit modifier la *Loi canadienne sur la santé*, soit rédiger une nouvelle loi comportant des fonds permanents assortis d'une obligation pour les provinces et les territoires de consacrer davantage de fonds à la santé mentale et aux dépendances.



Le lieu de résidence est déterminant.

- Au Canada, les personnes reçoivent des soins radicalement différents selon leur province ou territoire de résidence.
- Souvent, les services dans les régions nordiques sont insuffisants en raison du manque de personnel en santé mentale et en dépendances, y compris de psychiatres.
- Le taux de blessures auto-infligées dans les territoires est de 3,5 à 5 % plus élevé que dans le reste du Canada.



La crise des drogues toxiques a dégénéré.

- Au Canada en 2023, 8 049 personnes sont mortes d'un empoisonnement aux opioïdes, et l'Ouest canadien est la région la plus particulièrement frappée. Ce chiffre fait de la crise des opioïdes la plus meurtrière au monde après les États-Unis.
- Jusqu'à deux tiers des accusations liées à la drogue sont, encore, des cas de possession. Les personnes ayant des problèmes de consommation de substances ont besoin de mesures de soutien sociales et en santé mentale, et non d'une peine d'emprisonnement.



Aucune province ni aucun territoire ne consacre suffisamment de fonds en santé mentale.

- En moyenne, les provinces et les territoires ne consacrent que 6,3 % de leur budget global de santé à la santé mentale, alors que cette partie du budget devrait être de l'ordre de 12 %.



Au Canada, il est impensable de payer pour un traitement contre le cancer.

- Pourtant, les soins de santé mentale ont souvent un prix, que beaucoup doivent assumer. Si ces personnes en ont les moyens.
- Devant la hausse brutale du coût de la vie, payer pour des soins de santé mentale et acheter d'autres nécessités comme l'épicerie et le loyer est incompatible.



C'est un sujet peu accrocheur, mais il nous faut plus de données!

- On ne peut pas réparer ce que l'on ne mesure pas.
- Le présent rapport s'appuie sur des données provenant de sources canadiennes officielles, mais les statistiques recueillies par le Canada sont loin d'être suffisantes, surtout pour les régions du Nord.

PORTRAIT DE LA SITUATION EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE, DE DÉPENDANCES ET DE SANTÉ LIÉE À L'UTILISATION DE SUBSTANCES AU CANADA

En tant que signataire des traités internationaux relatifs aux droits de la personne des Nations Unies¹, le gouvernement du Canada s'est engagé à garantir à **l'ensemble de la population le droit au meilleur état de santé possible et à ne pas subir de discrimination fondée sur le handicap**. Cet engagement concerne également la santé mentale. En outre, la santé ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité : il s'agit d'un état complet de bien-être physique, mental et social auquel chaque personne a droit.

Toutefois, les données probantes présentées dans ce rapport montrent que le Canada ne respecte pas ses obligations en matière de droits de la personne en ce qui concerne la santé mentale.

L'état de la santé mentale au Canada 2024 est le premier rapport en son genre, qui brosse un portrait de la situation complet et fondé sur des données probantes en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS) au Canada. Ce rapport compile les données nationales sur la santé mentale et la santé liée à l'utilisation de substances, présentées selon un ensemble d'indicateurs permettant d'évaluer la performance du Canada dans le soutien à la santé mentale et aux droits de la personne qu'il offre à sa population.

Bien que ce rapport souligne les domaines où des progrès ont été réalisés, il montre surtout qu'il reste encore beaucoup de travail à faire.

Pendant la pandémie de COVID-19, la santé mentale des Canadiennes et des Canadiens a décliné, ce qui a accentué l'importance d'investir dans les soins de santé mentale. Sans doute pour la première fois dans l'histoire politique canadienne, la santé mentale est devenue une préoccupation centrale dans les débats sur les politiques nationales en santé et a même représenté un enjeu majeur lors des élections fédérales de 2021. Les données présentées dans ce rapport, dont certaines couvrent les années de la pandémie, montrent d'importants besoins en soins à combler, un accès aux psychiatres et une dépendance persistante aux services hospitaliers pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de santé liée à l'utilisation de substances, comme en témoignent les taux élevés de réadmission à l'hôpital. Nos efforts n'ont pas abouti à une réduction significative du nombre de suicides au Canada et nous avons observé une augmentation alarmante des décès attribuables à une intoxication aux opioïdes ou aux stimulants. Les données probantes contenues dans le présent document montrent que les soins de santé mentale, de traitement des dépendances et de santé liée à l'utilisation de substances ne reçoivent pas la priorité nécessaire, et mettent en évidence les domaines qui demandent une action accrue.

Les soins pour la santé mentale, les dépendances et la santé liée à l'utilisation de substances ne sont pas une priorité au Canada.

Il est important de noter que la recherche indique un besoin critique à la fois de cadres de politiques rigoureux et d'investissements significatifs en santé mentale. Notre analyse comporte trois principales conclusions :

1

Le financement et la stratégie du fédéral en matière de SMDUS sont déficients. Si l'OCDE a estimé dans un rapport récent que les dépenses du Canada en santé mentale se situent autour de 9 %, les calculs dérivés des budgets provinciaux et territoriaux présentés dans ce rapport mènent plutôt à une estimation qui tourne autour de 6,3 % en moyenne. Ce pourcentage est inférieur à ce que de nombreux pays semblables au nôtre dépensent et bien en deçà des 12 % recommandés². La Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada³ de 2012 étant largement dépassée, l'avenir des politiques nationales en santé mentale demeure incertain. D'autre part, bien que le gouvernement du Canada a pris une position forte en matière de politiques sur les drogues en apportant des changements importants à la *Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances* et en légiférant pour réduire les méfaits liés à l'approvisionnement en drogues toxiques, ces initiatives ont reçu un soutien inégal parmi les provinces et les territoires.

2

La population canadienne ne bénéficie pas d'un accès égal aux services en matière de SMDUS et aux mesures de soutien social. Cet accès varie selon les provinces et les territoires, et les personnes ayant une santé mentale précaire ou des incapacités liées à la santé mentale font face à de plus grandes difficultés, comme une inadéquation de leurs prestations de revenu, de leur accès à l'emploi ou de leur logement. Chez les populations racisées et autochtones au Canada, les iniquités sont encore plus importantes et, dans les communautés nordiques des Premières Nations et des Inuits, les taux de suicide, de blessures auto-infligées et de méfaits liés à l'utilisation de substances sont très élevés.

3

Notre façon de mesurer les soins en matière de SMDUS au Canada est lacunaire. Les indicateurs dont nous disposons en matière de SMDUS ne nous fournissent qu'un portrait superficiel de notre système de santé mentale. Au plan national, la collecte de données ne se fait pas en fonction d'un ensemble d'indicateurs suffisamment riche pour assurer un suivi adéquat de la performance du système et de l'accès aux soins, surtout en matière de services communautaires de santé mentale. Au plan provincial et territorial, les disparités relatives à la collecte des données limitent l'étendue géographique et la qualité de celles-ci à l'échelle nationale. Les données provenant des régions nordiques du Canada sont particulièrement limitées, ce qui est préoccupant compte tenu des iniquités en santé entre les populations autochtones et non autochtones au pays.

« Ce qui ne peut être évalué et mesuré ne peut être amélioré⁴. »

Ce rapport plaide donc en faveur d'un renforcement de la gouvernance fédérale en matière de financement et de politiques en SMDUS. Il soutient qu'un tel rôle relève amplement des compétences et des responsabilités du gouvernement fédéral. Des recommandations de mesures à prendre sont exposées dans la conclusion.

PORTRAIT DE LA SITUATION EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE, DE DÉPENDANCES ET DE SANTÉ LIÉE À L'UTILISATION DE SUBSTANCES AU CANADA >

Au Canada, les soins de santé sont une responsabilité partagée entre les différents ordres de gouvernement. Le gouvernement fédéral est responsable d'investir dans la santé des Premières Nations et des anciens combattants et de légiférer en la matière. Les responsabilités relatives aux régimes d'assurance-maladie – qui forment le système de santé gratuit et financé par le public du Canada – sont partagées entre le gouvernement fédéral et les provinces et territoires. Au palier fédéral, la *Loi canadienne sur la santé* établit les normes et les règles concernant le système de santé publique. En échange de leur respect des normes fixées par la *Loi*, le gouvernement fédéral transfère des fonds aux provinces et aux territoires, qui les utilisent, en plus de leurs propres revenus, pour administrer les soins de santé et les fournir par l'entremise de leur régime d'assurance-maladie.

Ce système de gouvernance de la santé a nui au secteur de la santé mentale. En effet, il n'inclut pas explicitement les soins de santé mentale, de traitement des dépendances et de santé liée à l'utilisation de substances. Bien que la *Loi canadienne sur la santé* couvre les services de santé mentale offerts dans les hôpitaux et par les médecins, elle n'exige pas que les provinces et les territoires assurent l'accès à d'autres services en SMDUS. Cela est problématique, car bon nombre de ces services sont offerts par des psychologues, des psychothérapeutes, des travailleuses sociales et travailleurs sociaux et des organismes communautaires de santé mentale. Toutes les provinces et tous les territoires financent certains services en santé mentale et en dépendances, mais les ressources publiques consacrées à la santé mentale ne suffisent souvent pas à répondre aux besoins. En raison du sous-financement chronique de la santé mentale et de la santé liée à l'utilisation de substances, seule une partie de la population a accès aux services financés par le gouvernement; les gens pour qui ce n'est pas le cas doivent payer eux-mêmes pour les services ou au moyen d'une assurance privée ou collective, s'ils en ont une. Les personnes qui n'ont pas d'assurance et qui ne peuvent pas payer de leur poche risquent de ne pas recevoir les soins dont elles ont besoin.

Prendre soin de la santé mentale est loin de se limiter à la prestation de services de santé. C'est un enjeu qui recoupe d'autres domaines de responsabilité partagée, tels que le logement, les services sociaux, les lois et les politiques sur les drogues et la criminalité, et les mesures de soutien du revenu. Les provinces et les territoires sont les principaux fournisseurs de services; ils créent leurs propres cadres politiques et structures de financement pour soutenir leur infrastructure de services sociaux, mais le gouvernement fédéral les façonne aussi au moyen de lois, de cadres, de stratégies, de politiques et de programmes. Prenons l'exemple du logement. Il s'agit d'un domaine qui relève traditionnellement de la compétence des provinces et des territoires. Cependant, le gouvernement fédéral contrôle certaines politiques sur le logement qui affectent le coût et la disponibilité des habitations au Canada. Il a d'ailleurs mis en place la [Stratégie nationale sur le logement](#), qui prévoit le versement de fonds aux provinces et territoires, aux municipalités et aux organismes communautaires pour la construction de nouveaux logements abordables ou communautaires. En outre, le gouvernement fédéral a reconnu, dans sa *Loi sur la stratégie nationale sur le logement*, qu'avoir un logement adéquat est un droit fondamental de la personne. Il y stipule, conformément à ses obligations en vertu du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, que « l'accès à un logement abordable a des effets positifs en matière de santé et en matière sociale, économique et environnementale »⁵.

L'atteinte de résultats positifs en matière de santé mentale et de santé liée à l'utilisation de substances nécessite donc une bonne gouvernance, ainsi qu'une harmonisation et une coordination des politiques entre tous les ordres de gouvernement. C'est ainsi que nous pourrions assurer un financement adéquat, des programmes et des politiques solides qui répondent aux besoins de santé de la population, et un engagement à recueillir et analyser des données, et à rendre compte des progrès réalisés. Nous espérons que ce rapport incitera les décideurs à prendre des mesures pour améliorer l'état de la santé mentale au Canada. À cette fin, nous publierons ce rapport tous les deux ans à la suite de cette première édition.

MÉTHODOLOGIE

L'Association canadienne pour la santé mentale a créé ce rapport afin de dresser le portrait de la situation en matière de santé mentale et de santé liée à l'utilisation de substances au Canada. Son objectif est ainsi d'évaluer où nous en sommes collectivement, en tant que pays. Respectons-nous les droits de la personne relativement à la santé, à l'égalité et à la non-discrimination? Promouvons-nous la santé et le mieux-être en ce qui concerne la santé mentale, les dépendances et l'utilisation de substances (SMDUS) – et assurons-nous l'accès aux services en cette matière? Pour réaliser cette évaluation, nous avons sélectionné des indicateurs de performance; récolté et analysé des données relatives à ces indicateurs à l'échelle nationale; et ventilé ces données par province et territoire pour pouvoir les comparer à la moyenne nationale. Le présent rapport est donc organisé en « profils » : un pour le Canada et un pour chaque province et territoire.

Bien que ce rapport s'appuie sur les données quantitatives nationales sur la santé recueillies par des organisations telles que l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et Statistique Canada, chaque profil comporte une analyse qualitative qui met en contexte ces données quantitatives et les explique plus en détail.

Il est important de noter que notre analyse ne s'appuie pas sur des comparateurs internationaux, et ce, pour plusieurs raisons. Premièrement, les systèmes de santé sont structurés différemment, ce qui rend difficiles les comparaisons entre les pays. Deuxièmement, il n'y a pas de critères de référence convenus à l'échelle internationale pour mesurer la performance dans le domaine de la santé mentale. Enfin, il existe d'importantes variations dans les manières d'établir des paramètres de collecte de données pour chaque indicateur particulier et dans les différents processus de collecte et de communication des données. Compte tenu de ces contraintes, nous avons uniquement utilisé des comparateurs internationaux dans la section sur l'analyse qualitative de notre profil du Canada; il convient de les considérer avec précaution en raison des différences observées entre les pays.

Il y a en tout 24 indicateurs dans ce rapport, regroupés en cinq catégories :

1.

**Leadership
gouvernemental
et gouvernance :
politiques et
financement en
matière de SMDUS**

2.

**Santé mentale
de la population**

3.

**Accès aux services
en matière de
santé mentale,
de dépendances
et de santé liée
à l'utilisation de
substances**

4.

**Déterminants
sociaux de la santé**

5.

**Stigmatisation,
discrimination
et mauvais
traitements**

Tableau 1. Indicateurs

<p>1. POLITIQUES</p> <p>1.1a Investissements en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS)</p> <p>1.1b Dépenses en matière de SMDUS prévues dans les accords bilatéraux</p> <p>1.2 Stratégie en matière de SMDUS</p> <p>1.3 Décriminalisation</p> <p>1.4 Politiques de réduction des méfaits</p> <p>1.5 Lois sur la santé mentale</p>	<p>3. ACCÈS AUX SERVICES</p> <p>3.1 Pourcentage de la population ayant des besoins insatisfaits ou partiellement satisfaits en santé mentale</p> <p>3.2 Pourcentage de jeunes ayant des besoins précoces en matière de SMDUS qui ont obtenu des services communautaires de santé mentale</p> <p>3.3 Nombre de psychiatres par tranche de 100 000 hab.</p> <p>3.4 Nombre de prestataires de soins en matière de SMDUS</p> <p>3.5 Taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours pour des problèmes de SMDUS</p>	<p>5. STIGMATISATION ET DISCRIMINATION</p> <p>5.1 Pourcentage de personnes ayant une santé mentale mauvaise à passable et ayant vécu de la discrimination et de la victimisation</p> <p>5.2 Pourcentage de la population ayant une santé mentale mauvaise à passable et ayant déclaré un sentiment d'appartenance plus fort à la communauté</p> <p>5.3 Taux d'infractions relatives aux drogues déclarées</p>
<p>2. SANTÉ MENTALE (SM) DE LA POPULATION</p> <p>2.1 Santé mentale perçue – mauvaise ou passable</p> <p>2.2a Prévalence des troubles anxieux et de l'humeur (12 derniers mois)</p> <p>2.2b Prévalence des troubles d'utilisation de substances (au cours de la vie)</p> <p>2.3 Taux de décès par suicide</p> <p>2.4 Taux d'hospitalisation en raison de blessures auto-infligées</p> <p>2.5 Taux de décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes</p> <p>2.6 Taux d'hospitalisation entièrement attribuable à l'alcool</p>	<p>4. DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ (DSS)</p> <p>4.1 Pourcentage de la population ayant déclaré une santé mentale mauvaise à passable et ayant des besoins impérieux en matière de logement</p> <p>4.2 Taux de pauvreté</p> <p>4.3 Taux d'emploi chez les personnes âgées de 25 à 64 ans ayant une incapacité liée à la santé mentale</p>	

Sélection des indicateurs

Nous avons sélectionné les indicateurs pour ce rapport en fonction de plusieurs critères : 1) la disponibilité des données sur la santé et leur pertinence, pour comprendre l'accès aux soins en matière de SMDUS et pour soutenir les droits de la personne au Canada; 2) leur caractère actuel, en fonction de la date où elles ont été recueillies et publiées; 3) la possibilité de les analyser et de les comparer par province et territoire; 4) leur qualité.

Nous avons commencé par recenser les indicateurs qui sont utilisés, au Canada et à l'étranger, pour évaluer la santé mentale de la population et l'accès aux soins en matière de SMDUS. Puis, nous avons examiné les mesures de performance utilisées par des organisations telles que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'Organisation de coopération et de développements économiques (OCDE), le National Institute for Clinical Excellence (NICE), Mental

Health America (MHA) et Qualité des services de santé Ontario (QSSO), qui fait maintenant partie de Santé Ontario. Nous avons également examiné des publications scientifiques (méta-analyses et études de portée) afin de cerner les mesures de performance qui sont largement acceptées et utilisées. Nous avons constaté des similitudes entre les pays dans la sélection et la présentation des indicateurs et, dans de nombreux cas, un consensus quant à la pertinence des indicateurs pour évaluer la performance des systèmes de santé.

Ensuite, nous avons examiné quelles données relatives à la santé mentale, aux dépendances et à l'utilisation de substances (SMDUS) étaient disponibles à l'échelle nationale. Pour être retenues, les données devaient avoir été recueillies après 2017 et être désagrégées (ventilées) par province et territoire.

Ce rapport comprend également plusieurs indicateurs qui sont étayés par des données qualitatives et qui sont regroupés dans la première catégorie, *Politiques et financement en matière de SMDUS*. Ces indicateurs ont pour objet la gouvernance des systèmes de santé, y compris en ce qui concerne les politiques de santé provinciales et territoriales, les cadres stratégiques et les décisions de financement. Ils ont une incidence importante sur la santé mentale de la population et l'accès aux services dans l'ensemble du Canada. Nous avons recueilli ces données en analysant les sites Web et les publications du gouvernement, les prévisions budgétaires, les accords de financement bilatéraux en matière de santé, les lois sur la santé mentale et les articles de nouvelles. Puis, nous avons évalué les politiques de gouvernance des provinces et territoires en établissant des critères pour cerner les points forts et les faiblesses de chaque politique ou mesure législative ([voir l'annexe](#)).

Exclusions et limites

Étant donné le manque important de données nationales, provinciales et territoriales, les indicateurs présentés dans ce rapport ne permettent pas de dresser un tableau complet de l'état de la santé mentale au Canada. Le gouvernement du Canada a entrepris certaines initiatives pour mieux évaluer la performance des soins de santé au pays, y compris des soins en matière de SMDUS⁶. Cependant, les lacunes restent importantes, surtout en ce qui concerne les services offerts en dehors des hôpitaux et des cliniques médicales, notamment par des organismes communautaires de santé mentale. Par exemple, nous avons exclu un indicateur essentiel, à savoir le temps d'attente pour des services communautaires de counseling en santé mentale, en raison de la couverture variable des données. Les données relatives à cet indicateur sont recueillies chaque année. Toutefois, pour le cycle de collecte de 2023, il n'y avait aucune donnée pour l'Ontario, le Québec, l'Île-du-Prince-Édouard, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut. Aussi, la couverture des données était partielle pour la Saskatchewan, le Manitoba et la Colombie-Britannique et incomplète pour l'Alberta. De plus, même si les données étaient recueillies de manière constante, elles présenteraient d'autres limites, car la définition de la « santé mentale communautaire » pour cet indicateur n'inclut pas les données issues des organismes communautaires de santé mentale qui ne sont pas subventionnés par le gouvernement ni celles des organismes tiers engagés pour la prestation de services publics⁷. Pour certains indicateurs de performance, les données ne sont pas systématiquement recueillies à l'échelle nationale. Pour d'autres, les données ne sont pas accessibles au public, notamment en ce qui concerne la disponibilité des programmes de promotion de la santé mentale; les taux d'admission et de traitements involontaires en vertu des lois sur la santé mentale; la prévalence des troubles de santé mentale et des problèmes liés à l'utilisation de substances chez les personnes incarcérées dans les prisons fédérales, provinciales et territoriales; et la prévalence des incapacités découlant de problème de SMDUS chez les personnes en situation d'itinérance.

Malgré leurs limites, les données et les indicateurs présentés dans ce rapport permettent de cerner certains problèmes et certaines faiblesses de nos systèmes de santé, offrant ainsi des pistes pour améliorer la santé mentale de la population et l'accès aux soins dans l'ensemble du pays.

Il y a un autre problème avec les données en matière de SMDUS au Canada : elles ne sont pas recueillies et publiées de manière constante à l'échelle nationale. En raison de cette limite, nous avons parfois dû utiliser des données plus anciennes, dont certaines datent d'avant la pandémie, et qui pourraient ne pas refléter les tendances actuelles. Par conséquent, nous n'avons pas toujours été en mesure d'observer et d'analyser les tendances longitudinales.

Pour certains indicateurs, nous disposions d'assez de données pour faire des comparaisons entre les provinces et les territoires, mais pour d'autres non. Dans ces cas, nous avons ajouté la mention « ins. », indiquant que les données étaient indisponibles ou insuffisantes. Les tableaux de données complets comprenant les données brutes relatives à chaque indicateur sont fournis en annexe. De plus amples informations sur les limites des données pour chaque indicateur se trouvent également en annexe.

Les données ont été épurées et analysées à l'aide de divers logiciels, notamment SAS 9.4, Excel et SPSS, selon le format des données.

Les provinces et les territoires présentent des variations géographiques, notamment en ce qui a trait à la taille de la population et à la distribution des services. Pour les enquêtes démographiques ou populationnelles, nous avons indiqué la proportion de la population à y avoir participé et le nombre de personnes que cela représente. Lorsque les données étaient disponibles, nous avons utilisé les estimations de la population provinciale ou territoriale pour fournir ou calculer des taux normalisés (p. ex., les taux normalisés selon l'âge ou les taux bruts pour 100 000 personnes). Les taux normalisés permettent de meilleures comparaisons entre les provinces et les territoires. D'autres statistiques descriptives, telles que la médiane (en jours) et les taux bruts, ont été tirées de données accessibles au public.

À la lumière de ce rapport, il est facile de constater le manque important de données concernant les territoires du Nord, soit le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut. En outre, il convient de tenir compte des spécificités des régions nordiques au moment d'évaluer leur situation en matière de SMDUS.

Le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut sont des régions distinctes ayant leurs propres histoires, populations, langues, politiques et systèmes de santé. Ces régions présentent également des besoins et des défis communs en matière de services sociaux et d'infrastructure, qui ne peuvent se soustraire de l'histoire de la colonisation et des politiques coloniales du gouvernement qui les ont façonnées. Les territoires sont considérés comme éloignés et principalement ruraux, mais ils possèdent trois centres urbains : Whitehorse, Yellowknife et Iqaluit⁸. Les populations autochtones y sont aussi proportionnellement plus nombreuses qu'ailleurs au pays, soit quatre cinquièmes de la population au Nunavut, la moitié de celle aux Territoires du Nord-Ouest et plus d'un cinquième de celle au Yukon. Ces populations sont globalement plus jeunes et elles croissent plus rapidement que les populations non autochtones⁹. Les communautés autochtones du Nord ont été affectées par la *Loi sur les Indiens*, les pensionnats, les réinstallations forcées dues aux projets de développement et à l'extraction des ressources, et par diverses autres politiques coloniales. Ces politiques visaient leur assimilation et leur effacement culturels, et ont engendré des disparités sanitaires et socioéconomiques entre les populations autochtones et non autochtones. Bien que le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut aient chacun leur propre gouvernement territorial, l'histoire contemporaine de ces régions est marquée par une autonomie gouvernementale des peuples autochtones qui a ouvert la voie à l'autodétermination de ces collectivités dans la prestation de programmes et de services et dans la gestion des terres, des entreprises et des soins de santé¹⁰.

Dans les territoires, certains indicateurs ne sont pas encore mesurés ou accessibles au public parce que la taille des échantillons de population est trop petite pour être prise en compte ou peut poser un risque de réidentification. D'après les données disponibles, les territoires ont tendance à présenter de moins bons résultats comparativement aux provinces, particulièrement en ce qui a trait aux taux d'hospitalisation, de blessures auto-infligées, de pauvreté et de besoins impérieux en logement. Il s'agit d'enjeux de justice en matière de santé pour les peuples autochtones au Canada. L'écart de performance entre les systèmes de santé du Nord et du reste du Canada témoigne des grandes disparités en matière de santé entre les populations autochtones et non autochtones au pays. L'absence de données, malgré ces disparités alarmantes, montre qu'il est fortement nécessaire d'appuyer les régions du Nord dans des initiatives de mesure de la performance. Celles-ci doivent être menées en partenariat avec les communautés autochtones pour faire en sorte que leurs cultures et leurs valeurs soient reflétées dans la manière d'effectuer le suivi des besoins en santé et de l'accès aux services de la population¹¹. L'évaluation de l'équité en matière d'accès implique également de déterminer si les soins sont culturellement adaptés et sécuritaires, et tiennent compte des traumatismes. À l'heure actuelle, les indicateurs de performance nationaux en matière de santé ne permettent pas de mesurer ces aspects.

Enfin, certaines des données incluses dans ce rapport ont été recueillies durant la pandémie de COVID-19 (entre 2019 et 2023), ce qui pourrait avoir entraîné une surestimation ou une sous-estimation pour certains indicateurs. Chaque fois que des données pluriannuelles étaient disponibles, nous avons abordé toute possibilité de surestimation ou de sous-estimation en fournissant une analyse qualitative de sa signification dans les tendances longitudinales.

COMPRENDRE LES INDICATEURS

La section suivante fournit une explication du choix des indicateurs présentés dans ce rapport ainsi qu'une description de ceux-ci. Nous y discutons de la pertinence de ces indicateurs pour mesurer la performance des systèmes de santé.

1. GOUVERNANCE ET POLITIQUES

La bonne gouvernance est un élément important de tout système de santé hautement performant. Elle part de la capacité des gouvernements à établir une vision stratégique pour le secteur de la santé, et à créer et soutenir des politiques, des lois ou des lignes directrices fondées sur des données probantes qu'ils sont tenus de respecter¹². Par gouvernance, nous entendons la mesure dans laquelle les gouvernements financent adéquatement le système de santé; l'ampleur de leurs collectes de données et de leurs communications relatives à la performance du système de santé; la rigueur de leurs politiques en matière de SMDUS qui sous-tendent les programmes et les services; la manière

dont ils organisent et financent le secteur des soins de SMDUS; et la robustesse des lois qui soutiennent la santé, le bien-être et les droits de la personne de la population. Nous pouvons mesurer la gouvernance de plusieurs façons : en examinant, par exemple, la présence ou l'absence de politiques en santé, et si elles existent, leur rigueur; la transparence des gouvernements concernant les régimes de santé et les décisions en matière de santé; leur approche consultative; et leur capacité en matière d'imputabilité. Les gouvernements font également preuve de bonne gouvernance lorsqu'ils savent répondre aux besoins en santé de la population et ajuster leurs politiques à cette fin¹³.

Considérant l'importance de la gouvernance pour évaluer la performance du système de santé, nous avons sélectionné un petit nombre d'indicateurs connexes, que voici :

1.1a Investissements en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS) (2024-2025)

Évalue le pourcentage du budget de santé global des provinces et territoires consacré aux soins en matière de SMDUS, selon les plans budgétaires de 2024-2025. Par « investissements », nous faisons référence aux budgets de fonctionnement en matière de SMDUS, aux subventions d'investissement et aux nouveaux financements annoncés dans le plan budgétaire de 2024-2025. Un pourcentage plus élevé est préférable.

1.1b Dépenses en matière de SMDUS prévues dans les accords bilatéraux (2023)

Évalue le pourcentage des dépenses consacrées au secteur de la SMDUS (les montants qui figurent, par exemple, dans les nouveaux Accords pour travailler ensemble de 2023, ainsi que les fonds restants de l'accord sur les priorités partagées en matière de santé de 2017). Cette analyse n'est fondée que sur les accords annoncés, qui couvrent seulement la période allant de 2023 à 2026. Un pourcentage plus élevé est préférable.

1.2 Stratégie en matière de SMDUS	Évalue si une stratégie ciblée et à jour en matière de SMDUS est en place et si les provinces ou territoires en ont défini les objectifs, y ont affecté des fonds de soutien et ont établi un cadre de responsabilisation pour appuyer sa mise en œuvre. Cet indicateur est évalué selon l'échelle de notation suivante : En désuétude, ou exhaustivité faible, moyenne ou élevée. La note « exhaustivité élevée » est la plus souhaitable.
1.3 Décriminalisation	Indique la présence ou l'absence de lois supprimant les sanctions pénales pour la possession simple de drogues (au niveau fédéral uniquement), ainsi que la portée de ces lois si elles existent. Cet indicateur est évalué selon l'échelle de notation suivante : soutien faible, modéré et élevé. La note « soutien élevé » est la plus souhaitable.
1.4 Politiques de réduction des méfaits	Indique la présence ou l'absence de soutien (financier, exprimé dans les énoncés de politique, ou sous forme de programme centralisé) de la part des provinces ou territoires envers les initiatives de réduction des méfaits. Remarque : Cet indicateur ne mesure <u>pas</u> le degré de disponibilité des programmes ou des services (c.-à-d. le nombre de services et leur distribution, la facilité d'accès, etc.). Cet indicateur est évalué selon l'échelle de notation suivante : soutien faible, passable, modéré et élevé. La note « soutien élevé » est la plus souhaitable.
1.5 Lois sur la santé mentale	Évalue si les lois ont récemment été modernisées ou modifiées et si elles ont fait l'objet de signalements pour de possibles violations des droits de la personne de la part de l'ombudsman provincial ou territorial, ou de groupes de défense des droits de la personne. Cet indicateur est évalué selon l'échelle de notation suivante : préoccupation faible, modérée, élevée et très élevée. La note « préoccupation faible » est la plus souhaitable.

2. SANTÉ MENTALE DE LA POPULATION

Lorsque nous parlons des taux de bien-être psychologique ou de troubles de santé mentale au Canada, nous faisons référence à la santé mentale de la population. Il s'agit de déterminer dans quelle mesure la population présente une santé mentale précaire ou une bonne santé mentale¹⁴, et ainsi d'évaluer la répartition des troubles de santé mentale et du bien-être psychologique et dans l'ensemble de la société¹⁵. Il est important de comprendre la prévalence des troubles de santé mentale et de la détresse psychologique non seulement en raison des répercussions sur la santé des individus, mais aussi

pour mesurer les possibles répercussions sur les familles, la société, le système de santé et l'économie. Par exemple, les taux de suicide, de dépression, de détresse psychologique ou de satisfaction à l'égard de la vie, qui sont basés sur les données recueillies lors d'enquêtes sanitaires et sociales, nous renseignent sur l'état de la santé mentale et le bien-être de la population canadienne et sur la capacité de notre système de santé à répondre à ses besoins. Ces renseignements peuvent également orienter les politiques de santé et les décisions de financement.

Les indicateurs de la santé mentale de la population présentés dans ce rapport sont les suivants :

-
- | | |
|---|---|
| <p>2.1 Santé mentale perçue – mauvaise ou passable
(% de personnes âgées de 18 ans et plus)
(2021)</p> | <p>Donne une mesure subjective de l'état de santé mentale de la population. Bien que la santé mentale perçue ne soit pas équivalente à un diagnostic de trouble mental et ne reflète pas nécessairement la prévalence des troubles mentaux au sein d'une population, elle demeure une mesure pertinente. En effet, il existe une corrélation entre la santé mentale perçue comme mauvaise et les problèmes de santé physique, l'utilisation accrue des services sociaux et de santé, et les déterminants sociaux tels que le faible revenu¹⁶. L'étude de laquelle est tiré cet indicateur exclut certaines populations, car elle portait sur les personnes de 18 ans et plus ne résidant ni en établissement ni dans une réserve. Des taux plus faibles de santé mentale « faible » ou « passable » sont préférables, car ils indiquent une meilleure santé mentale perçue au sein de la population.</p> |
| <p>2.2a Prévalence des troubles anxieux et de l'humeur
(au cours des 12 derniers mois)
(2022)</p> | <p>Représente le pourcentage de la population canadienne âgée de 15 ans et plus qui répondait aux critères diagnostiques de certains des troubles mentaux les plus courants, y compris les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les troubles liés à l'utilisation de substances (TUS). Les taux de troubles anxieux et de l'humeur correspondent à la prévalence au cours des 12 derniers mois et les taux de TUS, à la prévalence au cours de la vie.</p> |
| <p>2.2b Prévalence des troubles liés à l'utilisation de substances
(au cours de la vie)
(2022)</p> | <p>Des taux plus faibles sont souhaitables, car ils indiquent une prévalence plus faible de troubles anxieux, de l'humeur et de l'utilisation de substances au sein de la population.</p> |
-

<p>2.3 Taux de décès par suicide (taux par 100 000 personnes) (2021-2022)</p>	<p>Indique le taux déclaré de décès attribuables au suicide par 100 000 personnes. Des taux plus faibles sont préférables. Ils car ils pourraient indiquer un meilleur accès aux soins communautaires en santé mentale.</p>
<p>2.4 Taux d'hospitalisation en raison de blessures auto-infligées (taux par 100 000 personnes âgées de 10 ans et plus) (2022)</p>	<p>Indique le taux d'hospitalisation en raison de blessures auto-infligées par 100 000 personnes âgées de 10 ans et plus. Une blessure auto-infligée est une blessure qu'une personne s'est faite à elle-même de manière intentionnelle, peu importe la raison. Les données sur les hospitalisations en raison de blessures auto-infligées sous-estiment le taux réel de telles blessures, car certains cas peuvent être ignorés si leur cause est considérée comme accidentelle ou inconnue. Des taux plus faibles sont souhaitables, car ils pourraient indiquer un meilleur accès aux soins communautaires en santé mentale.</p>
<p>2.5 Taux de décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes (taux par 100 000 personnes) (2022)</p>	<p>Indique le nombre de décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes par 100 000 personnes. Cet indicateur contribue de façon cruciale à la compréhension d'un type de méfait associé à l'utilisation de substances à l'échelle de la population, dans le contexte de l'approvisionnement en drogues non réglementées et toxiques. Nous parlons de décès « apparemment » liés à une intoxication aux opioïdes, car les taux déclarés englobent à la fois les décès pour lesquels un opioïde est en cause (cas confirmés) et les cas soupçonnés dont l'enquête est en cours. Cet indicateur ne comprend pas les décès causés uniquement par un stimulant.</p> <p>Des taux plus faibles indiquent un nombre moins élevé de décès attribuables à une intoxication aux opioïdes.</p>
<p>2.6 Taux d'hospitalisation entièrement attribuable à l'alcool (taux par 100 000 personnes) (2022-2023)</p>	<p>Indique le taux d'hospitalisation liée à des affections entièrement attribuables à l'alcool par 100 000 hab. L'abus d'alcool est associé à diverses affections pouvant entraîner la mort, une maladie ou une incapacité. Cet indicateur permet de mesurer certains méfaits causés par l'alcool ainsi que les visites à l'hôpital qui en découlent. Il peut aider à déterminer les besoins en matière de services éducatifs et préventifs, et de traitement entourant la consommation nocive d'alcool. Cet indicateur ne rend pas compte des hospitalisations pour des affections partiellement attribuables à l'alcool (p. ex. des cancers, des accidents vasculaires cérébraux ou des maladies respiratoires) et, puisque la consommation d'alcool doit être consignée comme la cause d'une affection ou d'une maladie, le taux risque d'être sous-évalué.</p>

3. ACCÈS AUX SERVICES EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE, DE DÉPENDANCES ET D'UTILISATION DE SUBSTANCES

Dans un système de santé efficace, des services de santé mentale et de santé liée à l'utilisation de substances complets et de haute qualité sont accessibles au moment et à l'endroit où les gens en ont besoin. Il n'y a pas de longues listes d'attentes pour obtenir des services et les gens sont en mesure d'obtenir les soins appropriés dans leur communauté, sans obstacles financiers, organisationnels ou géographiques. Pour garantir l'accès aux services, il est particulièrement crucial de veiller à ce que les ressources disponibles en santé correspondent aux besoins de la population¹⁷.

Parmi les mesures de performance couramment utilisées pour évaluer l'accès aux services en matière de SMDUS, on retrouve les données sur les temps d'attente; les besoins comblés et non comblés en services; et les données sur l'utilisation des services, comme les taux d'hospitalisation.

Ce sont d'importants indicateurs qui permettent d'évaluer l'efficacité – ou l'inefficacité – des différentes composantes du système de santé à répondre aux besoins de la population en matière de SMDUS. Par exemple, les données sur l'accès aux services peuvent révéler des lacunes au chapitre des services de prévention et d'intervention précoce; de la coordination ou de la continuité des soins après une hospitalisation; des services de santé mentale communautaire ou des consultations externes; ou du soutien familial et social auquel les gens ont accès¹⁸. Cette catégorie d'indicateurs chevauche également la catégorie 4. *Déterminants sociaux de la santé*, puisque l'accès aux services est influencé par d'autres facteurs sociaux en lien avec le système de santé, mais distincts de celui-ci, comme la pauvreté (faible revenu et chômage) et l'itinérance. Ces facteurs sociaux ont une incidence importante sur le taux d'hospitalisation des personnes ayant des besoins en matière de SMDUS¹⁹.

Dans ce rapport, les indicateurs portant sur l'accès à ce type de services sont les suivants :

3.1 Pourcentage de personnes ayant fait état de besoins non satisfaits ou partiellement satisfaits en matière de services de santé mentale (12 ans et plus) (2023)

Indique le pourcentage de personnes âgées de 12 ans ou plus ayant déclaré des besoins perçus en matière de services de santé mentale (p. ex., de l'information, des médicaments ou du counseling) au cours des 12 derniers mois, qu'elles ont cependant jugés comme non satisfaits ou partiellement satisfaits. Des taux plus faibles sont préférables.

<p>3.2 Jeunes de 12 à 24 ans ayant des besoins précoces en matière de SMDUS qui ont accédé à des services de santé mentale communautaire (SMC) dans les six derniers mois (2022)</p>	<p>Mesure la proportion d'enfants et de jeunes de 12 à 24 ans ayant des besoins précoces en matière de santé mentale et d'utilisation de substances qui ont pu accéder à des soins dans les six mois précédant leur participation à l'étude, en 2022. Les besoins précoces en matière de santé mentale et d'utilisation de substances désignent la présence d'une déficience fonctionnelle nouvelle ou préexistante ou d'un besoin de soins que des enfants et des jeunes ont déclaré avoir perçu au cours des six derniers mois. Les données sur les enfants et les jeunes ayant déclaré une déficience grave survenue plus de six mois avant l'étude ont été exclues²⁰. Cet indicateur montre si les enfants et les jeunes au Canada ont accès à des services d'intervention précoce lorsque des besoins en matière de santé mentale et d'utilisation de substances se présentent hâtivement. Une intervention précoce peut aider à réduire les symptômes et la gravité des difficultés éprouvées, et à éviter ou à retarder une progression vers un trouble diagnostiqué. Des taux plus élevés sont préférables.</p>
<p>3.3 Nombre de psychiatres par 100 000 habitants et habitantes (hab.) (2019)</p>	<p>Indique le nombre de psychiatres par tranche de 100 000 hab. pour une province ou un territoire. Un taux plus élevé pourrait indiquer un meilleur accès aux psychiatres.</p>
<p>3.4 Nombre de prestataires de soins en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS) par 100 000 hab. au Canada (2021)</p>	<p>Indique le nombre de prestataires de soins en matière de SMDUS par tranche de 100 000 hab. Les « prestataires » désignent les travailleuses sociales et travailleurs sociaux, les médecins de famille, les ergothérapeutes, le personnel infirmier (autorisé, auxiliaire autorisé, praticien et psychiatrique autorisé), les psychologues, les psychiatres, le personnel paramédical, les psychothérapeutes et les thérapeutes en counseling. En raison du large éventail de praticiennes et de praticiens pris en compte pour cet indicateur, il est difficile de comparer ces données à l'échelle internationale, car dans certains pays, les critères limitent la sélection de données à l'effectif en santé mentale (comme les psychiatres, l'effectif infirmier en santé mentale, les travailleurs sociaux et travailleuses sociales et les psychologues – Voir le répertoire de données de l'Observatoire mondial de la santé [en anglais] de l'Organisation mondiale de la Santé). Les données canadiennes comprennent également les médecins de famille et le personnel infirmier. Un nombre plus élevé est préférable.</p>
<p>3.5 Taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours pour un problème de SMDUS (2022-2023)</p>	<p>Mesure le pourcentage de personnes qui ont été réadmisses à l'hôpital (psychiatrique ou général) pour un problème de SMDUS, tant en présence ou en l'absence d'un diagnostic, dans les 30 jours suivant leur admission initiale (aussi appelée « épisode de soins initial »). Des taux plus faibles sont préférables.</p>

4. DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Les déterminants sociaux de la santé sont les conditions socioéconomiques qui affectent l'état de santé d'une personne. Les recherches indiquent que les soins cliniques (médicaux) offerts dans les hôpitaux, les cliniques médicales ou d'autres milieux de soins ne représentent que 20 à 25 % de ce qui détermine la santé; le reste est déterminé par d'autres facteurs tels que les conditions socioéconomiques (50 %), la biologie et la génétique (15 %) et l'environnement physique (10 %)²¹. C'est pourquoi il est si important de recueillir des données et de rendre compte des déterminants sociaux de la santé, comme les taux de pauvreté et

de faible revenu, l'itinérance, le niveau d'éducation, l'emploi ainsi que les circonstances familiales et les conditions environnementales, tant pour les personnes ayant des besoins en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS) que pour le reste de la population. En assurant la collecte, l'analyse et la communication de données sur ces déterminants sociaux, les gouvernements peuvent prendre des décisions politiques plus éclairées pour mieux combattre les inégalités sociales qui affectent les résultats en matière de SMDUS²².

Ce rapport comprend les indicateurs relatifs aux déterminants sociaux de la santé suivants :

4.1 Pourcentage des personnes ayant déclaré avoir une santé mentale mauvaise à passable ayant également des besoins impérieux en matière de logement (2021)

Indique le pourcentage des personnes ayant déclaré avoir une santé mentale mauvaise à passable qui ont également des besoins impérieux en matière de logement. Les personnes ayant des besoins impérieux en matière de logement vivent dans des logements de qualité non convenable, de taille non convenable, ou inabordables et n'ont pas les moyens de se loger ailleurs dans leur collectivité²³. Des taux plus faibles sont préférables.

4.2 Taux de pauvreté selon la mesure du panier de consommation (MPC) (2020)

Indique le pourcentage de personnes au Canada qui vivent dans la pauvreté, selon la mesure du panier de consommation (MPC). La MPC ne se fonde pas seulement sur le revenu, mais tient aussi compte du coût d'un « panier » comportant des dépenses telles que la nourriture, les vêtements, le logement et le transport, pour une famille de quatre personnes. Le coût du panier est ajusté en fonction de la région de résidence au Canada. On considère qu'une famille vit dans la pauvreté si son revenu disponible est inférieur au seuil de la MPC. Cet indicateur ne concerne pas uniquement les personnes ayant des problèmes en matière de SMDUS, mais porte sur l'ensemble de la population. Des taux plus faibles sont préférables.

4.3 Taux d'emploi des personnes âgées de 25 à 64 ans ayant une incapacité liée à la santé mentale (2017)

Pourcentage de personnes âgées de 25 à 64 ans ayant une incapacité liée à la santé mentale. Un taux plus élevé indique une plus grande participation au marché du travail des personnes ayant une incapacité liée à la santé mentale.

5. STIGMATISATION, DISCRIMINATION ET MAUVAIS TRAITEMENTS

Les personnes qui ont des problèmes liés à la santé mentale ou à l'utilisation de substances sont plus à risque de subir de la discrimination, de la stigmatisation et des violations des droits de la personne. En plus d'être déshumanisantes, ces expériences font obstacle à l'inclusion et à la participation à part entière de ces personnes dans la société, et constituent un facteur de désavantage social, notamment sur le plan des relations personnelles, de l'éducation et du travail. Ces expériences alimentent également leur détresse psychologique et risquent d'aggraver leurs symptômes²⁴.

Réduire ou éliminer les cas de stigmatisation et de discrimination, c'est améliorer l'accès de ces personnes aux soins de santé, leurs résultats en matière de santé, leur estime de soi et leur inclusion sociale. Il est donc important de mesurer la stigmatisation et la discrimination, car ces données peuvent nous indiquer dans quelle mesure une société arrive à éliminer les obstacles rencontrés par les personnes ayant des problèmes de SMDUS et à promouvoir leur pleine inclusion et leur pleine participation.

Les indicateurs sélectionnés pour cette catégorie sont les suivants :

5.1 Pourcentage des personnes ayant déclaré avoir une santé mentale mauvaise à passable qui déclarent aussi faire l'objet de discrimination et de victimisation (2019)

Indique le pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus ayant déclaré avoir une santé mentale mauvaise à passable qui ont également fait l'objet de victimisation (autodéclarée). Des taux plus faibles sont préférables.

5.2 Pourcentage des personnes ayant déclaré avoir une santé mentale mauvaise à passable qui ont un sentiment d'appartenance à leur communauté (2020)

Indique le pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus ayant déclaré avoir une santé mentale mauvaise à passable qui qualifient leur sentiment d'appartenance à la communauté locale comme *plutôt fort* ou *très fort*. Un pourcentage plus élevé est préférable.

5.3 Taux d'infractions relatives aux drogues déclarées par la police (2022)

Indique le taux d'infractions relatives à toutes les drogues déclarées par la police, pouvant ou non mener à des accusations et des poursuites pénales. Cet indicateur donne une idée du taux de criminalisation des personnes qui utilisent des drogues. Cette information est importante puisque la criminalisation a des répercussions sur l'accès au logement, à l'emploi et aux services de santé. Les « infractions » peuvent avoir trait à la possession, au trafic, à la production et à l'importation ou l'exportation de drogues. Cependant, les données des années précédentes pour cet indicateur montrent que la possession de drogue est en cause pour plus de la moitié des infractions déclarées au cours d'une année donnée, en fonction du type de drogue. Ce taux exclut les infractions relatives au cannabis. Des taux plus faibles sont préférables.

DANS LA MIRE >



La santé mentale au CANADA

Population : 41 012 563

Le Canada s'est relevé de la pandémie de COVID-19 en ayant davantage conscience de l'importance d'une santé mentale positive. Alors que les taux d'inflation et le coût de la vie grimpaient en flèche, dans un contexte pandémique marqué par de nombreux facteurs de stress, notre santé mentale s'est parallèlement dégradée : au Canada, le nombre de personnes ayant une santé mentale précaire a augmenté, de même que le nombre de décès dus à l'approvisionnement en drogues toxiques et le nombre d'hospitalisations attribuables à l'alcool. Les taux inquiétants de suicide, en particulier chez les Premières Nations et les communautés inuites dans le nord du Canada, ont forcé certaines collectivités à déclarer un état d'urgence sanitaire, signe que le pays manque

à ses obligations en matière de droits de la personne à l'égard des peuples autochtones et à son engagement à mettre en œuvre les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation. Les suppléments de revenu fournis par le gouvernement pendant la pandémie ont permis de réduire considérablement le taux de pauvreté, mais il risque d'augmenter à nouveau maintenant que ces prestations ont pris fin. L'accessibilité des services en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS) est inégale au pays et la demande de tels services dépasse l'offre. Or, les données indiquent qu'une amélioration et une uniformisation de l'accès aux services en matière de SMDUS sont nécessaires pour nous permettre d'affronter les contrecoups de la pandémie.



Indicateur	Catégorie d'indicateur	CAN
1.1a Investissements en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS)	Politiques	6,3 %*
1.1b Dépenses en matière de SMDUS prévues dans les accords bilatéraux	Politiques	31 %
1.2 Stratégie en matière de SMDUS	Politiques	En désuétude
1.3 Décriminalisation	Politiques	Soutien faible
1.4 Politiques de réduction des méfaits	Politiques	Soutien élevé
1.5 Lois sur la santé mentale	Politiques	–
2.1 Santé mentale perçue – mauvaise ou passable	Santé mentale (SM) de la population	26,1 %
2.2a Prévalence des troubles anxieux et de l'humeur (12 derniers mois)	SM de la population	10,6 %
2.2b Prévalence des troubles d'utilisation de substances (au cours de la vie)	SM de la population	20,7 %
2.3 Taux de décès par suicide	SM de la population	10,9
2.4 Taux d'hospitalisation en raison de blessures auto-infligées	SM de la population	64,9
2.5 Taux de décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes	SM de la population	20,8
2.6 Taux d'hospitalisation entièrement attribuable à l'alcool	SM de la population	262
3.1 Pourcentage de la population ayant des besoins insatisfaits ou partiellement satisfaits en santé mentale	Accès aux services	7,8 %
3.2 Pourcentage de jeunes ayant des besoins précoces en matière de SMDUS qui ont obtenu des services communautaires de santé mentale	Accès aux services	61 %
3.3 Nombre de psychiatres par tranche de 100 000 hab.	Accès aux services	13,1
3.4 Nombre de prestataires de soins en matière de SMDUS	Accès aux services	1 721,4
3.5 Taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours pour des problèmes de SMDUS	Accès aux services	13,4 %
4.1 Pourcentage de la population ayant déclaré une santé mentale mauvaise à passable et ayant des besoins impérieux en matière de logement	Déterminants sociaux de la santé (DSS)	15,8 %
4.2 Taux de pauvreté	DSS	8,1 %
4.3 Taux d'emploi chez les personnes âgées de 25 à 64 ans ayant une incapacité liée à la santé mentale	DSS	46,1 %
5.1 Pourcentage de personnes ayant une santé mentale mauvaise à passable et ayant vécu de la discrimination et de la victimisation	Stigmatisation et discrimination	9,1 %
5.2 Pourcentage de la population ayant une santé mentale mauvaise à passable et ayant déclaré un sentiment d'appartenance plus fort à la communauté	Stigmatisation et discrimination	54,4 %
5.3 Taux d'infractions relatives aux drogues déclarées	Stigmatisation et discrimination	162

*moyenne nationale

Note : Les valeurs dans le tableau ci-dessus qui n'ont pas de pourcentage indiquent un taux par 100 000 habitants.



DANS LA MIRE : CANADA

S'appuyant sur des données nationales désagrégées par province et territoire, ce profil fournit un aperçu du bien-être de la population au pays et examine les données sur l'utilisation des services de santé mentale et sur les besoins en mesures de soutien social. Il évalue également la capacité de la gouvernance et des politiques fédérales à soutenir un système de santé robuste en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS).

Comme mentionné dans la section Méthodologie de ce rapport, nous avons sélectionné 24 indicateurs qui reflètent la santé mentale de la population et son accès à des services et à des mesures de soutien. Nous avons rassemblé des données qui étaient disponibles à la fois à l'échelle nationale et à l'échelle provinciale ou territoriale. Ces données sont présentées par profils indépendants. Les indicateurs du profil sur le Canada sont énumérés dans le tableau ci-dessus. Tous les indicateurs sur les politiques en matière de SMDUS (indicateurs 1.1 à 1.5) sont composés de données basées sur la gouvernance et les politiques fédérales, tandis que les autres indicateurs représentent les moyennes nationales. Pour une description complète et détaillée de notre processus de collecte et d'analyse de données, veuillez consulter la section Méthodologie.

POLITIQUES

L'une des principales leçons apprises de la pandémie mondiale de COVID-19 est que la santé mentale compte. Au plus fort de la pandémie, et sans doute pour la première fois dans l'histoire politique canadienne, la santé mentale a occupé une place centrale dans les discussions sur les politiques nationales en santé : en 2020 le gouvernement du Canada avait d'ailleurs mis sur pied la plateforme en ligne gratuite Espace mieux-être Canada pour soutenir la santé mentale de la population pendant la pandémie. La santé mentale a aussi représenté un enjeu majeur lors des élections fédérales de 2021. Cependant, malgré l'attention portée à la santé mentale, les politiques et le financement en matière de soins de SMDUS au Canada présentent encore des lacunes.

Tableau de bord pour la santé mentale

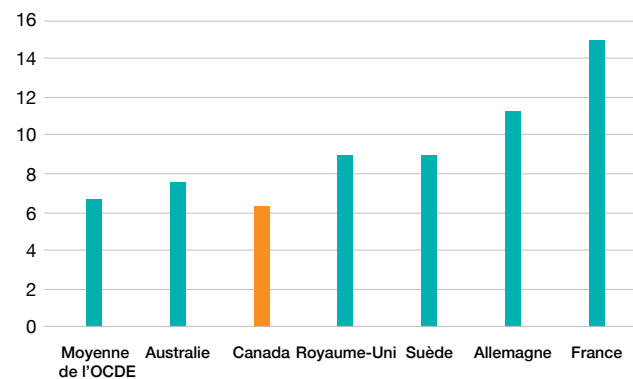


Financement

Le Canada est à la traîne en ce qui concerne les dépenses en matière de SMDUS. Selon les estimations de l'OCDE, les dépenses en santé mentale varient considérablement d'un pays à l'autre : par exemple, elles représentent aussi peu que 3,4 % des dépenses de santé globales en Italie, mais atteignent 15 % en France. La moyenne des dépenses de l'ensemble des provinces et territoires canadiens se situe à 6,3 %, avoisinant ainsi la moyenne de 6,7 % de l'OCDE. Le Canada est cependant surpassé par la France (15 %), le Royaume-Uni (9 %), la Suède (9 %) et l'Allemagne (11,3 %) (**graphique 1**).

Graphique 1

Dépenses en santé mentale (% des dépenses publiques globales en santé, par pays)



Sources : OCDE, « A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health »; [The King's Fund](#), « [Mental Health 360: Funding and Costs](#) ».

L'enveloppe fédérale réservée à la santé mentale est cependant nettement inférieure. Pendant la campagne électorale de 2021, le Parti libéral du Canada, qui a fini par former un gouvernement minoritaire, avait promis de créer le Transfert canadien en matière de santé mentale, un transfert permanent d'environ 2,5 milliards de dollars par année. Hélas, le Transfert promis ne s'est jamais concrétisé et le gouvernement a plutôt annoncé qu'il établirait des accords de financement bilatéraux en matière de santé avec les provinces et les territoires.



Ces ententes bilatérales, appelées les *Accords pour travailler ensemble*, prévoient un financement de 25 milliards de dollars sur dix ans pour soutenir quatre priorités communes en matière de santé, dont l'une concerne les soins en matière de SMDUS. Un financement total de 2,7 milliards de dollars en SMDUS a été négocié avec les provinces et les territoires pour la période de 2023 à 2026. Cette somme comprend également les fonds restants des accords bilatéraux sur les priorités partagées en matière de santé de 2017. Cela représente donc des dépenses de 903 millions de dollars en matière de SMDUS pour l'exercice 2024-2025. En rapportant ce montant au total des 52,1 milliards de dollars prévus au titre du Transfert canadien en matière de santé pour ce même exercice, nous constatons que le financement en matière de SMDUS dans les Accords pour travailler ensemble pour ce même exercice est comparable à une goutte d'eau dans l'océan.



INQUIÉTANT

Seule la moitié du montant recommandé est consacrée à la santé mentale.

Stratégie

La bonne gouvernance en santé ne repose pas que sur le financement. Elle requiert également une stratégie rigoureuse en matière de SMDUS et un cadre de responsabilisation solide. Le gouvernement fédéral a créé la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) en lui donnant le mandat de développer la première stratégie nationale en matière de santé mentale. En 2012, la CSMC a donc publié la stratégie [Changer les orientations, changer des vies](#), qui comprend six orientations stratégiques et 109 recommandations²⁵.

Cependant, aucune stratégie ni aucune mise à jour n'a été publiée par la suite, malgré les changements importants en matière de SMDUS qui sont survenus depuis 2012²⁶. S'il veut réaliser des progrès à l'échelle nationale en faveur de la santé et du bien-être de sa population, le Canada doit renouveler et renforcer sa stratégie en matière de santé mentale et l'assortir d'un cadre de responsabilisation d'une rigueur comparable à celui qu'il avait conçu pour la *Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances*, qu'il a mise à jour en 2023²⁷.

Le Canada demeure l'un des deux seuls pays du G7 à ne pas avoir de stratégie nationale pour la prévention du suicide. En 2016, le gouvernement a lancé le Cadre fédéral de prévention du suicide. Cependant, son plan d'action n'a été publié qu'en mai 2024²⁸, à la suite du lancement du 9-8-8, une nouvelle ligne d'aide en cas de crise de suicide, accessible en tout temps, visant à aider les personnes en situation de crise. Le *Plan d'action national pour la prévention du suicide* comprend quatre piliers d'action : données et surveillance; recherche et évaluation; soutien et services; et gouvernance. Ceux-ci concordent avec les fondements de la prévention du suicide proposés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Toutefois, une stratégie nationale de prévention du suicide financée par l'État demeure nécessaire : elle doit définir la marche à suivre pour mettre en œuvre une approche coordonnée et intersectorielle permettant de combler les lacunes et de concerter les efforts²⁹.



TRAVAIL EN COURS

Le gouvernement fédéral a introduit le service 9-8-8 et a élaboré un cadre et un plan d'action national pour la prévention du suicide, mais ce plan n'a pas été financé.



Réponse à la crise des drogues toxiques

Au cours des huit dernières années, le gouvernement du Canada a apporté des changements positifs importants à la politique fédérale sur les drogues afin de répondre à la crise croissante des drogues toxiques. En 2016, il a lancé la nouvelle *Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances*, dans laquelle la réduction des méfaits a été rétablie parmi ses piliers, et qui met en place un cadre politique tirant ses fondements dans une approche de santé publique. Cela a ouvert la voie à de nouveaux changements législatifs et, dans le cadre de la stratégie actuellement en vigueur de 2023, au maintien et à l'étoffement de l'investissement dans certains programmes. En 2017, il a déposé le projet de loi C-37, la *Loi modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, afin de faciliter l'ouverture de centres de consommation supervisés (CCS) et de permettre des exemptions à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRDS) pour autoriser la prestation de services comme la vérification de drogues³⁰. La même année, il a également déposé la *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose* et a changé la classification de la naloxone, un antidote utilisé lors des intoxications aux opioïdes, pour qu'elle figure à l'annexe II plutôt qu'à l'annexe I et soit ainsi rendue plus accessible. Il a créé un système national de surveillance prévoyant la création de rapports trimestriels sur les taux de décès, d'hospitalisation et d'appels aux services d'urgence en raison d'intoxications aux opioïdes. En 2019, le gouvernement du Canada a également lancé le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances (PUDS), qui a permis le financement de projets variés, tels que des projets de sensibilisation et de prévention entourant l'utilisation de substances; des programmes pilotes novateurs de vérification de drogues et d'approvisionnement sécuritaire; des mesures de soutien complètes et intégrées pour le traitement des dépendances; et des programmes sécuritaires et adaptés sur le plan culturel. Puis, en août 2020, le gouvernement a cherché à contrer la criminalisation des personnes qui utilisent des drogues non réglementées, en émettant la directive d'intenter des poursuites uniquement pour des infractions relatives à la possession les plus graves (ce qui équivaut à appliquer une politique de décriminalisation) et en permettant aux

provinces et territoires de demander des exemptions à la LRDS afin d'éliminer les sanctions pénales pour possession simple de drogues non réglementées³¹.

Malgré ces changements en matière de politiques et ces investissements bien accueillis, d'importantes lacunes restent à combler.



À NOTER

Les stratégies et les changements législatifs apportés à la politique sur les drogues visent à favoriser la réduction des méfaits.

Il est encore nécessaire d'investir de manière continue dans la réduction des méfaits et dans un éventail de services de santé liée à l'utilisation de substances et de traitement des dépendances. Comme le montrent les profils dans ce rapport, les programmes de réduction des méfaits sont vulnérables aux changements dans les priorités politiques des gouvernements provinciaux et territoriaux. Par ailleurs, dans le contexte changeant de l'approvisionnement en drogues toxiques, il peut être difficile pour les provinces et territoires de s'adapter aux nouveaux besoins de la population et de rester au fait des dernières innovations et technologies en matière de réduction des méfaits. Cette situation entraîne des différences majeures entre les provinces et les territoires en ce qui concerne l'accès aux mesures de soutien en santé liée à l'utilisation de substances. La fin du PUDS est prévue pour mars 2028, puisque son renouvellement n'a pas été annoncé dans le budget fédéral de 2024. La résistance du voisinage immédiat de nouveaux centres éventuels de consommation supervisée (le syndrome du « pas dans ma cour »)³² continue de freiner la création de ces services dans bon nombre de collectivités canadiennes et de faire obstacle à la création et à la préservation des services de réduction des méfaits. Dans de nombreuses régions du Canada, on constate également une



pénurie d'organisations offrant des services de vérification des drogues et d'inhalation supervisée, ainsi qu'une résistance croissante aux programmes d'approvisionnement sécuritaires. L'avenir de nombreux programmes de réduction des méfaits est en péril. Cette situation est hautement préoccupante, car bon nombre de ces initiatives sauvent des vies³³.

Par ailleurs, la criminalisation des personnes qui utilisent des drogues demeure un problème malgré la directive du gouvernement du Canada de n'envisager une poursuite pour possession simple que dans « les cas les plus graves »³⁴. Des données récentes de 2021 révèlent une diminution de 9 % des infractions relatives aux drogues déclarées par la police au Canada, indiquant une tendance à la baisse³⁵. Malgré cette diminution, les personnes qui utilisent des drogues continuent de faire l'objet de saisies, d'arrestations et d'emprisonnements, en l'absence d'une décriminalisation *de jure*, c'est-à-dire entérinée par un changement de loi. Le gouvernement du Canada maintient qu'il ne modifiera pas la loi fédérale pour décriminaliser la possession simple de drogues, mais qu'il continuera de soutenir les provinces et territoires qui souhaitent demander une exemption³⁶. Toutefois, cette position pourrait changer : le gouvernement du Canada a récemment approuvé la demande du gouvernement de la Colombie-Britannique de faire *marche arrière* sur son projet pilote de décriminalisation en réponse aux inquiétudes de la population concernant l'utilisation de drogues dans les espaces publics³⁷. De même, la demande d'exemption de la Ville de Toronto a récemment été rejetée³⁸.



ALERTE ÉLEVÉE

Plus du quart de la population canadienne a qualifié sa santé mentale de « mauvaise » ou « moyenne ». Cette proportion est beaucoup plus élevée chez les peuples autochtones (38 %).

SANTÉ MENTALE DE LA POPULATION

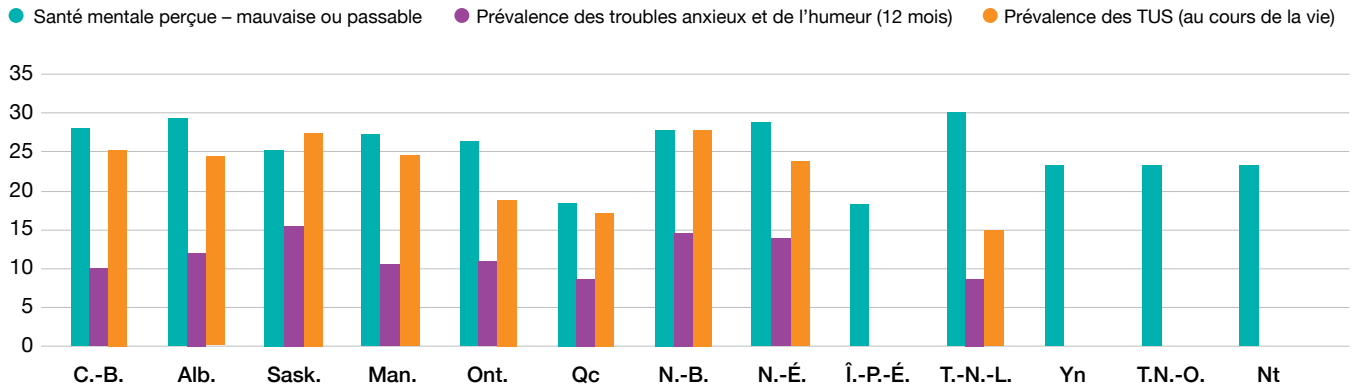
Les indicateurs de la santé mentale de la population canadienne, qui nous renseignent sur l'état de bien-être psychologique et émotionnel de différents groupes populationnels³⁹, mettent en lumière deux enjeux : le premier est que nous n'avons pas fait de progrès notables dans la prise en compte des facteurs qui sous-tendent une santé mentale précaire et le deuxième, que les taux de méfaits associés à l'utilisation de substances ont augmenté, surtout depuis la pandémie.

En 2021, 26,1 % des Canadiennes et Canadiens ont déclaré avoir une santé mentale « mauvaise » ou « passable ». Il s'agit d'une augmentation radicale par rapport au taux pré-pandémie de 2019, qui était de 8,9 %⁴⁰. Parmi les provinces et les territoires, les taux de santé mentale autoévaluée comme « mauvaise » ou « passable » sont les plus élevés à Terre-Neuve-et-Labrador (30 %), en Alberta (29,3 %) et en Nouvelle-Écosse (28,8 %). Les taux les plus bas ont été enregistrés au Québec (18,4 %) et à l'Île-du-Prince-Édouard (18,3 %), ce qui veut dire que les gens de ces provinces déclarent dans une plus grande proportion avoir une bonne santé mentale. Fait intéressant, les territoires affichent le troisième taux le plus élevé de personnes ayant fait état d'une bonne santé mentale, et ce, même s'ils présentent de moins bons résultats pour d'autres indicateurs de la santé mentale de la population (voir l'analyse ci-dessous). À l'échelle nationale, cependant, la santé mentale perçue est nettement plus précaire chez les Autochtones que chez les non-Autochtones. En 2021, 38 % des personnes autochtones ont déclaré avoir une santé mentale « mauvaise » ou « passable »⁴¹.



Graphique 2

Perception de la santé mentale (2021) et prévalence des troubles (2022), % de la population, par province et territoire



Source : Statistique Canada, « Santé mentale des Canadiens – Fichier de microdonnées à grande diffusion », 2021.

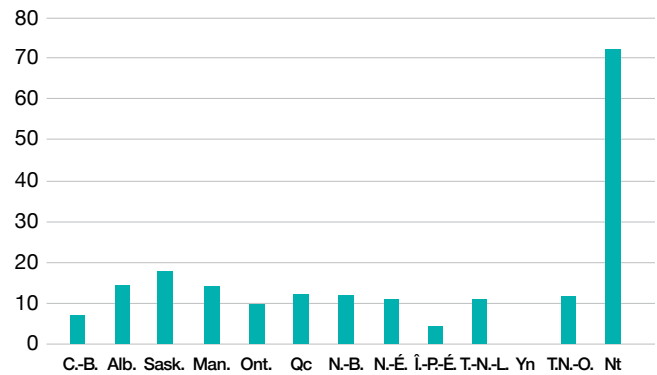
Statistique Canada. « Enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins », 2022.

Il est important de mesurer les taux de décès par suicide, non seulement parce que ces chiffres représentent une perte de vies tragique, mais aussi parce que ces décès sont entièrement évitables. Les taux de décès par suicide peuvent apporter un éclairage sur l'état de la santé mentale et des troubles mentaux d'une population ainsi que sur les progrès accomplis à l'échelle du Canada pour prévenir les suicides, y compris par une amélioration de l'accès aux services en matière de SMDUS.

Parmi les provinces et les territoires, la région des Prairies affiche des taux de suicide par 100 000 hab. plus élevés que la moyenne canadienne de 10,9, soit 14,3 en Alberta, 17,6 en Saskatchewan et 13,9 au Manitoba. Toutefois, c'est au Nunavut que le taux le plus élevé au pays est enregistré : 72,2 suicides par 100 000 hab.

Graphique 3

Taux de suicide par 100 000 hab., par province et territoire (2021 et 2022)



Source : Gouvernement du Canada, « Suicides, blessures auto-infligées et comportements liés au suicide au Canada : Mortalité par suicide », 2023.

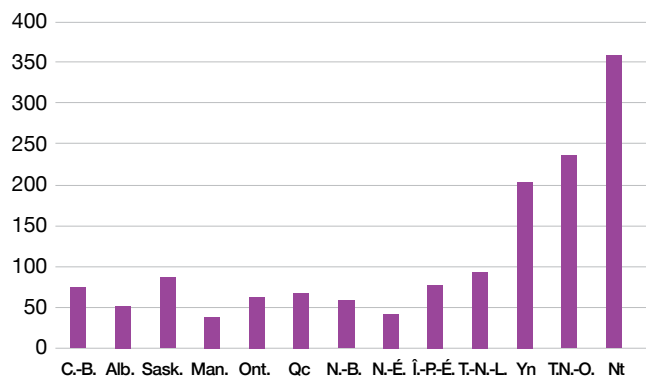


DANS LA MIRE : CANADA

Au Canada, les taux déclarés d'hospitalisation en raison de blessures auto-infligées varient grandement d'une région à l'autre (**graphique 4**). Cependant, les taux par 100 000 hab. déclarés dans les territoires du Nord du Canada sont exceptionnellement élevés, soit de 360,3 au Nunavut, de 237,2 aux Territoires du Nord-Ouest et 204,8 au Yukon. Les taux les plus élevés après ceux des territoires canadiens sont observés en Saskatchewan, à Terre-Neuve-et-Labrador et à l'Île-du-Prince-Édouard.

Graphique 4

Taux de blessures auto-infligées par 100 000 hab., par province et territoire (2021 et 2022)



Source : [Gouvernement du Canada, « Suicides, blessures auto-infligées et comportements liés au suicide au Canada : Blessures auto-infligées », 2023.](#)

Les méfaits liés à l'alcool et à l'approvisionnement en drogues toxiques non réglementées, qui ne cessent d'augmenter, sont tout aussi préoccupants. En 2023, le Canada a enregistré un taux de décès dus à une intoxication aux opioïdes par 100 000 hab. de 20,8, une augmentation par rapport au taux de 2022, qui était de 19,6⁴². En 2023, ce sont ainsi 8 049 personnes qui ont perdu la vie en raison d'une intoxication aux opioïdes en une seule année. Le Canada présente le deuxième taux le plus élevé de décès dus à une intoxication aux opioïdes dans le monde, après les États-Unis (**graphique 5**)⁴³.

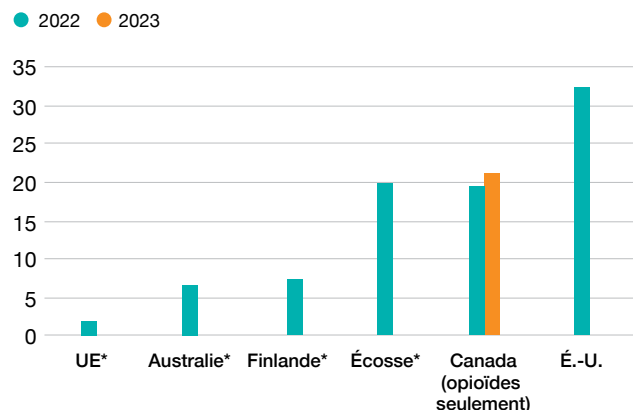


ALERTE ÉLEVÉE

Deuxième taux de mortalité par opioïdes au monde, après les États-Unis

Graphique 5

Taux de décès liés aux drogues* par 100 000 hab., par pays



Sources : Comité consultatif spécial fédéral, provincial et territorial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. « Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada ». Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; mars 2024.

https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/drug-induced-deaths_fr

<https://www.aihw.gov.au/reports/alcohol/alcohol-tobacco-other-drugs-australia/contents/data-by-region/drug-induced-deaths>

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), Rapport européen sur les drogues, 2022.

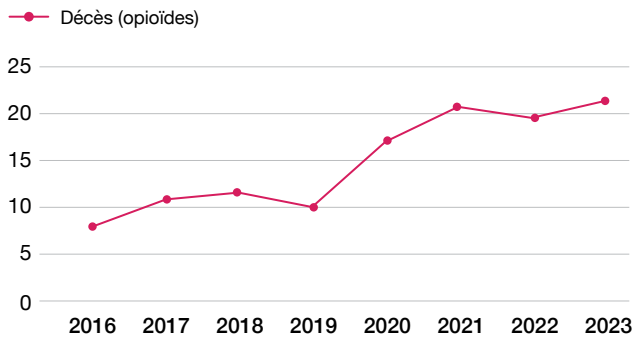
* Les données de l'Union européenne, de l'Écosse, de l'Australie et de la Finlande comprennent tous les décès pour lesquels les drogues étaient principalement en cause. L'indicateur « décès dus aux drogues » comprend donc les opioïdes, les stimulants et d'autres drogues. Il convient de noter que le taux du Canada est sous-estimé par rapport à ces pays, car il ne comprend que les décès dus aux opioïdes.



Avant la pandémie, les taux de méfaits attribuables à l'alcool et aux opioïdes étaient en légère baisse. Cependant, les cas de méfaits ont considérablement augmenté pendant la pandémie (**graphique 6**), une augmentation attribuée à plusieurs facteurs, y compris les perturbations dans la chaîne d'approvisionnement en drogues non réglementées et les conséquences inattendues des mesures de santé publique mises en place pour protéger le public contre la COVID-19, telles que la suspension de services et les règles de distanciation physique⁴⁴.

Graphique 6

Tendances : Taux de décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes au Canada, par 100 000 hab. (de 2016 à 2023)



Source : <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants/graphiques.html?ind=9&unit=0>

Par ailleurs, les taux de consommation d'alcool ont également augmenté pendant la pandémie; 30 % de la population a déclaré avoir augmenté sa consommation (**graphique 7**)⁴⁵. Les taux d'hospitalisation attribuable à l'alcool sont en déclin; cependant, le nombre de méfaits associés aux opioïdes continue d'augmenter depuis la pandémie, et ce, même si le taux de troubles liés à l'utilisation de substances (TUS) est demeuré plutôt invariable au sein de la population canadienne.

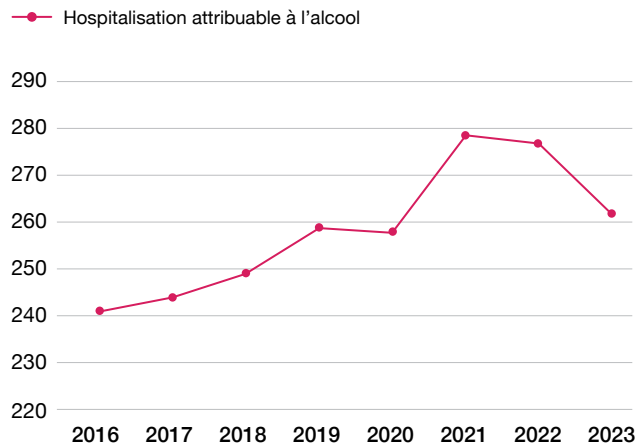
En fait, les statistiques sur le taux de TUS en 2022 indiquent que la prévalence au cours de la vie a légèrement diminué entre 2015 et 2022, passant de 21,6 % à 20,7 %.

INQUIÉTANT

La stratégie en matière de santé mentale est désuète.

Graphique 7

Tendances : Taux d'hospitalisation entièrement attribuable à l'alcool au Canada, par 100 000 hab. (de 2016 à 2023)



Source: <https://votresystemedesante.icis.ca/hsp/inbrief?lang=fr#!/indicateurs/061/hospitalizations-entirely-caused-by-alcohol/map-C1;mapLevel2;/>

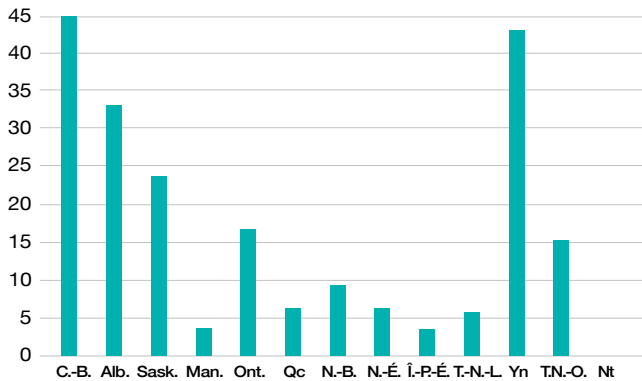
Des tendances régionales notables se dégagent des taux de méfaits liés à l'alcool ou aux opioïdes au Canada, les provinces les plus à l'ouest et les territoires nordiques présentant les taux les plus élevés pour ces deux indicateurs (**graphiques 8 et 9**). La Colombie-Britannique continue d'afficher le taux le plus élevé de décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes, soit 46,6 décès par 100 000 hab., suivie de l'Alberta (39,4), du Yukon (37,8) et de la Saskatchewan (24). Les taux d'hospitalisation entièrement attribuable à l'alcool sont disproportionnellement élevés aux Territoires du Nord-Ouest (1 412), au Yukon (948) et au Nunavut (757). Dans une moindre mesure, ces taux sont également importants en Colombie-Britannique (385), en Saskatchewan (375) et en Alberta (333).



Bien que les provinces de l'Atlantique affichent les taux les plus bas de décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes, les taux de méfaits dus aux opioïdes, et en particulier aux stimulants, sont de plus en plus préoccupants, ceux-ci ayant plus que doublé comparativement à avant la pandémie dans certaines de ces provinces⁴⁶. Les provinces de l'Ouest et des Prairies présentent des taux de méfaits dus à l'alcool et aux opioïdes plus élevés que les autres; les taux de TUS y sont également supérieurs à la moyenne canadienne, soit entre 24,4 % et 27,5 % comparativement à 20,7 %. Il y a toutefois des exceptions. Le Nouveau-Brunswick, par exemple, affiche des taux de méfaits dus à l'alcool et aux opioïdes plus bas que les autres provinces, mais son taux de prévalence de TUS, qui se situe à 27,9 %, est le plus élevé au pays.

Graphique 8

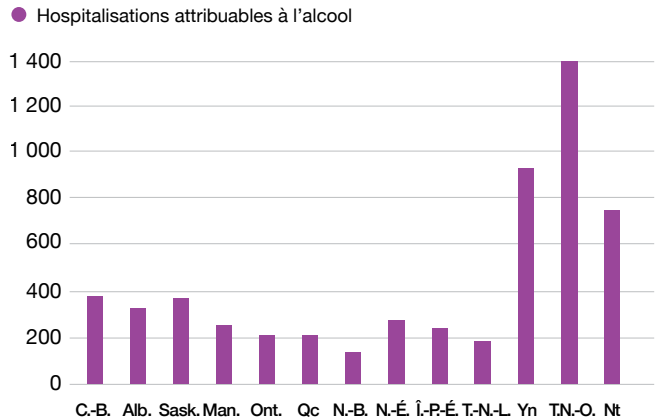
Décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes, taux par 100 000 hab., par province et territoire (2023)



Source : [Gouvernement du Canada, « Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada » \(2023\)](#).

Graphique 9

Hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool, taux par 100 000 hab., par province et territoire (2022-2023)



Source : [Institut canadien d'information sur la santé, 2024](#).



ACCÈS AUX SERVICES

Les données des indicateurs portant sur l'accès aux services en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS) présentées dans ce rapport montrent que cet accès n'est pas uniforme au pays.

Comme mentionné plus haut, nous faisons preuve de prudence vis-à-vis de comparaisons entre le Canada et d'autres pays, car les systèmes de santé et les normes pour mesurer la performance diffèrent d'un pays à l'autre. C'est particulièrement le cas pour les données relatives à l'accès aux services : certaines études sont menées à l'échelle régionale plutôt que nationale et d'autres peuvent s'appuyer sur des données recueillies en milieu hospitalier ou dans une clinique de santé mentale communautaire. Tout en gardant ces limites à l'esprit, nous notons que selon les données internationales sur les personnes éprouvant des problèmes de SMDUS, entre 3,1 % et 15,5 % d'entre elles présentent des besoins de services non satisfaits⁴⁷. Pour le Canada, le taux déclaré est de 7,8 %⁴⁸.

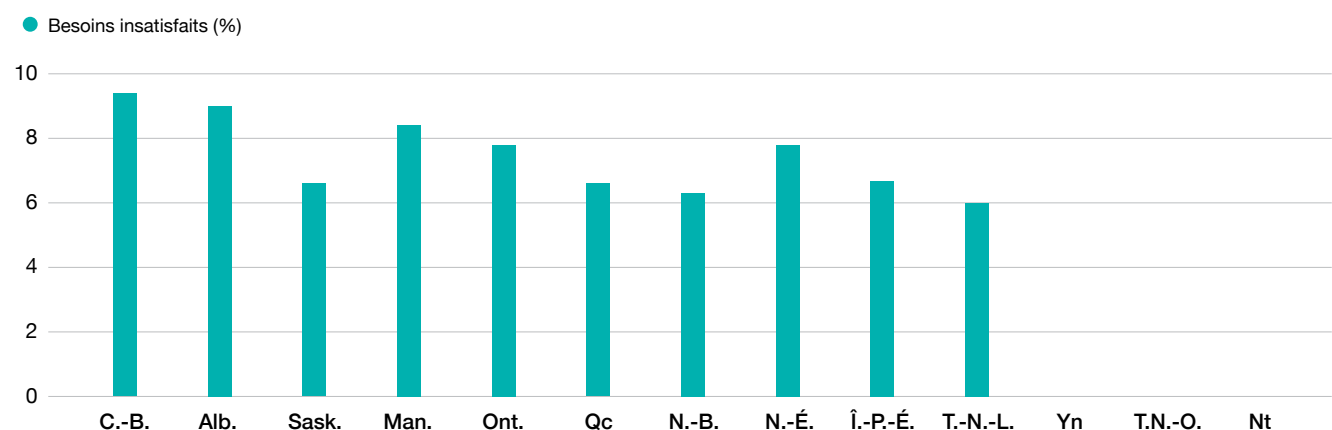
En ce qui concerne la répartition des psychiatres, le Canada se situe en deçà des pays européens : le taux y est de 13,1 psychiatres par 100 000 hab. alors que la moyenne de l'OCDE est de 16,8⁴⁹.

La distribution des données pour chaque indicateur à l'intérieur des frontières canadiennes nous révèle quant à elle des inégalités flagrantes entre les provinces et les territoires, ainsi que des tendances régionales.

Par exemple, des disparités régionales existent en ce qui concerne les besoins insatisfaits déclarés au sein des provinces canadiennes (**graphique 10**). Parmi celles qui présentent les taux les plus élevés de personnes ayant déclaré avoir des besoins non satisfaits ou partiellement satisfaits en matière de santé mentale, la Colombie-Britannique arrive en tête (9,4 %), suivie de l'Alberta (9 %), de l'Ontario (7,8 %) et de la Nouvelle-Écosse (7,8 %). Quant aux taux les plus bas, ils sont enregistrés à Terre-Neuve-et-Labrador (6 %), au Nouveau-Brunswick (6,3 %), en Saskatchewan (6,6 %), au Québec (6,6 %) et à l'Île-du-Prince-Édouard (6,7 %).

Graphique 10

% de personnes ayant fait état de besoins insatisfaits ou partiellement satisfaits en matière de soins de santé mentale, par province et territoire (2023)



Source : Statistique Canada, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle; Caractéristiques de la santé mentale : besoin perçu de soin de santé mentale », 2023.

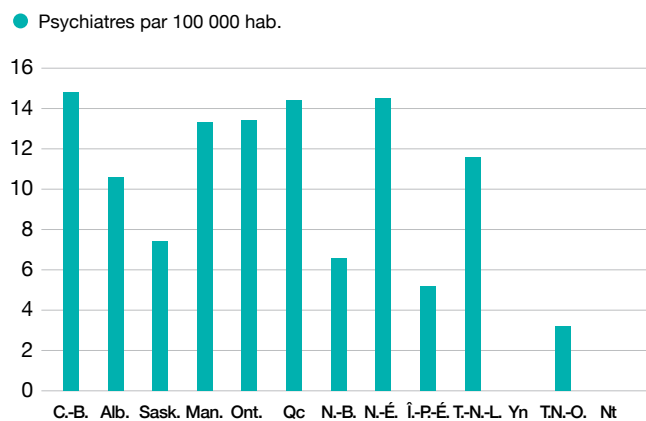


DANS LA MIRE : CANADA

À l'échelle nationale, la répartition des effectifs en SMDUS est également inégale. Notamment, le nombre de psychiatres par 100 000 hab. est beaucoup moins élevé dans les régions rurales et nordiques ou circumpolaires du Canada (**graphique 11**). La Colombie-Britannique affiche le taux le plus élevé de psychiatres par 100 000 hab., soit 14,8, suivie de la Nouvelle-Écosse (14,5) et du Québec (14,4), tandis que les taux les plus bas sont observés dans les provinces de l'Atlantique et aux Territoires du Nord-Ouest (3,2), à l'Île-du-Prince-Édouard (5,2) et au Nouveau-Brunswick (6,6). L'offre d'effectifs en matière de SMDUS est proportionnellement plus élevée dans les provinces plus rurales de l'Atlantique et au Yukon que les provinces du centre et de l'Ouest (**graphique 12**). Les taux par 100 000 hab. les plus élevés se trouvent à Terre-Neuve (2 203,6), en Nouvelle-Écosse (2 224,9), au Nouveau-Brunswick (2 067,5), à l'Île-du-Prince-Édouard (1 957,5) et au Yukon (2 205,2), tandis que la Colombie-Britannique (1 446,8), l'Ontario (1 609,9) et le Québec (1 817,0) affichent des taux plus bas. Nous notons qu'au Canada, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut présentent les ratios les plus bas par 100 000 hab. d'effectifs en matière de SMDUS, soit respectivement 1 110,8 et 676,8.

Graphique 11

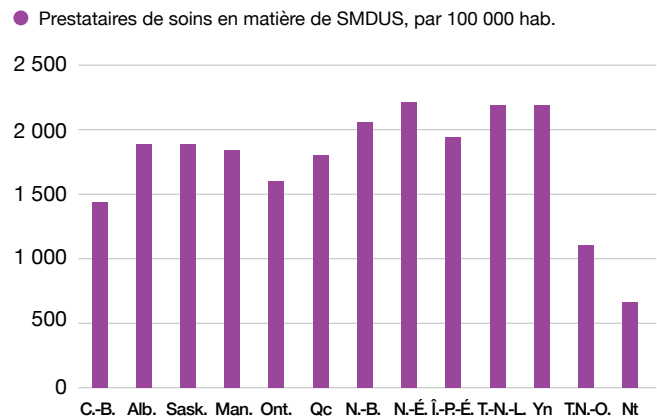
Répartition des psychiatres par 100 000 hab., par province et territoire (2019)



Source : Association médicale canadienne, Profil de la psychiatrie, 2019. [L'enquête de l'AMC auprès de l'effectif médical.](#)

Graphique 12

Nombre de prestataires de soins en matière de SMDUS au Canada par 100 000 hab., par province et territoire (2021)



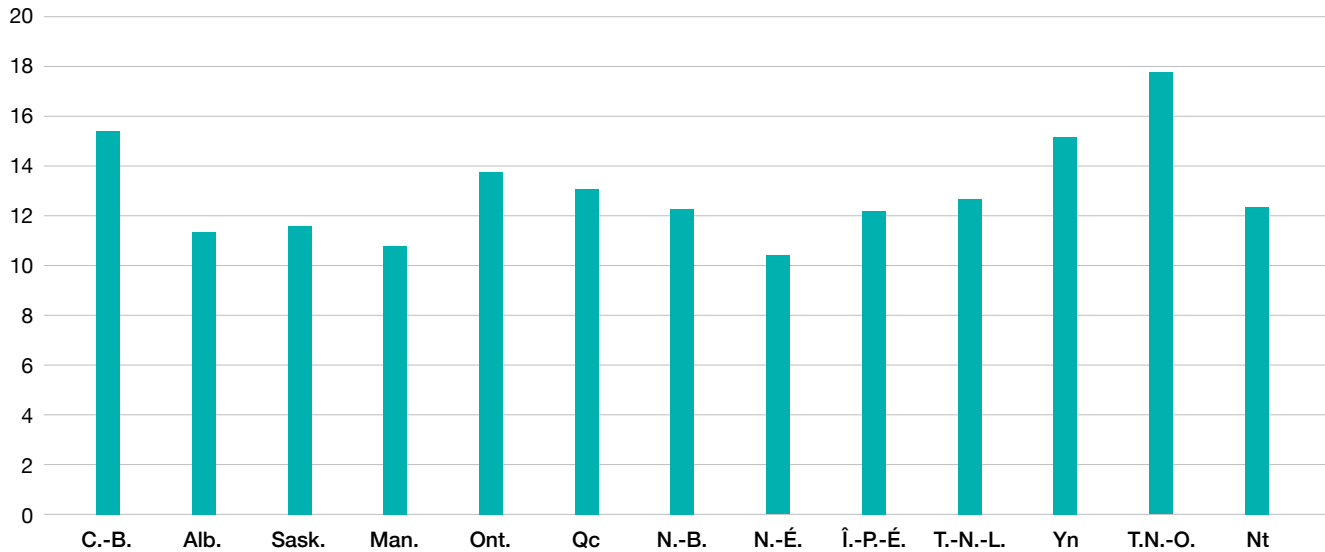
Source : Institut canadien d'information sur la santé, [Profil de certains dispensateurs de services liés à la santé mentale et à l'utilisation de substances au Canada \(2021\)](#).

Les taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours étaient plus bas dans les Prairies et plus élevés dans l'Ouest du Canada, les territoires et le centre du Canada (**graphique 13**). Les taux les plus élevés pour cet indicateur ont été observés aux Territoires du Nord-Ouest (17,6 %), en Colombie-Britannique (15,3 %), au Yukon (15,1 %), puis en Ontario (13,7 %) et au Québec (13,0 %). Le taux de réadmission le plus bas a été relevé en Nouvelle-Écosse (10,3 %), et les provinces des Prairies ont toutes affiché des taux semblables d'environ 11,1 %, en dessous de la moyenne nationale de 13,4 %.



Graphique 13

Taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours pour des problèmes de SMDUS, par province et territoire (2022-2023)



Source : Institut canadien d'information sur la santé, « Réadmission dans les 30 jours pour des problèmes de santé mentale ou d'utilisation de substances », 2023.

DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Le logement, le revenu et l'emploi sont d'importants déterminants sociaux de la santé. Cela étant dit, un nombre disproportionné de personnes aux prises avec des incapacités ou des difficultés liées à la santé mentale vivent dans la pauvreté au pays. Face à de moins bonnes possibilités d'emploi, bon nombre d'entre elles dépendent de mesures de soutien du revenu pour subvenir à leurs besoins et ne disposent pas d'un logement adéquat. Le soutien au revenu pour les personnes en situation de handicap est souvent insuffisant, et dans certains cas, représente un montant 30 % plus bas que les seuils de faible revenu établis par les provinces et les territoires⁵⁰.

Les personnes ayant un faible revenu sont proportionnellement plus nombreuses que les autres à déclarer avoir une santé mentale précaire, ce qui met en évidence la forte corrélation entre le revenu et la santé mentale. Au Canada, les personnes vivant dans le groupe de revenu le plus faible déclarent avoir un trouble anxieux à un taux qui est 2,4 fois celui des personnes vivant dans le groupe de revenu le plus élevé⁵¹.

Le Canada doit ainsi s'améliorer pour préserver de la pauvreté les personnes ayant des problèmes de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS) et leur permettre de se loger adéquatement.



Logement

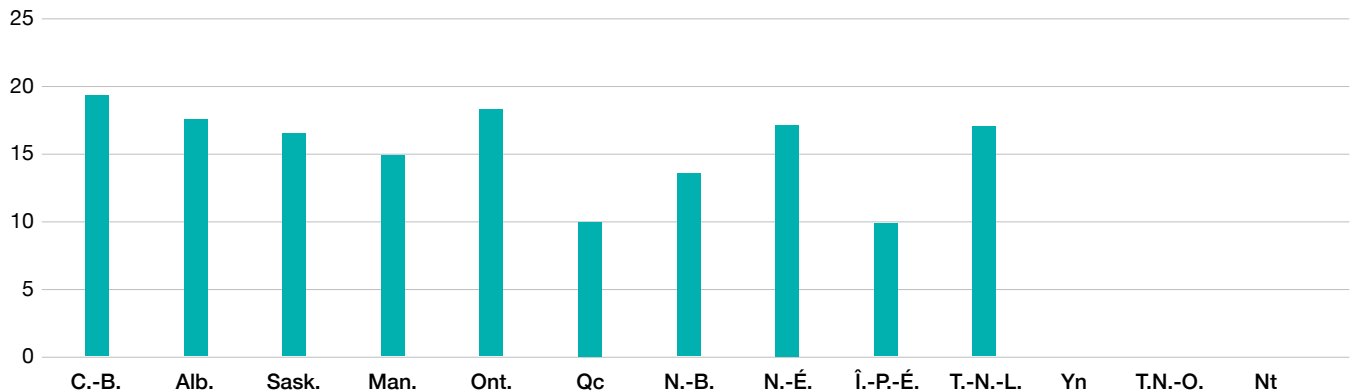
Le logement est un droit fondamental de la personne et est nécessaire pour avoir une bonne santé. Le droit au logement est protégé en vertu du droit international, conformément à la Déclaration universelle des droits de l'homme et au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies. En tant que signataire, le Canada s'est engagé à respecter « le droit de toute personne à un niveau de vie suffisant [...] y compris une nourriture, [des vêtements] et un logement suffisants ». En outre, le fait de pouvoir se loger est reconnu comme une condition indispensable à la santé dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé⁵².

Malgré ces engagements, les Canadiennes et les Canadiens ayant une santé mentale précaire sont plus susceptibles (15,8 %) de vivre dans un logement inadéquat que les personnes qui déclarent avoir une bonne santé mentale (10,1 %) ⁵³. En moyenne, au Canada, 15,8 % des personnes dont l'état de santé mentale autoévalué est plus précaire ont des besoins impérieux en matière de logement. Les taux les plus élevés sont observés en Colombie-Britannique (19,1 %),

en Ontario (18,1 %) et en Alberta (17,4 %), la pénurie de logements étant criante et le coût des logements particulièrement élevé dans ces provinces. Fait inquiétant, le taux d'itinérance a augmenté au cours de la pandémie et le Bureau de la défenseure fédérale du logement estime que 20 à 25 % des personnes itinérantes au Canada vivent dans des campements⁵⁴. Au Canada, le parc de logements sociaux hors marché ne représente que 5,4 % du nombre total de logements, une proportion inférieure par rapport aux autres pays de l'OCDE⁵⁵. Le logement communautaire est très important pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS); certains modèles, comme celui des logements supervisés, favorisent l'abordabilité des logements et leur accessibilité. Il y a également un problème d'équité en matière de logement au Canada, car la population autochtone est plus susceptible que la population non autochtone de vivre dans un logement nécessitant des réparations majeures (16,4 % contre 5,7 %) ou de vivre dans un logement surpeuplé (17,1 % contre 9,4 %) ⁵⁶.

Graphique 14

% des personnes ayant une santé mentale mauvaise à passable ayant également des besoins impérieux en matière de logement, par province et territoire (2021)



Source : Statistique Canada, « Enquête canadienne sur le logement : fichier de microdonnées à grande diffusion », 2024.



Le gouvernement du Canada a pris plusieurs mesures pour lutter contre l'itinérance et la crise du logement. En 2017, il a lancé *Chez soi d'abord*, sa Stratégie nationale sur le logement qui s'étale sur dix ans. Initialement financée à hauteur de 40 milliards de dollars et comportant des programmes et des politiques conçus pour protéger, renforcer et faire croître le secteur du logement communautaire au Canada, la Stratégie est aujourd'hui assortie d'une enveloppe de plus de 82 milliards de dollars et comprend des programmes de logements axés sur les conditions du marché. En 2019, le gouvernement a également lancé *Vers un chez-soi : la stratégie canadienne de lutte contre l'itinérance* qui soutient les objectifs de la *Stratégie nationale sur le logement* en vue d'améliorer l'accès à des logements abordables et de réduire de 50 % l'itinérance à l'échelle nationale d'ici 2028⁵⁷.

Pauvreté et emploi

La pauvreté demeure une préoccupation importante au Canada. Bien que le taux de pauvreté ait connu une baisse en 2020 par rapport aux années antérieures, passant de 14,5 % en 2015 à 10,1 % en 2019, puis à 8,1 % en 2020, cette baisse s'explique par les prestations temporaires liées à la pandémie, y compris les transferts gouvernementaux et la Prestation canadienne d'urgence (PCU), qui ont depuis pris fin. Pendant cette baisse temporaire, le taux de pauvreté chez les enfants a diminué de moitié par rapport à 2015. Chez les Autochtones, ce taux est passé de 23,8 % à 11,8 %, un taux inférieur à celui de 2015, mais tout de même bien au-dessus de la moyenne canadienne⁵⁸. Cependant, les prévisions pour 2023 indiquent que les taux de pauvreté atteindront à nouveau leur niveau plus élevé d'avant la pandémie⁵⁹.



EN COURS

L'itinérance ainsi que les logements inabordables et inadéquats sont des problèmes importants. Un plan et une stratégie visent à réduire de moitié l'itinérance d'ici 2028.

Le Canada doit se pencher sur les mesures insuffisantes de soutien du revenu et sur le taux d'emploi des personnes ayant une incapacité liée à la santé mentale, qui n'est que de 46,1 % (**graphique 15**). Par ailleurs, le Canada est l'un des pays de l'OCDE qui dépensent le moins en mesures de soutien pour les personnes en situation de handicap; soit seulement 0,8 % de son PIB, comparativement à 4,5 % pour la Norvège et le Danemark, les deux pays en tête de liste⁶⁰.



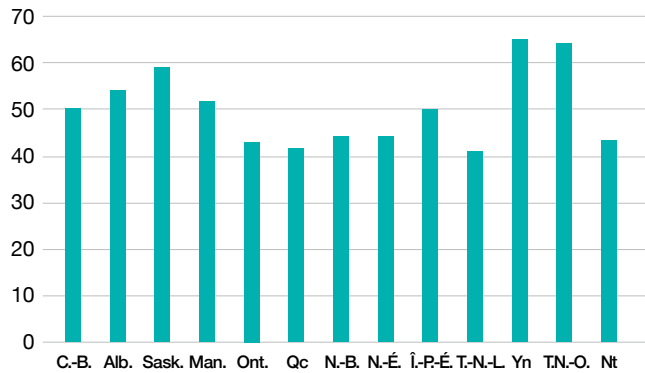
À NOTER

Les avantages financiers accordés pendant la pandémie ont permis de réduire considérablement le taux de pauvreté.



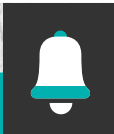
Graphique 15

Taux d'emploi chez les personnes ayant une incapacité liée à la santé mentale, par province et territoire (2020)



Source : Statistique Canada, « Situation d'activité pour les personnes ayant une incapacité âgées de 25 à 64 ans, selon le type d'incapacité (regroupé) », 2024.

En 2017, le gouvernement du Canada a publié *Une chance pour tous : la première Stratégie canadienne de réduction de la pauvreté*, comportant un engagement à réduire la pauvreté de 50 % d'ici 2030 par rapport à 2015⁶¹. En 2023, il a également annoncé son intention de créer la Prestation canadienne pour les personnes handicapées, afin de réduire la pauvreté chez ce groupe de population. Toutefois, les groupes de défense des droits des personnes en situation de handicap ont fait part d'inquiétudes, craignant que cette prestation ne soit pas accessible aux personnes qui en ont le plus besoin et que les fonds soient insuffisants pour réduire la pauvreté, car elle représente un maximum de 2 400 \$ par an⁶².



À NOTER

Engagement à réduire la pauvreté de moitié d'ici à 2030



TRAVAIL EN COURS

La nouvelle Prestation canadienne pour les personnes handicapées doit garantir que les personnes vivant avec un handicap disposent d'un soutien financier suffisant pour vivre convenablement.

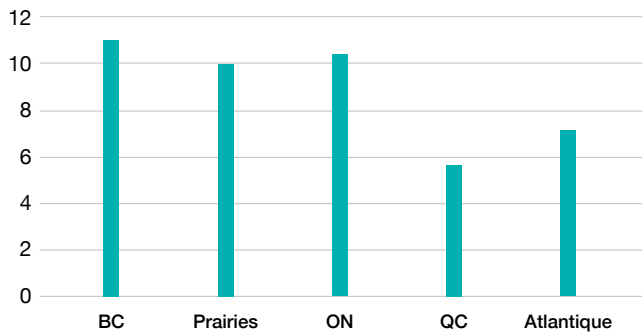
STIGMATISATION ET DISCRIMINATION

Le sentiment de sécurité, les liens sociaux et l'absence de discrimination sont des éléments essentiels au maintien d'une bonne santé mentale. En ce qui concerne la discrimination et la victimisation des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale au Canada ainsi que leur sentiment d'appartenance à la communauté, il y a peu de variabilité entre les provinces et les territoires. La Colombie-Britannique et l'Ontario ont enregistré les taux les plus élevés de discrimination et de victimisation envers les personnes ayant une santé mentale mauvaise à passable, atteignant 10,9 % et 10,3 % respectivement. À l'opposé, le Québec et les provinces de l'Atlantique affichent les taux les plus bas, soit de 5,6 % et 7,1 % respectivement (**graphique 17**). Malgré un taux de discrimination plus élevé en Colombie-Britannique, la province présente le niveau le plus élevé (56,8 %) de sentiment d'appartenance à la communauté parmi les personnes ayant une santé mentale mauvaise à passable, suivie de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick (55,9 %) et de l'Ontario (55,4 %). L'Alberta et la Saskatchewan affichent les résultats les plus faibles pour ces deux indicateurs. Le taux de discrimination et de victimisation est de 9,9 % dans les deux provinces et le niveau de sentiment d'appartenance à la communauté est de seulement 49,7 % en Alberta et 51,8 % en Saskatchewan.



Graphique 16

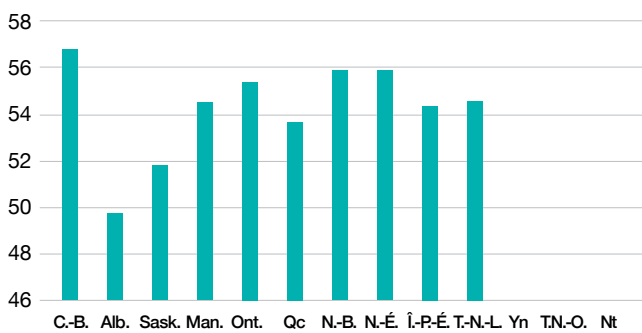
% des personnes ayant déclaré avoir une santé mentale mauvaise à passable qui font l'objet de discrimination et de victimisation, par province et territoire (2019)



Source : Statistique Canada, « Enquête sociale générale 2019, La sécurité des Canadiens (Victimisation) : fichier de microdonnées à grande diffusion », 2024.

Graphique 17

% des personnes ayant déclaré avoir une santé mentale mauvaise à passable qui ressentent un sentiment d'appartenance à leur communauté, par province et territoire (2021)



Source : Statistique Canada, « Enquête sociale générale 2020 (Identité sociale) : fichier de microdonnées à grande diffusion. », 2024.

La variabilité des taux d'infractions relatives aux drogues déclarées par la police est frappante entre les provinces et les territoires. Un taux élevé de criminalité liée aux drogues montre l'ampleur de la criminalisation des personnes qui en utilisent. Les accusations pour possession simple peuvent non seulement mener à l'emprisonnement, mais aussi à des conséquences néfastes sur la santé des personnes qui utilisent des drogues. De plus, le fait d'avoir un casier judiciaire peut rendre difficile la recherche d'emploi et de logement.

Nous observons notamment que le taux d'infractions relatives aux drogues déclarées par la police (à l'exclusion du cannabis) a chuté de 12 % entre 2020 et 2021. Nous pourrions présupposer que cette baisse est le résultat d'une application moins fréquente de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRDS) pour les cas de possession de drogues non réglementées, depuis que le gouvernement fédéral a donné en 2020 la directive (*de facto*) de n'envisager une poursuite pour possession que dans « les cas les plus graves ». Toutefois, pour plusieurs drogues (à l'exception du cannabis), plus de deux tiers des infractions déclarées en 2021 étaient encore liés à des cas de possession, même après l'entrée en vigueur de la directive fédérale. Les cas de possession représentent 72 % de toutes les infractions relatives aux méthamphétamines, 68 % de celles liées à l'héroïne et 68 % de celles liées aux opioïdes (héroïne non comprise). Entre 2020 et 2021, cela représente une diminution des cas d'infractions pour possession de seulement 2 % pour les méthamphétamines et 4 % pour l'héroïne, et par une augmentation de 2 % pour les opioïdes (héroïne non comprise)⁶³.



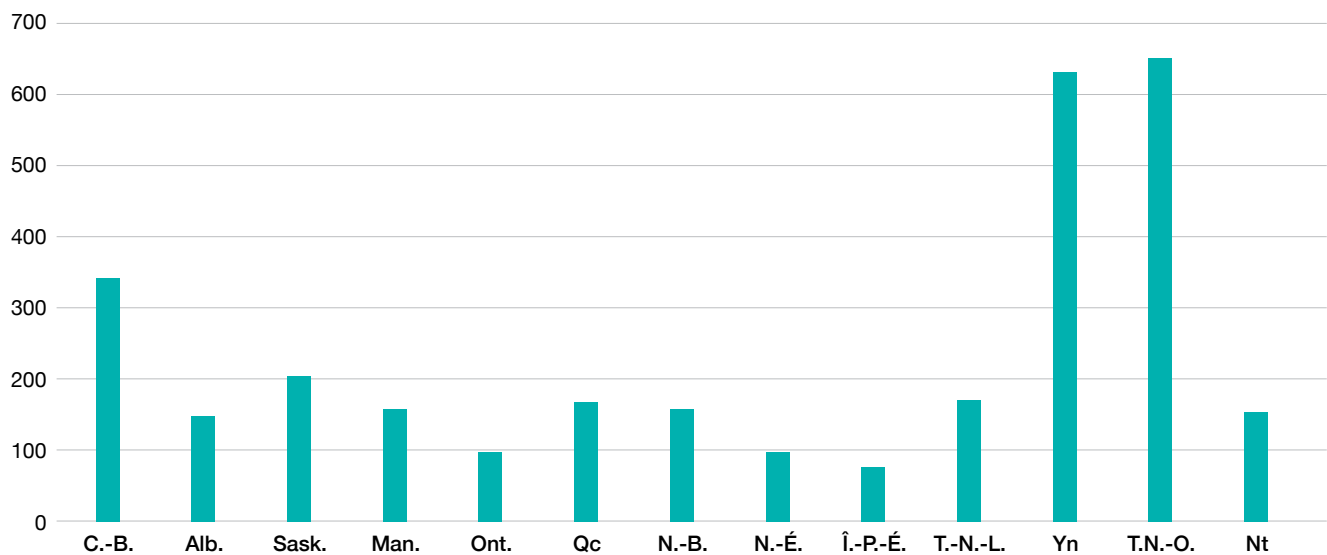
DANS LA MIRE : CANADA

À l'échelle du Canada, les taux pour l'ensemble des infractions relatives aux drogues (y compris la possession, le trafic, la production et l'importation ou l'exportation) varient d'une province à l'autre. Les taux les plus bas par 100 000 hab. sont enregistrés à l'Île-du-Prince-Édouard (76) et en Nouvelle-Écosse (96) ; les taux de décès dus aux drogues non réglementées de ces deux provinces sont aussi relativement faibles. À l'opposé, les taux les plus élevés sont enregistrés aux Territoires du Nord-Ouest (653), et dans les deux provinces ayant été les plus durement touchées par la crise de la toxicité des drogues, soit au Yukon (633) et en Colombie-Britannique (343) (**graphique 18**).

Nous ignorons pour le moment si l'abandon du projet pilote de décriminalisation en Colombie-Britannique, ainsi que l'inquiétude croissante de la population à l'égard de la décriminalisation et d'une possible menace pour la sécurité publique, se traduiront par une augmentation des taux de criminalisation des personnes qui utilisent des drogues.

Graphique 18

Taux d'infractions relatives aux drogues déclarées par la police, par province et territoire (2021)



Source : [Statistique Canada, « Tableau 8 : Crimes déclarés par la police, certaines infractions relatives aux drogues, selon la province ou le territoire, 2021 », 2022.](#)



DANS LA MIRE >

La santé mentale en COLOMBIE-BRITANNIQUE

Population : 5 646 467

En milieu rural : 12,7 %

Comptant 32 % de tous les décès apparemment liés aux drogues survenus au Canada, la Colombie-Britannique connaît le pire de la crise de toxicité des drogues. Les taux élevés d'insécurité et d'inabondabilité du logement, de besoins impérieux en matière de logement et de pauvreté sont autant de facteurs qui contribuent à ces méfaits liés aux drogues. Les engagements fermes du gouvernement de la Colombie-Britannique en faveur de la réduction des méfaits et de l'amélioration du bien-être de la population se reflètent dans sa solide stratégie en matière de santé mentale. Cette stratégie tient d'ailleurs compte des déterminants sociaux de la santé (DSS), en prévoyant des mesures relatives au logement et des changements législatifs pour réduire la pauvreté de 60 %. La Colombie-Britannique affiche les taux les plus élevés de stigmatisation et de discrimination au pays.

En 2022, cette province a modifié sa Loi sur la santé mentale; sa disposition de « consentement présumé » demeure inquiétante, car elle autorise le traitement involontaire d'une personne, peu importe sa capacité à consentir au traitement. Le récent recul de la province relativement à son projet pilote de décriminalisation constitue un pas en arrière dans les progrès durement accomplis pour soutenir la santé des personnes qui utilisent des drogues et réduire la stigmatisation à leur endroit. Malgré un investissement record dans la santé mentale en 2023, le budget de 2024 ne prévoit rien de nouveau. Pourtant, les difficultés rencontrées par la population de la province pour obtenir des services en matière de santé mentale, dépendances et utilisation de substances (SMDUS) demeurent plus importantes que la moyenne canadienne.



DANS LA MIRE : COLOMBIE-BRITANNIQUE

Indicateur	Catégorie d'indicateur	BC	CAN
1.1a Investissements en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS)	Politiques	Ins.	6,3 %
1.1b Dépenses en matière de SMDUS prévues dans les accords bilatéraux	Politiques	20,1 %	31 %
1.2 Stratégie en matière de SMDUS	Politiques	Très exhaustive	En désuétude
1.3 Décriminalisation	Politiques	–	Soutien faible
1.4 Politiques de réduction des méfaits	Politiques	Soutien élevé	Soutien élevé
1.5 Lois sur la santé mentale	Politiques	Préoccupation élevée	–
2.1 Santé mentale perçue – mauvaise ou passable	Santé mentale (SM) de la population	28,1 %	26,1 %
2.2a Prévalence des troubles anxieux et de l'humeur (12 derniers mois)	SM de la population	9,9 %	10,6 %
2.2b Prévalence des troubles d'utilisation de substances (au cours de la vie)	SM de la population	25,2 %	20,7 %
2.3 Taux de décès par suicide	SM de la population	6,9	10,9
2.4 Taux d'hospitalisation en raison de blessures auto-infligées	SM de la population	75,0	64,9
2.5 Taux de décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes	SM de la population	46,6	20,8
2.6 Taux d'hospitalisation entièrement attribuable à l'alcool	SM de la population	385	262
3.1 Pourcentage de la population ayant des besoins insatisfaits ou partiellement satisfaits en santé mentale	Accès aux services	9,4 %	7,8 %
3.2 Pourcentage de jeunes ayant des besoins précoces en matière de SMDUS qui ont obtenu des services communautaires de santé mentale	Accès aux services	68 %	61 %
3.3 Nombre de psychiatres par tranche de 100 000 hab.	Accès aux services	14,8	13,1
3.4 Nombre de prestataires de soins en matière de SMDUS	Accès aux services	1 446,8	1 721,4
3.5 Taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours pour des problèmes de SMDUS	Accès aux services	15,3 %	13,4 %
4.1 Pourcentage de la population ayant déclaré une santé mentale mauvaise à passable et ayant des besoins impérieux en matière de logement	Déterminants sociaux de la santé (DSS)	19,1 %	15,8 %
4.2 Taux de pauvreté	DSS	9,8 %	8,1 %
4.3 Taux d'emploi chez les personnes âgées de 25 à 64 ans ayant une incapacité liée à la santé mentale	DSS	50,3 %	46,1 %
5.1 Pourcentage de personnes ayant une santé mentale mauvaise à passable et ayant vécu de la discrimination et de la victimisation	Stigmatisation et discrimination	10,9 %	9,1 %
5.2 Pourcentage de la population ayant une santé mentale mauvaise à passable et ayant déclaré un sentiment d'appartenance plus fort à la communauté	Stigmatisation et discrimination	56,8 %	54,4 %
5.3 Taux d'infractions relatives aux drogues déclarées	Stigmatisation et discrimination	343	162

Note : Les valeurs dans le tableau ci-dessus qui n'ont pas de pourcentage indiquent un taux par 100 000 habitants.



POLITIQUES

Le montant des dépenses de la Colombie-Britannique en matière de santé mentale, dépendances et utilisation de substances (SMDUS) est inconnu. Les prévisions budgétaires de la province ne séparent pas les dépenses de SMDUS du reste du budget de santé. Les seules dépenses pour le secteur précisées dans le budget sont les coûts de fonctionnement du bureau du ministère de la Santé mentale et des Dépendances (40,5 M\$) et un investissement supplémentaire de 215 millions de dollars sur trois ans (c'est-à-dire de 70 millions de dollars pour 2024-2025) dans des programmes existants. Dans l'*Accord pour travailler ensemble* (accord bilatéral de 2023) récemment conclu entre la Colombie-Britannique et le gouvernement du Canada, il est prévu que la province consacrera 20,1 % de ce financement en santé aux services de SMDUS, ce qui est inférieur à la moyenne canadienne de 31 %.

En 2019, le gouvernement de la Colombie-Britannique a publié sa stratégie de dix ans en matière de SMDUS, *A Pathway to Hope* (Un chemin vers l'espoir) : une feuille de route pour améliorer les soins de santé mentale et le traitement des dépendances pour la population de la province, qui définit les actions prioritaires pour les trois premières années. La stratégie met particulièrement en lumière l'importance de promouvoir la santé mentale, de prévenir les troubles de santé mentale et d'intervenir de manière précoce; de prendre des décisions fondées sur des données probantes en matière de politiques et de programmes; et d'investir dans les déterminants sociaux de la santé. Le gouvernement de la Colombie-Britannique n'avait défini aucun cadre de responsabilisation dans sa stratégie, mais avait néanmoins publié un rapport d'étape en 2023⁶⁴.

Loi sur la santé mentale

La *Loi sur la santé mentale* de la Colombie-Britannique a été modifiée en 2022 en réponse aux préoccupations soulevées par l'organisation *Health Justice*, par la personne chargée de la protection des citoyennes et citoyens (*Ombudsman*) et lors d'une contestation de la constitutionnalité de la loi devant les tribunaux, affirmant qu'elle portait atteinte aux droits des personnes ayant des troubles de santé mentale⁶⁵.

Tableau de bord pour la santé mentale



Un rapport d'enquête a révélé que la loi entraînait un recours excessif aux services involontaires pour les personnes atteintes de troubles de santé mentale et qu'elle ne prévoyait pas suffisamment de garanties procédurales pour les personnes gardées en établissement contre leur gré. Les modifications adoptées dans le projet de loi 23 ont permis la création d'un service indépendant de conseil en matière de droits pour les personnes admises contre leur gré dans un établissement psychiatrique ou soumises à un traitement involontaire. Il s'agit d'un pas dans la bonne direction pour la protection des droits de la personne. L'organisation *Health Justice* a fait remarquer que ce nouveau service devra toutefois être surveillé de près pour veiller à ce qu'il soit véritablement accessible et transparent⁶⁶. Par ailleurs, la loi autorise encore le « consentement présumé » et stipule que toute personne admise comme patiente et ayant un statut involontaire est considérée comme ayant accepté un traitement psychiatrique, ce qui lui retire tout pouvoir de décision quant à son traitement.

Réponse à la crise des drogues toxiques

Devant la montée en flèche du nombre de décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes en Colombie-Britannique, la province a réagi en mettant en place un cadre stratégique pour lutter contre les méfaits. La Colombie-Britannique s'est distinguée en faisant preuve d'innovation dans la création de politiques et de programmes pilotes. Elle a été la première province à déclarer, en 2016, que la crise de la toxicité des drogues constituait une urgence de santé publique. Son gouvernement a mis en place des programmes de vérification des drogues, de prévention des surdoses et d'approvisionnement sécuritaire, et il s'agit de la province qui compte le plus grand nombre de centres offrant des services de consommation supervisée et de prévention des surdoses au pays : 47 au total.



TRAVAIL EN COURS

La loi de la Colombie-Britannique en matière de santé mentale (*Mental Health Act*) a été modifiée en 2022 pour mieux protéger les droits de la personne, mais la disposition de « consentement présumé » demeure un problème.

Toutefois, le soutien du gouvernement vis-à-vis de certaines politiques de réduction des méfaits a fléchi récemment. Il a fait marche arrière sur son projet pilote de décriminalisation de la possession simple de drogues non réglementées, peu de temps après avoir déposé une nouvelle loi restreignant l'utilisation de substances en public, une loi qui a été suspendue par la Cour d'appel de la Colombie-Britannique⁶⁷. Le premier ministre, l'ancienne coroner en chef et la médecin hygiéniste en chef de la province ont exprimé ouvertement leur désaccord concernant le bien-fondé de l'approvisionnement sécuritaire. De plus en plus, le gouvernement se tourne vers l'accès à des lits de traitement pour faire face à la crise des drogues toxiques⁶⁸.



INQUIÉTANT

Présentant le pire taux de décès liés aux opioïdes, la Colombie-Britannique s'est distinguée par sa politique de réduction des méfaits. Toutefois, le soutien du gouvernement vis-à-vis de certaines politiques de réduction des méfaits a fléchi.

De plus, le vérificateur général de la Colombie-Britannique a récemment publié un rapport critiquant le ministère de la Santé et celui de la Santé mentale et des Dépendances de la province pour les lacunes dans leurs politiques de prévention des surdoses et d'approvisionnement sécuritaire, notamment lorsqu'il est question d'éliminer les obstacles à la création de services et de remédier à l'hésitation des prestataires de soins à prescrire des drogues sécuritaires comme solution de rechange aux drogues non réglementées⁶⁹. L'augmentation du taux de décès dus à une intoxication aux opioïdes dans la province est également liée au nombre insuffisant de centres de prévention des surdoses offrant notamment des services d'inhalation plus sécuritaire. En date d'octobre 2023, 19 des 47 centres de la province offraient de tels services⁷⁰.

SANTÉ MENTALE DE LA POPULATION

En Colombie-Britannique, les taux de méfaits liés à la consommation de substances et d'alcool sont parmi les plus élevés au pays : le taux de décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes est de 46,6 décès par 100 000 hab., soit plus du double du taux national (20,8 décès par 100 000 hab.), et le taux d'hospitalisation attribuable à l'alcool est aussi plus élevé que la moyenne nationale. De même, le taux de prévalence de troubles liés à l'utilisation de substances (TUS) au cours d'une vie (25,2 %) y est plus élevé que la moyenne nationale (20,7 %).

Le taux de suicide dans la province est cependant inférieur au taux national (6,9 contre 10,9 par 100 000 hab.). Il s'agit d'une baisse par rapport aux années précédentes; la province avait enregistré un taux de décès attribuables au suicide par 100 000 hab. de 11,6 en 2019, et de 10,6 en 2021⁷¹.



ACCÈS AUX SERVICES

La Colombie-Britannique fait état d'un taux de psychiatres de 14,8 par 100 000 hab., un taux comparativement plus élevé que la moyenne canadienne de 13,1. Toutefois, les données obtenues au moyen d'autres indicateurs dans ce rapport laissent présager d'autres obstacles à l'obtention de soins en matière de SMDUS. Le taux enregistré de besoins de services insatisfaits ou partiellement satisfaits en matière de SMDUS de la Colombie-Britannique est plus élevé que la moyenne canadienne (9,4 % contre 7,8 %), et le taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours est de 15,3 %, comparativement à 13,4 % à l'échelle nationale.

La Colombie-Britannique a cependant joué un rôle de premier plan en investissant dans les services d'intervention précoce et dans la réforme des soins en cas de crise. Le gouvernement finance des programmes d'intervention précoce tels que Retrouver son entrain^{MC} et *Confident Parents: Thriving Kids*. Il a par ailleurs investi 75 millions de dollars en 2023 pour créer 12 nouveaux centres Foundry et ainsi accroître la portée de ces services⁷². Le gouvernement s'est également engagé à soutenir 12 équipes de soins assistées par des personnes paires-aidantes (*Peer Assisted Care Teams*) – des équipes mobiles d'intervention en situation de crise qui sont dirigées par des membres de la société civile et ne font pas appel à la police⁷³. Ces nouvelles approches d'intervention visent à réduire le nombre d'incidents pouvant porter préjudice aux personnes en crise et à aider celles-ci à trouver des services et des ressources qui tiennent compte des traumatismes⁷⁴.



À NOTER

La Colombie-Britannique joue un rôle de premier plan dans les services d'intervention précoce et dans la réforme des soins de crise.



ALERTE ÉLEVÉE

La Colombie-Britannique affiche les taux les plus élevés de stigmatisation et de discrimination au Canada.

DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

La Colombie-Britannique enregistre des taux plus élevés d'inabordabilité des logements, d'itinérance et de pauvreté. La province compte l'une des plus importantes populations de locataires au Canada et figure parmi les endroits les moins abordables où vivre. À Vancouver, le nombre de personnes en situation d'itinérance a augmenté de 32 % entre 2020 et 2023. Pour répondre aux crises du logement et de la pauvreté, le gouvernement de la Colombie-Britannique a adopté de nouvelles mesures en matière d'habitation⁷⁵ et des amendements législatifs visant à réduire de 60 % la pauvreté au cours des dix prochaines années⁷⁶.

STIGMATISATION ET DISCRIMINATION

À l'exception de l'indicateur 5.2, lié au sentiment d'appartenance à la communauté, les autres indicateurs relatifs à la stigmatisation et à la discrimination en Colombie-Britannique présentent de faibles résultats, ce qui suggère que la province peine à soutenir les droits et le bien-être des personnes ayant une santé mentale précaire. D'un côté, la province présente le taux le plus élevé au pays de sentiment d'appartenance à la communauté parmi les personnes ayant déclaré avoir une santé mentale « mauvaise » ou « passable » (56,8 %). Mais d'un autre côté, 10,9 % de la population ayant déclaré avoir une santé mentale mauvaise à passable affirme également avoir subi de la stigmatisation ou de la discrimination, soit le taux le plus élevé parmi les provinces canadiennes. Par ailleurs, en 2021, la Colombie-Britannique a enregistré le troisième taux le plus élevé d'infractions relatives aux drogues déclarées par la police, c'est-à-dire 343 cas par 100 000 hab., comparativement à la moyenne nationale de 162 cas. Ce taux doit être considéré avec précaution, car il pourrait avoir changé pendant le projet pilote de décriminalisation.



DANS LA MIRE >

La santé mentale en ALBERTA

Population : 4 849 906

En milieu rural : 15,2 %⁷⁷

Comme elle l'a dévoilé dans son nouveau cadre stratégique, l'Alberta a décidé de mettre l'accent sur les approches de rétablissement. Le gouvernement de la province a récemment annoncé la création de Recovery Alberta, une nouvelle agence chargée de la prestation de services en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS). Elle aura notamment pour mandat d'améliorer l'accès aux traitements et aux services – un point important, car en Alberta, les taux de suicide, de santé mentale précaire, de troubles de l'utilisation de substances (TUS) et de besoins insatisfaits en service sont plus élevés que la moyenne canadienne. La stigmatisation et la discrimination sont des enjeux préoccupants dans la province; elle présente aussi le niveau le plus bas de sentiment d'appartenance à la communauté parmi les personnes ayant déclaré avoir une santé mentale « mauvaise » ou « passable ».

De plus, le projet de loi sur l'intervention par compassion (Compassionate Intervention Act) actuellement envisagé par le gouvernement autorisera la détention et le traitement involontaires des personnes ayant des TUS, une mesure qui pourrait compromettre la santé et le bien-être des personnes qui utilisent des drogues, selon les groupes préconisant une approche de réduction des méfaits. Aux prises avec un approvisionnement en drogues toxiques depuis près d'une décennie, l'Alberta affiche le deuxième taux le plus élevé de décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes, ainsi qu'un taux d'hospitalisation attribuable à l'alcool particulièrement élevé, signe que l'accès aux services de réduction des méfaits doit être amélioré. Par ailleurs, la province fait face à une crise de l'abordabilité du logement qui demande l'examen de certaines politiques.



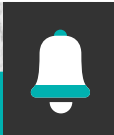
Indicateur	Catégorie d'indicateur	AB	CAN
1.1a Investissements en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS)	Politiques	5,5 %	6,3 %
1.1b Dépenses en matière de SMDUS prévues dans les accords bilatéraux	Politiques	40 %	31 %
1.2 Stratégie en matière de SMDUS	Politiques	Désuète	En désuétude
1.3 Décriminalisation	Politiques	–	Soutien faible
1.4 Politiques de réduction des méfaits	Politiques	Soutien modéré	Soutien élevé
1.5 Lois sur la santé mentale	Politiques	Préoccupation élevée	–
2.1 Santé mentale perçue – mauvaise ou passable	Santé mentale (SM) de la population	29,3 %	26,1 %
2.2a Prévalence des troubles anxieux et de l'humeur (12 derniers mois)	SM de la population	11,9 %	10,6 %
2.2b Prévalence des troubles d'utilisation de substances (au cours de la vie)	SM de la population	24,4 %	20,7 %
2.3 Taux de décès par suicide	SM de la population	14,3	10,9
2.4 Taux d'hospitalisation en raison de blessures auto-infligées	SM de la population	52,2	64,9
2.5 Taux de décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes	SM de la population	39,4	20,8
2.6 Taux d'hospitalisation entièrement attribuable à l'alcool	SM de la population	333	262
3.1 Pourcentage de la population ayant des besoins insatisfaits ou partiellement satisfaits en santé mentale	Accès aux services	9,0 %	7,8 %
3.2 Pourcentage de jeunes ayant des besoins précoces en matière de SMDUS qui ont obtenu des services communautaires de santé mentale	Accès aux services	62 %	61 %
3.3 Nombre de psychiatres par tranche de 100 000 hab.	Accès aux services	10,6	13,1
3.4 Nombre de prestataires de soins en matière de SMDUS	Accès aux services	1 907,2	1 721,4
3.5 Taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours pour des problèmes de SMDUS	Accès aux services	11,3 %	13,4 %
4.1 Pourcentage de la population ayant déclaré une santé mentale mauvaise à passable et ayant des besoins impérieux en matière de logement	Déterminants sociaux de la santé (DSS)	17,4 %	15,8 %
4.2 Taux de pauvreté	DSS	8,1 %	8,1 %
4.3 Taux d'emploi chez les personnes âgées de 25 à 64 ans ayant une incapacité liée à la santé mentale	DSS	53,9 %	46,1 %
5.1 Pourcentage de personnes ayant une santé mentale mauvaise à passable et ayant vécu de la discrimination et de la victimisation	Stigmatisation et discrimination	9,9 %	9,1 %
5.2 Pourcentage de la population ayant une santé mentale mauvaise à passable et ayant déclaré un sentiment d'appartenance plus fort à la communauté	Stigmatisation et discrimination	49,7 %	54,4 %
5.3 Taux d'infractions relatives aux drogues déclarées	Stigmatisation et discrimination	146	162

Note : Les valeurs dans le tableau ci-dessus qui n'ont pas de pourcentage indiquent un taux par 100 000 habitants.



POLITIQUES

Bien que l'Alberta n'ait pas de stratégie officielle en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS), elle s'est exprimée publiquement sur son approche visant à améliorer les soins dans ce secteur. Par ailleurs, le rétablissement constitue la base de son cadre stratégique, connu comme le « modèle albertain » en matière de soins, et présenté dans une série de documents d'orientation mettant l'accent sur l'accès aux traitements et aux services⁷⁸. Chaque année, le ministère de la Santé mentale et des Dépendances l'Alberta publie un plan d'activités accompagné de prévisions budgétaires. Ce plan détaille les principaux investissements du gouvernement dans les programmes et services ainsi que les mesures de performance pour l'année en question. Toutefois, une stratégie officielle donnerait à la communauté un aperçu du plan à long terme du gouvernement⁷⁹. En 2019, l'Alberta a publié le Plan d'action provincial pour la prévention du suicide chez les jeunes (2019-2024), qui comprend un programme de subventions pour financer une telle prévention. Le montant de ces subventions a été augmenté d'un million de dollars en 2024, totalisant un investissement de quatre millions de dollars au cours des deux prochaines années.

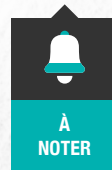


À NOTER

L'Alberta s'efforce d'améliorer l'accès aux services de santé mentale, de dépendance et d'utilisation de substances (SMDUS), y compris l'accès au traitement de la dépendance.

À la suite de la publication de son budget de 2024-2025, le gouvernement de l'Alberta a annoncé la création de Recovery Alberta, une nouvelle agence de services en santé mentale et dépendances ayant déjà fait partie d'Alberta Health Services (Services de

Tableau de bord pour la santé mentale



santé de l'Alberta). Le financement alloué à Recovery Alberta ainsi qu'au nouveau Canadian Centre of Recovery Excellence s'élève à 1,55 milliard de dollars, soit 5,5 % du budget de santé global de la province. Dans le cadre de l'accord bilatéral sur la santé conclu entre l'Alberta et le gouvernement fédéral en 2023, la province a renouvelé son engagement à dépenser les fonds restants de l'accord sur les priorités partagées en matière de santé de 2017 et a accepté d'investir 40 % du financement reçu dans le secteur de la santé mentale, des dépendances et de l'utilisation de substances, un chiffre supérieur à la moyenne canadienne (31 %).

Certains articles de la *Loi sur la santé mentale* ont été jugés inconstitutionnels par la cour supérieure de l'Alberta et pointés du doigt en 2019 par la protectrice des citoyens et citoyennes de l'Alberta (ombudsman) en raison du nombre élevé de plaintes⁸⁰. La *Loi* a depuis été modernisée (en 2020) et le gouvernement s'est engagé à faire le suivi des progrès. Cependant, de nouvelles plaintes auprès de l'actuel protecteur des citoyens et citoyennes soulèvent des inquiétudes quant à la mise en œuvre effective des recommandations et montrent que du travail reste à faire⁸¹. Depuis 2023, le gouvernement albertain se penche sur l'élaboration d'une loi autorisant le traitement involontaire des personnes ayant des dépendances, une approche critiquée par les organismes de défense des droits de la personne et de réduction des méfaits⁸².



TRAVAIL EN COURS

La loi sur la santé mentale a été modernisée à la suite de plaintes concernant sa constitutionnalité, mais de nouvelles plaintes suggèrent qu'il reste encore du travail à effectuer.



Réponse à la crise des drogues toxiques

En 2024, en réponse à la crise des drogues toxiques, le gouvernement de l'Alberta a introduit le « modèle de rétablissement de l'Alberta », un cadre stratégique inspiré du système de soins axés sur le rétablissement de l'American Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Ce modèle met l'accent sur les traitements par agonistes opioïdes offerts dans les cliniques de prise en charge rapide, les cliniques virtuelles et les centres de soins et prévoit d'importants investissements dans ces traitements. En préparation de l'annonce de cette politique, le gouvernement de l'Alberta avait gelé en 2020 le financement des centres de consommation supervisée, en plus de procéder à un examen des données probantes qui a occasionné de nouvelles exigences pour ces centres en matière de conformité aux normes de soins provinciales. L'Alberta compte actuellement quatre centres de consommation supervisée et deux centres de prévention des surdoses⁸³. Le gouvernement albertain a également publié un examen des services d'approvisionnement sécuritaire et présenté de nouvelles normes (*The Community Protection and Opioid Stewardship Standards*) qui prescrivent de diriger les personnes qui bénéficient de services d'approvisionnement sécuritaire vers des programmes de traitement par agonistes opioïdes⁸⁴. Face à ces changements de politiques en Alberta, des personnes engagées dans la protection des gens qui utilisent des drogues demandent une amélioration de la portée des services de consommation supervisée, une augmentation du matériel de consommation stérile distribué ainsi qu'un approvisionnement sécuritaire⁸⁵.

SANTÉ MENTALE DE LA POPULATION

Atteignant 14,3 décès par 100 000 hab., le taux de suicide en Alberta est plus élevé que la moyenne nationale de 10,9 par 100 000 hab. La moitié de tous les décès par suicide en Alberta ont lieu à Edmonton et à Calgary. Le taux de suicide est particulièrement préoccupant dans les communautés des Premières Nations du nord de l'Alberta. Les communautés ayant un accès limité à des soins de santé mentale et à des mesures de soutien présentent

un taux de suicide plus élevé, en particulier dans les zones rurales de la province et dans les communautés des Premières Nations. Récemment, un conseil tribal représentant cinq Premières Nations de la région a déclaré un état d'urgence local en raison de l'augmentation du nombre de décès par suicide⁸⁶. D'autre part, le personnel de nombreuses industries de l'Alberta, dont le personnel masculin en particulier, présente un risque élevé de suicide en raison des difficultés associées au fait de travailler dans l'isolement, dans des rôles physiquement exigeants, et sous pression en raison de l'imprévisibilité de l'agriculture, de l'élevage et de la production d'énergie fossile.

L'Alberta affiche le deuxième taux le plus élevé de décès liés à une intoxication aux opioïdes au pays, après la Colombie-Britannique. Ce taux de décès par 100 000 hab. atteint 39,4, ce qui est nettement supérieur à la moyenne nationale de 20,8, et représente une augmentation par rapport au taux de 2022 de la province, soit 32,9. Par ailleurs, le nombre de ces décès y est disproportionnellement élevé au sein des communautés des Premières Nations, comparativement aux communautés n'appartenant pas aux Premières Nations. En 2020, les décès liés aux opioïdes chez les Premières Nations comptaient pour 20 % de l'ensemble des décès liés aux opioïdes de la province, bien que ces communautés ne représentaient que 6 % de la population totale⁸⁷.



ALERTE ÉLEVÉE

État d'urgence lié aux suicides et aux décès attribuables à des intoxications aux opioïdes dans les communautés des Premières Nations



ACCÈS AUX SERVICES

Les Albertaines et les Albertains rencontrent des obstacles dans l'accès aux services et aux mesures de soutien en matière de SMDUS. Le pourcentage de personnes ayant des besoins insatisfaits en matière de SMDUS en Alberta est supérieur à la moyenne nationale : 9 % contre 7,8 % à l'échelle nationale. De même, un pourcentage plus élevé de personnes vont aux urgences pour obtenir des soins de santé mentale dans la province : 10,8 % comparativement à 9,5 % à l'échelle nationale. La province compte également moins de psychiatres, soit 10,6 par 100 000 hab. comparativement à 13,1 à l'échelle nationale.

L'accès aux services est particulièrement limité dans les régions rurales de la province où la population doit faire ce qu'elle peut pour trouver des services de santé mentale. Selon un récent rapport de l'Alberta Centre for Sustainable Rural Communities, la population rurale de la province exerce une pression de plus en plus forte sur les services de soutien familial et communautaire (SSFC)⁸⁸. Alors qu'ils sont principalement composés de services sociaux préventifs, les SSFC font face à une demande croissante de soutien en lien avec la santé mentale, le revenu, la nourriture et le logement.



INQUIÉTANT

De nombreuses personnes s'adressent aux services des urgences pour obtenir des soins de santé mentale.

DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

L'Alberta se trouve en pleine crise de l'abordabilité du logement. La croissance démographique, jumelée à une offre limitée de logements⁸⁹, a contribué à une hausse de 20 % des loyers au cours de la dernière année, soit la plus forte augmentation parmi l'ensemble des provinces et territoires du Canada⁹⁰. Les données montrent que la proportion d'Albertaines et d'Albertains ayant une santé mentale mauvaise à passable qui ont également des besoins impérieux en matière de logement (17,4 %) est supérieure à la moyenne nationale (15,8 %). Les personnes à faible revenu dans la province sont particulièrement vulnérables à l'insécurité du logement. En 2022, le salaire requis pour pouvoir se payer un appartement d'une chambre à coucher en Alberta était de 21,42 \$/heure, un montant beaucoup plus élevé que le salaire minimum actuel de 15 \$/heure⁹¹. Cette donnée indique que la population albertaine à faible revenu fait face à d'importantes difficultés pour trouver un logement convenable et abordable. Il n'y a actuellement pas de contrôle des loyers en Alberta⁹².

STIGMATISATION ET DISCRIMINATION

Les Albertaines et les Albertains ayant déclaré avoir une santé mentale mauvaise à passable rapportent avoir fait l'objet de discrimination et de victimisation dans une proportion légèrement supérieure à la moyenne canadienne (9,9 % contre 9,1 %) et présentent un niveau moins élevé de sentiment d'appartenance à la communauté (49,7 % contre 54,4 % à l'échelle nationale). Toutefois, le taux d'infractions relatives aux drogues dans la province est de 146 cas par 100 000 hab., en deçà du taux national de 162 par 100 000 hab.



DANS LA MIRE >

La santé mentale en **SASKATCHEWAN**

Population : 1 231 043

En milieu rural : 31,7 %

Grâce à un nouveau plan d'action pour la santé mentale et un budget en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS) plus élevé que la moyenne canadienne, la Saskatchewan est bien placée pour améliorer l'accès aux services en matière de SMDUS. Ces améliorations sont impératives, puisque les psychiatres sont difficiles à attirer et à retenir et que les jeunes éprouvent plus de difficultés dans cette province qu'ailleurs au pays. La Saskatchewan affiche des taux parmi les plus élevés au pays de troubles de l'humeur, de troubles anxieux et de troubles liés à l'utilisation de substances (TUS).

De plus, les taux de suicide et de blessures auto-infligées sont plus élevés dans cette province, en particulier chez les Premières Nations, au sein desquelles la situation est alarmante. Le gouvernement de la Saskatchewan a adopté un plan d'action ainsi qu'une loi pour la prévention du suicide et travaille à leur mise en œuvre en collaboration avec des membres des Premières Nations. Malgré un taux élevé de décès attribuables aux opioïdes, la province a décidé d'adopter une approche axée sur le traitement des dépendances pour répondre à la crise et s'est prononcée en défaveur de l'approvisionnement sécuritaire. Elle devra améliorer son cadre stratégique en matière d'utilisation de substances et de réduction des méfaits si elle veut faire face à la crise.



DANS LA MIRE : SASKATCHEWAN

Indicateur	Catégorie d'indicateur	SK	CAN
1.1a Investissements en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS)	Politiques	7,5 %	6,3 %
1.1b Dépenses en matière de SMDUS prévues dans les accords bilatéraux	Politiques	35 %	31 %
1.2 Stratégie en matière de SMDUS	Politiques	Exhaustivité moyenne	En désuétude
1.3 Décriminalisation	Politiques	–	Soutien faible
1.4 Politiques de réduction des méfaits	Politiques	Soutien modéré	Soutien élevé
1.5 Lois sur la santé mentale	Politiques	Ins.	–
2.1 Santé mentale perçue – mauvaise ou passable	Santé mentale (SM) de la population	25,3 %	26,1 %
2.2a Prévalence des troubles anxieux et de l'humeur (12 derniers mois)	SM de la population	15,5 %	10,6 %
2.2b Prévalence des troubles d'utilisation de substances (au cours de la vie)	SM de la population	27,5 %	20,7 %
2.3 Taux de décès par suicide	SM de la population	17,6	10,9
2.4 Taux d'hospitalisation en raison de blessures auto-infligées	SM de la population	87,7	64,9
2.5 Taux de décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes	SM de la population	24	20,8
2.6 Taux d'hospitalisation entièrement attribuable à l'alcool	SM de la population	375	262
3.1 Pourcentage de la population ayant des besoins insatisfaits ou partiellement satisfaits en santé mentale	Accès aux services	6,6 %	7,8 %
3.2 Pourcentage de jeunes ayant des besoins précoces en matière de SMDUS qui ont obtenu des services communautaires de santé mentale	Accès aux services	48 %	61 %
3.3 Nombre de psychiatres par tranche de 100 000 hab.	Accès aux services	7,4	13,1
3.4 Nombre de prestataires de soins en matière de SMDUS	Accès aux services	1 907,2	1 721,4
3.5 Taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours pour des problèmes de SMDUS	Accès aux services	11,5 %	13,4 %
4.1 Pourcentage de la population ayant déclaré une santé mentale mauvaise à passable et ayant des besoins impérieux en matière de logement	Déterminants sociaux de la santé (DSS)	16,3 %	15,8 %
4.2 Taux de pauvreté	DSS	8,4 %	8,1 %
4.3 Taux d'emploi chez les personnes âgées de 25 à 64 ans ayant une incapacité liée à la santé mentale	DSS	58,8 %	46,1 %
5.1 Pourcentage de personnes ayant une santé mentale mauvaise à passable et ayant vécu de la discrimination et de la victimisation	Stigmatisation et discrimination	9,9 %	9,1 %
5.2 Pourcentage de la population ayant une santé mentale mauvaise à passable et ayant déclaré un sentiment d'appartenance plus fort à la communauté	Stigmatisation et discrimination	51,8 %	54,4 %
5.3 Taux d'infractions relatives aux drogues déclarées	Stigmatisation et discrimination	206	162

Note : Les valeurs dans le tableau ci-dessus qui n'ont pas de pourcentage indiquent un taux par 100 000 habitants.



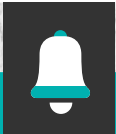
POLITIQUES

Financement

Le budget de 2024-2025 prévoit 574 millions de dollars pour la santé mentale et les dépendances, ce qui représente 7,5 % des dépenses de santé globales. Ce pourcentage est supérieur à ce que la plupart des provinces et des territoires dépensent en moyenne. Dans le cadre de l'accord bilatéral sur la santé conclu avec le gouvernement fédéral en 2023, la Saskatchewan a renouvelé son engagement à dépenser les fonds restants de l'accord bilatéral sur les priorités partagées en matière de santé de 2017 et a accepté de consacrer 35 % du financement total reçu aux dépenses en matière de SMDUS, un chiffre légèrement supérieur à la moyenne canadienne (31 %).

Stratégie

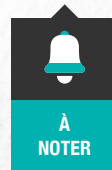
L'an dernier, la Saskatchewan a publié un nouveau plan d'action en matière de santé mentale et de dépendances intitulé *Action Plan for Mental Health and Addictions* et couvrant la période allant de 2023 à 2028. Le plan mise sur l'ajout de 500 nouvelles places pour le traitement des dépendances, un accès rapide aux services de SMDUS et un système d'admission centralisé pour les services de santé mentale. Bien que le plan contienne peu de détails sur les fonds alloués et les échéanciers, le gouvernement s'est engagé à dépenser 49,4 millions de dollars d'ici la cinquième année du plan pour la mise en œuvre des mesures prévues. Le plan est présenté comme un investissement dans un système de soins dit « axé sur le rétablissement » et ne prévoit aucun nouvel investissement dans la réduction des méfaits⁹³.



À NOTER

Le nouveau plan d'action en matière de santé mentale et de dépendance (*Action Plan for Mental Health and Addictions*) prévoit près de 50 millions de dollars.

Tableau de bord pour la santé mentale



Réponse à la crise des drogues toxiques

Malgré les méfaits causés par l'approvisionnement en drogues toxiques, le gouvernement de la Saskatchewan continue d'accorder la priorité à des modèles de soins axés sur le traitement des TUS⁹⁴. Bien qu'il finance la distribution de naloxone et la vérification des drogues, y compris les bandelettes réactives au fentanyl dans 30 sites situés de part et d'autre de la province, et les spectromètres infrarouges à transformée de Fourier (FTIR) dans deux sites de consommation supervisée et de prévention des surdoses⁹⁵, il ne finance pas le fonctionnement de ces sites, qui sont soutenus par les municipalités et par des dons. Enfin, le gouvernement a exprimé son intention de ne pas soutenir les initiatives d'approvisionnement sécuritaire, en plus d'annoncer en janvier 2024 qu'il ne financera plus d'organismes tiers pour la fourniture de matériel stérile à leur clientèle utilisatrice de drogues⁹⁶.



INQUIÉTANT

Le gouvernement ne finance pas les sites de prévention des surdoses et ne soutiendra pas les initiatives d'approvisionnement sécuritaire.



SANTÉ MENTALE DE LA POPULATION

La Saskatchewan affiche les taux les plus élevés de troubles de l'humeur (15,6 %) et de trouble anxieux (15,4 %) au Canada, et le deuxième taux le plus élevé de TUS (27,5 %) après le Nouveau-Brunswick.

Un rapport sur les décès par suicide entre 2006 et 2020 a révélé qu'au sein des Premières Nations, le taux de suicide est cinq fois plus élevé que celui du reste de la population, et le taux de blessures auto-infligées chez les filles est sept fois plus élevé que celui des filles du reste de la population⁹⁷. Des organisations ne cessent d'exhorter le gouvernement à agir. En 2018, la Fédération des nations autochtones souveraines a élaboré sa propre stratégie de prévention du suicide destinée aux peuples autochtones, face à l'inaction des pouvoirs publics⁹⁸. En 2020, le gouvernement de la Saskatchewan a aussi publié une stratégie de prévention du suicide et en 2021, il a adopté une loi sur la prévention du suicide (*Strategy for Suicide Prevention Act*). De plus, il collabore avec des partenaires autochtones et publie des rapports annuels pour mesurer les progrès réalisés en matière de prévention du suicide.

La Saskatchewan connaît également un nombre élevé de décès attribuables aux drogues toxiques. Heureusement, le taux de décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes est en baisse par rapport au nombre record enregistré pendant la pandémie⁹⁹; cependant, le taux déclaré par la province l'année dernière demeure plus élevé que la moyenne canadienne, soit 24 décès par 100 000 hab. contre 20,8. Les données disponibles jusqu'à présent pour 2023 montrent que les décès liés aux opioïdes sont de nouveau en hausse.

ACCÈS AUX SERVICES

Les données relatives à l'accès aux services suggèrent que la Saskatchewan se situe au deçà de la moyenne canadienne à l'égard de certains services. En effet, la province affiche l'un des plus bas taux au Canada de réadmission à l'hôpital pour des problèmes en matière de SMDUS, soit 11,5 réadmissions par 100 000 cas.

Elle fait toutefois moins bonne figure en ce qui concerne la santé mentale des jeunes et l'accès aux psychiatres. De plus, la province enregistre les taux de suicide et d'hospitalisation en raison de blessures auto-infligées parmi les plus élevés et inquiétants au pays.

Seulement 48 % des jeunes ayant des besoins précoces en matière de SMDUS ont obtenu des services dans la province, comparativement à 61 % des jeunes à l'échelle du Canada. La protectrice des enfants et des jeunes de la Saskatchewan a tiré la sonnette d'alarme, qualifiant de crise le manque d'accès aux services de santé mentale pour les jeunes. La province a également de la difficulté à attirer et à retenir des psychiatres; elle n'en compte que 7,4 par 100 000 hab. Le gouvernement tente de remédier à cet accès restreint, en particulier pour les jeunes, en accordant un financement limité au Collège des médecins pour les formations surspécialisées en psychiatrie de l'enfant¹⁰⁰.



ALERTE ÉLEVÉE

Un nombre important de jeunes personnes ne reçoivent pas l'aide dont elles ont besoin en matière de santé mentale, de dépendance et d'utilisation de substances (SMDUS). Les filles des Premières Nations sont très exposées au risque de blessures auto-infligées.



TRAVAIL EN COURS

La Saskatchewan, qui compte peu de psychiatres, finance une formation de sous-spécialité en pédopsychiatrie.



DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Le taux d'emploi des personnes ayant une incapacité liée à la santé mentale en Saskatchewan est supérieur à la moyenne nationale (58,8 % contre 46,1 %). Le pourcentage de personnes ayant déclaré avoir une santé mentale mauvaise à passable ayant également des besoins impérieux en matière de logement (16,3 %) est légèrement plus élevé que la moyenne nationale (15,8 %). Le taux de pauvreté de la Saskatchewan est de 8,4 %, légèrement au-dessus de la moyenne nationale de 8,1 %.

STIGMATISATION ET DISCRIMINATION

Comparativement à la moyenne nationale, les personnes ayant déclaré avoir une santé mentale mauvaise à passable en Saskatchewan sont moins nombreuses à ressentir un sentiment d'appartenance à la communauté; elles présentent également un taux de discrimination et de victimisation légèrement plus élevé (9,9 % contre 9,1 %). Dans la province, le taux d'infractions relatives aux drogues est de 206 par 100 000 hab., ce qui est supérieur au taux national de 162 par 100 000.



DANS LA MIRE >

La santé mentale au MANITOBA

Population : 1 484 135

En milieu rural : 25,3 %

Au Manitoba, les besoins en santé mentale sont élevés. Les jeunes, en particulier dans les régions rurales et éloignées, ne reçoivent pas les soins en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS) dont ils et elles ont besoin. Le suicide est la principale cause de décès chez les jeunes de 10 à 17 ans, et le taux de suicide est 4,6 fois plus élevé chez les personnes autochtones que dans le reste de la province. Le gouvernement du Manitoba a récemment promis qu'il allait augmenter les services communautaires en matière de SMDUS et réduire le temps d'attente pour les jeunes d'ici 2026.

Bien que la province dispose d'une stratégie à jour en matière de SMDUS, celle-ci présente des lacunes au niveau des échanciers, de l'évaluation et de la responsabilisation. Le taux de pauvreté chez les enfants, le plus élevé parmi les provinces, et le nombre élevé de personnes autochtones et racisées qui vivent dans la pauvreté à Winnipeg sont particulièrement préoccupants. Le nouveau gouvernement a annoncé qu'il allait financer un centre de consommation supervisé, ce qui marque un changement positif dans l'approche auparavant insuffisante du Manitoba en matière de réduction des méfaits.



Indicateur	Catégorie d'indicateur	MB	CAN
1.1a Investissements en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS)	Politiques	5,6 %	6,3 %
1.1b Dépenses en matière de SMDUS prévues dans les accords bilatéraux	Politiques	15 %	31 %
1.2 Stratégie en matière de SMDUS	Politiques	Exhaustivité moyenne	En désuétude
1.3 Décriminalisation	Politiques	–	Soutien faible
1.4 Politiques de réduction des méfaits	Politiques	Soutien modéré	Soutien élevé
1.5 Lois sur la santé mentale	Politiques	Préoccupation faible	–
2.1 Santé mentale perçue – mauvaise ou passable	Santé mentale (SM) de la population	27,3 %	26,1 %
2.2a Prévalence des troubles anxieux et de l'humeur (12 derniers mois)	SM de la population	10,5 %	10,6 %
2.2b Prévalence des troubles d'utilisation de substances (au cours de la vie)	SM de la population	24,5 %	20,7 %
2.3 Taux de décès par suicide	SM de la population	13,9	10,9
2.4 Taux d'hospitalisation en raison de blessures auto-infligées	SM de la population	38,7	64,9
2.5 Taux de décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes	SM de la population	3,7	20,8
2.6 Taux d'hospitalisation entièrement attribuable à l'alcool	SM de la population	259	262
3.1 Pourcentage de la population ayant des besoins insatisfaits ou partiellement satisfaits en santé mentale	Accès aux services	8,4 %	7,8 %
3.2 Pourcentage de jeunes ayant des besoins précoces en matière de SMDUS qui ont obtenu des services communautaires de santé mentale	Accès aux services	52 %	61 %
3.3 Nombre de psychiatres par tranche de 100 000 hab.	Accès aux services	13,3	13,1
3.4 Nombre de prestataires de soins en matière de SMDUS	Accès aux services	1 862,2	1 721,4
3.5 Taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours pour des problèmes de SMDUS	Accès aux services	10,7 %	13,4 %
4.1 Pourcentage de la population ayant déclaré une santé mentale mauvaise à passable et ayant des besoins impérieux en matière de logement	Déterminants sociaux de la santé (DSS)	14,7 %	15,8 %
4.2 Taux de pauvreté	DSS	8,6 %	8,1 %
4.3 Taux d'emploi chez les personnes âgées de 25 à 64 ans ayant une incapacité liée à la santé mentale	DSS	51,6 %	46,1 %
5.1 Pourcentage de personnes ayant une santé mentale mauvaise à passable et ayant vécu de la discrimination et de la victimisation	Stigmatisation et discrimination	9,9 %	9,1 %
5.2 Pourcentage de la population ayant une santé mentale mauvaise à passable et ayant déclaré un sentiment d'appartenance plus fort à la communauté	Stigmatisation et discrimination	54,5 %	54,4 %
5.3 Taux d'infractions relatives aux drogues déclarées	Stigmatisation et discrimination	158	162

Note : Les valeurs dans le tableau ci-dessus qui n'ont pas de pourcentage indiquent un taux par 100 000 habitants.



POLITIQUE

Financement

Le montant des dépenses du Manitoba en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS) est inconnu pour 2024-2025. En 2023-2024, la province a dépensé environ 439 millions de dollars pour la santé mentale, ce qui représente 5,6 % du budget de santé global. Le Manitoba consacre une part beaucoup moins importante du financement prévu dans l'accord bilatéral pour la santé au secteur de la santé mentale, des dépendances et de l'utilisation de substances. Les fonds de l'Accord pour travailler ensemble (accord sur la santé de 2023) et les fonds restants de l'accord sur les priorités partagées en matière de santé (2017) représentent ensemble 15 % du financement bilatéral total pour les soins de santé prévu pour la période 2023-2026, un pourcentage nettement inférieur à la moyenne canadienne de 31 %.



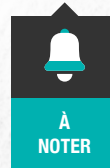
INQUIÉTANT

Les dépenses consacrées aux soins de santé liés à la santé mentale, à la dépendance et à l'utilisation de substances (SMDUS) sont nettement inférieures à la moyenne.

Stratégie

Le Manitoba dispose d'une stratégie opérationnelle en matière de SMDUS et prévoit de mettre en œuvre une nouvelle stratégie de prévention du suicide¹⁰¹. La stratégie en matière de SMDUS, *A Pathway to Mental Health and Community Wellness* (2022), est un cadre quinquennal visant l'amélioration des services dans la province. Cependant, bien qu'elle cerne les domaines à améliorer, cette stratégie ne présente pas d'échéanciers clairs, de plan de financement, de mesures de la performance, ni de cadre de responsabilisation.

Tableau de bord pour la santé mentale



Réponse à la crise des drogues toxiques

Le soutien politique en faveur de la réduction des méfaits a toujours été faible dans la province, malgré la crise croissante des drogues toxiques. Mis à part la distribution de naloxone¹⁰², le gouvernement n'avait avant jamais appuyé ni financé d'autres mesures de réduction des méfaits. En 2023, il a déposé une loi qui imposerait de nouvelles barrières, notamment l'obligation pour les organismes qui souhaitent ouvrir un centre de consommation supervisé et pour certains services de traitement des dépendances déjà existants d'obtenir une licence provinciale¹⁰³. Toutefois, le nouveau gouvernement néo-démocrate s'est engagé à investir 2,5 millions de dollars pour l'ouverture d'un centre de consommation supervisé en 2025. Cette annonce laisse présager des changements dans la politique de réduction des méfaits du Manitoba¹⁰⁴.

SANTÉ MENTALE DE LA POPULATION

Il est inquiétant de noter que le taux de suicide au Manitoba est plus élevé que la moyenne canadienne (13,9 décès par 100 000 hab. contre 10,9). Les communautés autochtones du Manitoba sont disproportionnellement touchées : le taux de suicide chez les personnes autochtones dans la province est 4,6 fois plus élevé que celui de la population non autochtone. Devant le nombre élevé de décès par suicide, plusieurs de ces communautés ont dû déclarer l'état d'urgence¹⁰⁵. Dans le cadre de l'Accord pour travailler ensemble, il a été annoncé qu'une stratégie complète de prévention du suicide à l'échelle de la province est en cours d'élaboration et que celle-ci accordera une attention particulière aux communautés autochtones et aux jeunes 2ELGBTQ+¹⁰⁶.



À NOTER

Une stratégie de prévention du suicide est en cours d'élaboration.

En 2022, le Manitoba a enregistré un taux de décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes plus faible que la moyenne canadienne (3,7 décès par 100 000 hab. comparativement à 20,8). Le nombre de décès a augmenté rapidement et considérablement au cours de la pandémie, passant de 4,5 décès par 100 000 hab. en 2019 à 19,4 en 2021¹⁰⁷. Le taux actuel de 3,7 est le plus bas jamais enregistré dans la province. Cependant, le taux de prévalence des troubles de l'utilisation de substances (TUS) au cours d'une vie y est plus élevé, soit 24,5 % par rapport à la moyenne canadienne de 20,7 %.

ACCÈS AUX SERVICES

Il est difficile de dresser un portrait de l'accès aux services en matière de SMDUS au Manitoba à partir des indicateurs présentés dans ce rapport. D'un côté, les jeunes du Manitoba ayant besoin de services de SMDUS affichent un taux beaucoup plus faible d'accès aux services (52 %), comparativement à la moyenne nationale (61 %), et le pourcentage de personnes ayant des besoins en matière de soins de SMDUS qui disent que leurs besoins sont insatisfaits ou partiellement satisfaits (8,4 %) est plus élevé que la moyenne. D'un autre côté, le nombre de prestataires de soins en matière de SMDUS et le nombre de psychiatres par 100 000 hab. dans la province sont légèrement supérieurs à la moyenne.

Les organisations au Manitoba signalent de fortes inégalités limitant l'accès à des soins appropriés pour les jeunes, notamment dans les régions éloignées et rurales de la province. Les jeunes autochtones, en particulier, font face à la stigmatisation, au racisme systémique et à la discrimination au moment d'obtenir des services¹⁰⁸. L'accès aux soins est particulièrement crucial dans la province, d'autant plus que le suicide est la principale cause de décès chez les jeunes de 10 à 17 ans et que le taux de suicide en 2022-2023 a été le plus élevé jamais enregistré dans la province¹⁰⁹. Vu l'ampleur des besoins insatisfaits de services chez les jeunes au Manitoba, l'annonce récente d'élargir l'offre de services communautaires en SMDUS et de réduire les temps d'attente d'ici 2026 est un pas significatif dans la bonne direction¹¹⁰.

La forte population rurale du Manitoba éprouve des difficultés à obtenir des services. Le gouvernement du Manitoba a récemment annoncé un financement de 450 000 dollars au cours des trois prochaines années pour soutenir la santé mentale des agriculteurs et agricultrices par l'entremise du *Manitoba Farmer Wellness Program*¹¹¹.



TRAVAIL EN COURS

Le suicide étant la principale cause de décès chez les jeunes, de nouveaux services et des délais d'attente plus courts sont promis d'ici à 2026.



DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Même si le taux de pauvreté était à la baisse au Canada selon les données du recensement de 2020, le fait qu'il se situe toujours à 8,1 % et que les projections indiquent une nouvelle hausse est très préoccupant¹¹². À 8,3 %, le taux du Manitoba dépasse la moyenne nationale et les iniquités sont encore plus marquées lorsque les données sont désagrégées selon l'origine raciale. Les données du recensement de 2020 révèlent que les personnes autochtones et racisées sont disproportionnellement touchées par la pauvreté. À Winnipeg, qui compte la plus grande population autochtone de tous les centres urbains du Canada, 23,2 % des membres des Premières Nations, 10,5 % des Métis et 14,4 % des Inuits vivent dans la pauvreté. Pour la même année, le taux de pauvreté chez les personnes noires et latino-américaines vivant à Winnipeg était de 15,8 % et 16,3 % respectivement¹¹³. Maintenant que les prestations liées à la COVID ont pris fin, le taux de pauvreté chez les enfants est de nouveau en hausse. En 2021, le Manitoba a enregistré le taux le plus élevé de pauvreté chez les enfants de toutes les provinces, soit 27,2 %, comparativement à la moyenne canadienne de 16,1 %¹¹⁴.



ALERTE ÉLEVÉE

Taux de pauvreté infantile le plus élevé du pays.

STIGMATISATION ET DISCRIMINATION

Le pourcentage de Manitobaines et de Manitobains ayant déclaré avoir une santé mentale « mauvaise » ou « passable » qui disent également ressentir un fort sentiment d'appartenance à la communauté correspond à la moyenne nationale. Un pourcentage légèrement plus élevé déclare avoir fait l'objet de discrimination et de victimisation (9,9 % contre 9,1 % à l'échelle nationale). Le taux déclaré d'infractions relatives aux drogues par 100 000 hab. est de 158, un nombre légèrement inférieur au taux national de 162.

DANS LA MIRE >

La santé mentale en ONTARIO

Population : 15 996 989

En milieu rural : 17 %

Au sortir de la pandémie, l'Ontario a connu une augmentation dramatique des méfaits associés à des problèmes de santé mentale et de dépendances, y compris aux opioïdes et à l'alcool. Les longs délais d'attente pour obtenir du counseling et d'autres services de santé mentale continuent de poser problème, surtout pour les jeunes. L'ensemble du secteur des soins de santé de l'Ontario fait face à une crise des ressources humaines en santé (RHS), notamment une pénurie de prestataires de services de santé mentale. Bien qu'un nombre plus élevé

de psychiatres exercent dans les grands centres urbains, ce n'est pas le cas dans les régions rurales et éloignées de la province. Le gouvernement de l'Ontario délaisse progressivement son approche de réduction des méfaits au profit des soins de traitement des dépendances offerts en établissement. Fait inquiétant, l'Ontario affiche le deuxième taux le plus élevé de besoins impérieux en matière de logement après la Colombie-Britannique. De nombreuses personnes sont affectées par l'inabordabilité des logements dans la province.



Indicateur	Catégorie d'indicateur	ON	CAN
1.1a Investissements en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS)	Politiques	5,9 %	6,3 %
1.1b Dépenses en matière de SMDUS prévues dans les accords bilatéraux	Politiques	40,5 %	31 %
1.2 Stratégie en matière de SMDUS	Politiques	Exhaustivité moyenne	En désuétude
1.3 Décriminalisation	Politiques	Faible	Soutien faible
1.4 Politiques de réduction des méfaits	Politiques	Soutien faible	Soutien élevé
1.5 Lois sur la santé mentale	Politiques	Préoccupation modérée	–
2.1 Santé mentale perçue – mauvaise ou passable	Santé mentale (SM) de la population	26,4 %	26,1 %
2.2a Prévalence des troubles anxieux et de l'humeur (12 derniers mois)	SM de la population	10,9 %	10,6 %
2.2b Prévalence des troubles d'utilisation de substances (au cours de la vie)	SM de la population	18,9 %	20,7 %
2.3 Taux de décès par suicide	SM de la population	9,6	10,9
2.4 Taux d'hospitalisation en raison de blessures auto-infligées	SM de la population	63,0	64,9
2.5 Taux de décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes	SM de la population	16,6	20,8
2.6 Taux d'hospitalisation entièrement attribuable à l'alcool	SM de la population	214	262
3.1 Pourcentage de la population ayant des besoins insatisfaits ou partiellement satisfaits en santé mentale	Accès aux services	7,8 %	7,8 %
3.2 Pourcentage de jeunes ayant des besoins précoces en matière de SMDUS qui ont obtenu des services communautaires de santé mentale	Accès aux services	61 %	61 %
3.3 Nombre de psychiatres par tranche de 100 000 hab.	Accès aux services	13,4	13,1
3.4 Nombre de prestataires de soins en matière de SMDUS	Accès aux services	1 609,9	1 721,4
3.5 Taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours pour des problèmes de SMDUS	Accès aux services	13,7 %	13,4 %
4.1 Pourcentage de la population ayant déclaré une santé mentale mauvaise à passable et ayant des besoins impérieux en matière de logement	Déterminants sociaux de la santé (DSS)	18,1 %	15,8 %
4.2 Taux de pauvreté	DSS	8,3 %	8,1 %
4.3 Taux d'emploi chez les personnes âgées de 25 à 64 ans ayant une incapacité liée à la santé mentale	DSS	43 %	46,1 %
5.1 Pourcentage de personnes ayant une santé mentale mauvaise à passable et ayant vécu de la discrimination et de la victimisation	Stigmatisation et discrimination	10,3 %	9,1 %
5.2 Pourcentage de la population ayant une santé mentale mauvaise à passable et ayant déclaré un sentiment d'appartenance plus fort à la communauté	Stigmatisation et discrimination	55,4 %	54,4 %
5.3 Taux d'infractions relatives aux drogues déclarées	Stigmatisation et discrimination	98	162

Note : Les valeurs dans le tableau ci-dessus qui n'ont pas de pourcentage indiquent un taux par 100 000 habitants.



POLITIQUE

Financement

En 2024-2025, l'Ontario consacrera environ 2 milliards de dollars à la santé mentale, ce qui représente 5,9 % de son budget de santé global. Par ailleurs, comparativement à la moyenne canadienne, la province consacre une part plus importante de son financement bilatéral en santé aux soins en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS). Au total, 40,5 % des fonds prévus dans l'Accord pour travailler ensemble (accord bilatéral sur la santé de 2023) et le renouvellement de l'accord sur les priorités partagées en matière de santé (2017) sont destinés aux services de SMDUS pour la période 2023-2026, un pourcentage supérieur à la moyenne canadienne de 31 %.

Stratégie

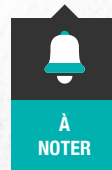
L'Ontario a mis en place une stratégie en matière de SMDUS (Vers le mieux-être, 2020-2030) dans laquelle 3,8 milliards de dollars sur 10 ans sont consacrés aux soins offerts dans le secteur. Le plan comporte trois principaux domaines d'action : remédier aux longs délais d'attente, combler le manque de financement et augmenter le nombre de données sur les besoins en services de SMDUS et sur l'utilisation de ces services.



TRAVAIL EN COURS

La stratégie sur 10 ans permettra de combler les lacunes en matière de soins pour les personnes qui présentent les besoins les plus importants. Cependant, elle ne vise pas à prévenir la détérioration de la santé mentale.

Tableau de bord pour la santé mentale



À NOTER



EN COURS



INQUIÉTANT



ALERTE ÉLEVÉE

Le Centre d'excellence pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances a été créé dans le cadre de cette stratégie afin de recueillir des données et d'améliorer la performance des systèmes, une nécessité au vu des obstacles à l'accès aux services qui sont plus élevés dans la province que la moyenne canadienne¹⁵. Bien que la stratégie *Vers le mieux-être* vise à construire un système de SMDUS accessible et fondé sur des données probantes, elle met l'accent en premier lieu sur les soins actifs. L'avantage de cette approche est que les lacunes dans les services pour les personnes ayant des besoins urgents seront traitées en premier, mais en contrepartie, elle n'évalue pas les solutions en amont pour prévenir l'aggravation des problèmes de santé mentale.

Le budget de 2023 a accordé aux organismes communautaires en santé mentale une majoration unique et vivement attendue de 5 % de leur financement de base, une première en plus de dix ans. Cependant, des préoccupations de longue date perdurent. Les investissements dans les soins de santé, y compris en matière de SMDUS, continuent d'être « axés sur les médecins », ce qui limite en soi la capacité à répondre aux besoins dans la province¹⁶. L'écart salarial entre le personnel du secteur de la santé communautaire et celui d'autres composantes du système de santé (hôpitaux, etc.) fait en sorte que la rémunération du personnel en santé mentale communautaire est souvent de 20 à 30 % inférieure à celui du personnel travaillant dans d'autres établissements de santé, ce qui engendre une crise des ressources humaines en santé (RHS) dans les services communautaires de santé mentale et de traitement des dépendances de l'Ontario.



À NOTER

Augmentation des investissements dans les organismes communautaires du secteur de la santé mentale en 2023, mais l'écart en matière d'équité salariale pèse sur la main-d'œuvre.



Réponse à la crise des drogues toxiques

Une plus grande intervention des pouvoirs publics est nécessaire pour soutenir la santé des personnes qui utilisent des drogues en Ontario. L'Ontario subit de plus en plus les ravages de l'approvisionnement en drogues toxiques, mais la réponse politique du gouvernement ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population. Malgré les taux élevés de méfaits, le soutien aux initiatives de réduction des méfaits a fléchi au cours des dernières années. En 2021, le gouvernement de l'Ontario a lancé un nouveau modèle, les « sites de consommation et de traitement » (SCT), limitant le nombre de sites et imposant des exigences supplémentaires pour leur fonctionnement¹⁷. À l'automne 2023, la province a lancé un « examen des incidents critiques » au sein des SCT et, en invoquant des problèmes de sécurité, a suspendu l'approbation de nouveaux sites ainsi que tout nouveau financement pour ces services.

En août 2024, le gouvernement a publié le document d'examen et a annoncé qu'il interdisait la présence de tels sites dans un rayon de 200 mètres des écoles et des garderies, ce qui aurait pour effet d'occasionner la fermeture de neuf sites financés par la province et un site autofinancé. Le gouvernement envisage également de déposer un projet de loi empêchant les municipalités et tout type d'organisation de créer de nouveaux SCT, de participer à des initiatives de réduction des méfaits ou de demander au gouvernement fédéral de décriminaliser les drogues illégales. Aucune recommandation concernant la fermeture de SCT ne figure dans le document d'examen.

Le gouvernement de l'Ontario n'est pas favorable à plusieurs formes de réduction des méfaits liés à l'utilisation de drogues, que ce soit pour atténuer ceux-ci ou faire face à la crise des intoxications aux drogues. La politique de la province, qui demeure axée sur les soins de traitement des dépendances offerts en établissement, ne tient pas compte du fait qu'un continuum de soins complet est nécessaire pour soutenir pleinement les personnes qui cherchent à reprendre le dessus par rapport à leur dépendance ou leur utilisation de drogues.

SANTÉ MENTALE DE LA POPULATION

Les résultats de l'Ontario concernant les indicateurs sur la santé mentale de la population sont comparables à la moyenne nationale. Les taux de santé mentale mauvaise ou passable (26,4 % contre 26,1 %) et de troubles anxieux et de l'humeur (10,9 % contre 10,6 %) sont légèrement supérieurs à la moyenne canadienne, tandis que le taux de troubles de l'utilisation de substances (TUS) est légèrement inférieur (18,9 % contre 20,7 %). Bien que le taux de décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes dans la province soit également inférieur à la moyenne canadienne, soit 16,6 décès par 100 000 hab. contre 20,8 à l'échelle nationale, il s'agit d'une hausse importante par rapport au taux prépandémie de 2019, qui était de 10,6 décès par 100 000 hab.

ACCÈS AUX SERVICES

Même si l'Ontario se situe près de la moyenne canadienne en matière d'accès aux services, le besoin d'amélioration est manifeste : en 2021, Santé Ontario a signalé une hausse de 47 % des visites aux services des urgences et une augmentation de 23 % du taux d'hospitalisation pour des problèmes de SMDUS. Plus particulièrement, le taux d'hospitalisation chez les jeunes de 14 à 17 ans ayant des problèmes de SMDUS a augmenté de 136 %¹⁸. Le nombre de psychiatres en Ontario est plus élevé que la moyenne canadienne, exprimée par tranche de 100 000 hab., mais leur répartition dans la province est inégale. Des recherches montrent une concentration plus élevée de praticiennes et praticiens dans les zones urbaines, où les besoins sont moindres¹⁹.

Pour surmonter certains obstacles à l'accès, le gouvernement de l'Ontario a élargi le Programme de psychothérapie structurée de l'Ontario, qui offre une thérapie cognitivo-comportementale gratuite pour la dépression et l'anxiété. Le programme propose différents niveaux de soutien en fonction des besoins, et les services sont offerts au téléphone, en ligne ou en personne par des personnes-conseils ou des cliniciennes ou cliniciens en santé mentale.



ALERTE ÉLEVÉE

Augmentation spectaculaire du nombre de visites de jeunes à l'hôpital (136 %).

DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

L'Ontario fait face à une crise du logement. Le nombre de logements est insuffisant et, dans plusieurs zones urbaines, les prix des maisons et des loyers ont augmenté plus rapidement que les revenus¹²⁰. À 18,1 %, le pourcentage des personnes ayant déclaré avoir une santé mentale mauvaise à passable ayant également des besoins impérieux en matière de logement est plus élevé que la moyenne canadienne (15,8 %). Le problème du logement est étroitement relié à celui de la pauvreté, qui touche de manière disproportionnée les personnes aux prises avec des troubles de santé mentale. Pour un nombre important de bénéficiaires d'aide au revenu, le logement est souvent inabordable. Parmi les personnes qui reçoivent un soutien du revenu pour les personnes handicapées en Ontario, jusqu'à 50 % disent être atteintes d'un trouble de santé mentale ou d'un TUS¹²¹.

La pauvreté, l'insécurité alimentaire, le manque de liens sociaux et le manque d'accès à un logement convenable sont autant de facteurs contribuant à la détérioration de la santé mentale d'une personne. Les modèles de logements supervisés sont indispensables pour de nombreuses personnes vivant avec des troubles de santé mentale et des dépendances. Toutefois, les fonds pour les dépenses de capital et d'exploitation des logements supervisés en Ontario sont souvent mal coordonnés, les modèles varient entre les organismes et le marché privé. Les suppléments au loyer aident à maintenir un logement stable, mais ils ne suffisent pas face aux loyers élevés des zones urbaines de l'Ontario et sont inutiles là où il n'y a pas de logements disponibles sur le marché.

En raison de la stigmatisation, les personnes ayant besoin d'un logement supervisé rencontrent davantage de difficultés à trouver un logement sur le marché locatif privé.

Pour créer de nouveaux logements supervisés, les trois ordres de gouvernement doivent travailler de manière coordonnée pour financer les constructions, accorder les autorisations de zonage et coordonner la prestation des services de soutien avec les organismes communautaires.



INQUIÉTANT

La crise du logement frappe particulièrement les personnes ayant des problèmes de santé mentale.

STIGMATISATION ET DISCRIMINATION

Le taux d'infractions relatives aux drogues est inférieur en Ontario, soit 98 infractions par 100 000 hab., comparativement à 162 par 100 000 pour la moyenne nationale. Cette situation peut s'expliquer en partie par la réduction du nombre de cas de possession simple de drogues de 40,5 % entre 2019 et 2021 pour l'ensemble de l'Ontario. Cependant, les taux sont restés pratiquement les mêmes dans certaines régions de la province, ce qui semble indiquer que la directive du fédéral d'éviter les poursuites pénales pour possession simple n'a pas été respectée partout de la même façon¹²².

DANS LA MIRE >



La santé mentale au QUÉBEC

Population : 9 030 684

En milieu rural : 19 %

Le Québec se démarque par son coût de la vie inférieur et ses politiques sociales progressistes. Il affiche de meilleurs résultats pour plusieurs indicateurs de la santé mentale de la population et des taux plus faibles de pauvreté et de besoins impérieux en matière de logement. Toutefois, il faut noter des exceptions, notamment des taux plus élevés de suicide et de blessures auto-infligées, surtout chez les communautés autochtones du Nord, où le taux de suicide est extrêmement élevé et les conditions de logement souvent inadéquates.

Le Québec dispose d'une solide stratégie en matière de santé mentale accompagnée de dépenses considérables, mais le budget provincial et le nouvel Accord bilatéral pour travailler ensemble de 2023 ne font pas état de l'allocation et de l'utilisation des fonds. L'essor du secteur privé en santé dans la province est préoccupant. Il compromet l'accès aux soins et incite de plus en plus de travailleuses et de travailleurs en santé mentale, dépendances et utilisation de substances (SMDUS) à se diriger vers des postes mieux rémunérés dans le privé. Cela vaut également pour les médecins de famille, dont la rareté est plus prononcée ici que partout ailleurs au Canada.



Indicateur	Catégorie d'indicateur	QC	CAN
1.1a Investissements en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS)	Politiques	Ins.	6,3 %
1.1b Dépenses en matière de SMDUS prévues dans les accords bilatéraux	Politiques	–	31 %
1.2 Stratégie en matière de SMDUS	Politiques	Exhaustivité élevée	En désuétude
1.3 Décriminalisation	Politiques	–	Soutien faible
1.4 Politiques de réduction des méfaits	Politiques	Soutien modéré	Soutien élevé
1.5 Lois sur la santé mentale	Politiques	Préoccupation modérée	–
2.1 Santé mentale perçue – mauvaise ou passable	Santé mentale (SM) de la population	18,4 %	26,1 %
2.2a Prévalence des troubles anxieux et de l'humeur (12 derniers mois)	SM de la population	8,6 %	10,6 %
2.2b Prévalence des troubles d'utilisation de substances (au cours de la vie)	SM de la population	17,1 %	20,7 %
2.3 Taux de décès par suicide	SM de la population	12,2	10,9
2.4 Taux d'hospitalisation en raison de blessures auto-infligées	SM de la population	68,9	64,9
2.5 Taux de décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes	SM de la population	6,0	20,8
2.6 Taux d'hospitalisation entièrement attribuable à l'alcool	SM de la population	210*	262
3.1 Pourcentage de la population ayant des besoins insatisfaits ou partiellement satisfaits en santé mentale	Accès aux services	6,6 %	7,8 %
3.2 Pourcentage de jeunes ayant des besoins précoces en matière de SMDUS qui ont obtenu des services communautaires de santé mentale	Accès aux services	–	61 %
3.3 Nombre de psychiatres par tranche de 100 000 hab.	Accès aux services	14,4	13,1
3.4 Nombre de prestataires de soins en matière de SMDUS	Accès aux services	1 817,0	1 721,4
3.5 Taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours pour des problèmes de SMDUS	Accès aux services	13,0 %	13,4 %
4.1 Pourcentage de la population ayant déclaré une santé mentale mauvaise à passable et ayant des besoins impérieux en matière de logement	Déterminants sociaux de la santé (DSS)	9,9 %	15,8 %
4.2 Taux de pauvreté	DSS	6,4 %	8,1 %
4.3 Taux d'emploi chez les personnes âgées de 25 à 64 ans ayant une incapacité liée à la santé mentale	DSS	41,6 %	46,1 %
5.1 Pourcentage de personnes ayant une santé mentale mauvaise à passable et ayant vécu de la discrimination et de la victimisation	Stigmatisation et discrimination	5,6 %	9,1 %
5.2 Pourcentage de la population ayant une santé mentale mauvaise à passable et ayant déclaré un sentiment d'appartenance plus fort à la communauté	Stigmatisation et discrimination	53,7 %	54,4 %
5.3 Taux d'infractions relatives aux drogues déclarées	Stigmatisation et discrimination	167	162

Note : Les valeurs dans le tableau ci-dessus qui n'ont pas de pourcentage indiquent un taux par 100 000 habitants.



POLITIQUE

Financement

Dans son budget de 2024-2025, le gouvernement du Québec n'a pas clairement indiqué combien d'argent il prévoit de dépenser dans le secteur de la santé mentale, des dépendances et de l'utilisation de substance (SMDUS) ni où il consacrera ces fonds. Le nouvel *Accord pour travailler ensemble* (accord bilatéral de 2023) et l'accord sur les priorités partagées en matière de santé (accord bilatéral de 2017) prévoient un engagement de 1,98 milliard de dollars et 531 millions de dollars respectivement pour la période 2023-2027¹²³. Le montant des dépenses en SMDUS et les priorités d'investissement restent inconnus, étant donné que le gouvernement du Canada et le gouvernement du Québec ont conclu un accord asymétrique qui, comme par le passé, respecte la compétence du Québec en matière de santé¹²⁴.

Stratégie

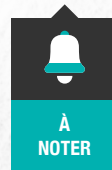
Le Québec dispose d'une stratégie rigoureuse en matière de santé mentale : *S'unir pour un mieux-être collectif* (2022-2026). Elle s'étale sur cinq ans et est soutenue par un investissement de 1,15 milliard de dollars. Le plan d'action décrit 43 actions et initiatives réparties sous sept grands axes, y compris le soutien aux services communautaires de santé mentale et de soutien en situation de crise. Chaque action est assortie d'un investissement prévu ainsi que d'indicateurs pour mesurer les progrès réalisés¹²⁵.



TRAVAIL EN COURS

Une stratégie de santé mentale solide avec des dépenses considérables, mais le budget manque de transparence.

Tableau de bord pour la santé mentale



Loi sur la santé mentale

La loi sur la santé mentale du Québec (*Loi sur la protection du malade mental*) est la seule au Canada qui soit fondée sur le Code civil. La loi est généralement considérée comme étant fortement fondée sur les droits de la personne, puisque les personnes gardées en établissement sans leur consentement ont le droit de refuser un traitement, à moins d'une ordonnance de la cour¹²⁶. Cependant, en raison des fortes protections contre les traitements involontaires prévues par la loi sur la santé mentale du Québec, il arrive que des personnes ne reçoivent pas les soins nécessaires, alors qu'elles sont très malades et en ont besoin¹²⁷.

Réponse à la crise des drogues toxiques

Le gouvernement du Québec appuie certaines mesures de réduction des méfaits, mais il pourrait renforcer sa politique. La province finance quatre centres de consommation supervisés, dont trois permanents et un mobile, ainsi que quatre centres de prévention des surdoses.



À NOTER

Les Québécoises et Québécois se déclarent en meilleure santé mentale que les autres personnes du pays.

Ces centres offrent des services d'analyse de substances, qui recourent notamment à des technologies sophistiquées telles que la spectrométrie de masse et les tests colorimétriques, en plus des bandelettes réactives au fentanyl. Le gouvernement du Québec a exprimé son soutien à une approche d'approvisionnement sécuritaire. Dans sa récente stratégie en matière d'utilisation



de substances, *Parce que chaque vie compte : stratégies nationales de prévention des surdoses de substances psychoactives 2022-2025*, l'une de ses recommandations est d'élaborer un cadre stratégique relatif à l'approvisionnement sécuritaire¹²⁸. Toutefois, la stratégie ne fait mention d'aucun plan ni financement pour y parvenir. Néanmoins, il y a des médecins au Québec qui prescrivent des médicaments dans le cadre d'un approvisionnement sécuritaire et le gouvernement du Québec utilise des fonds obtenus dans le cadre du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances du gouvernement fédéral pour la gestion d'un programme d'approvisionnement sécuritaire.

SANTÉ MENTALE DE LA POPULATION

Le Québec affiche la prévalence la plus faible de troubles de santé mentale et de troubles de l'utilisation de substances (TUS) et le taux le plus élevé de bonne santé mentale au Canada. Le pourcentage de Québécoises et de Québécois qui déclarent avoir une santé mentale mauvaise à passable est de 18,4 %, comparativement à 26,1 % à l'échelle du Canada, et les taux de prévalence de troubles de l'humeur (8,3 %), d'anxiété (8,9 %) et de TUS (17,1 %) sont nettement inférieurs aux moyennes nationales.

Le taux de suicide dans la province est légèrement plus élevé que la moyenne nationale, soit 12,2 par 100 000 hab. contre 10,9. Il est important de noter que le taux de suicide au Québec décline lentement depuis 1981, tandis que le taux d'hospitalisations en raison de blessures auto-infligées est en hausse¹²⁹. Il existe des exceptions importantes à cette tendance à la baisse du taux de suicide. En 2019, le taux de suicide exprimé par 100 000 hab. pour la région du Nunavik dans le nord du Québec¹³⁰ est de 177,1, comparativement au taux de 13,1 à l'échelle du Québec. Les taux de jeunes femmes de 15 à 34 ans qui se présentent aux services des urgences avec des idées suicidaires et qui sont hospitalisées en raison de blessures auto-infligées ont également augmenté entre 2008 et 2022¹³¹.

Le taux de décès liés à une intoxication aux opioïdes au Québec est inférieur à la moyenne nationale (6,0 par 100 000 hab. contre 20,8). Il est toutefois en hausse; en 2022, il a plus que doublé, passant de 284 décès en 2021 à 540 décès en 2022¹³².

ACCÈS AUX SERVICES

La question de l'accès aux services en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS) au Québec est complexe. Bien que le Québec ait un nombre de prestataires de soins de SMDUS plus élevé (2 067 par 100 000 hab.) que la moyenne canadienne (1 721 par 100 000 hab.), il compte aussi le plus grand nombre de personnes n'ayant pas de médecin de famille.

ALERTE ÉLEVÉE

Une personne sur cinq n'a pas de médecin de famille au Québec.

Au Québec, 21,6 % de la population ne jouit pas d'un accès régulier aux soins de santé, comparativement à 14,5 % à l'échelle nationale. Cette situation a été attribuée au nombre de médecins travaillant dans le système privé, où la rémunération est plus avantageuse, et à l'obligation pour les nouveaux médecins de faire des gardes obligatoires dans les établissements de santé en sous-effectif¹³³. Un sondage mené par des psychologues du secteur public au Québec a révélé que les délais d'attente pour une psychothérapie variaient généralement entre 6 à 24 mois¹³⁴.



Ces longs délais d'attente sont symptomatiques d'une préoccupation plus large : l'exode alarmant du personnel en SMDUS du secteur public vers le secteur privé¹³⁵. Le taux de réadmission à l'hôpital pour un problème de SMDUS dans la province (13 %) se situe près de la moyenne (13,4 %).



INQUIÉTANT

Longs délais d'attente pour obtenir une consultation en psychothérapie en raison de la perte de main-d'œuvre au profit du secteur privé.

DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Le pourcentage des Québécoises et des Québécois ayant déclaré avoir une santé mentale mauvaise à passable qui ont également des besoins impérieux en matière de logement (9,9 % de la population de la province) est de deux tiers inférieur à celui observé au Canada (15,8 %). De manière générale, le coût des logements locatifs et de l'immobilier a toujours été plus bas au Québec par rapport à d'autres provinces comme l'Ontario et la Colombie-Britannique. Il convient cependant de noter qu'en 2023, le Québec a enregistré la plus forte augmentation annuelle moyenne des loyers depuis 30 ans, et le taux d'inoccupation des logements est à son plus bas en 20 ans¹³⁶. Ainsi, même si les données indiquent que les besoins impérieux en matière de logement sont plus élevés ailleurs, la population québécoise ressent quand même les effets de la crise nationale du logement. De plus, les Autochtones de la province vivent de manière disproportionnée dans des conditions de logement inadéquates. Près de 16 % de la population métisse de Trois-Rivières et 27 % de la population du Nunavik dans le nord du Québec vivent dans des logements nécessitant des réparations majeures et 47 % de la population du Nunavik vit dans des logements surpeuplés¹³⁷.

Le Québec affiche un taux de pauvreté inférieur à la moyenne nationale : 8,1 % de la population canadienne vit dans la pauvreté, contre 6,4 % de la population québécoise. Le taux de pauvreté plus faible est lié au coût de la vie moins élevé dans la province, ainsi qu'à des politiques sociales progressistes, comme les garderies subventionnées, qui ont réduit le taux de pauvreté chez les femmes et augmenté leur participation au marché du travail¹³⁸.

STIGMATISATION ET DISCRIMINATION

Le pourcentage de personnes au Québec ayant déclaré avoir une santé mentale mauvaise à passable qui font également l'objet de discrimination et de victimisation est l'un des plus faibles au Canada, soit 5,6 % contre 9,1 % à l'échelle nationale. Cette tranche de la population fait état d'un sentiment d'appartenance à la communauté légèrement plus faible que la moyenne nationale (53,7 % contre 54,4 %). Le taux d'arrestation des personnes qui utilisent des drogues au Québec est légèrement plus élevé que la moyenne nationale, soit 167 par 100 000 hab. contre 162. Ce chiffre pourrait indiquer un problème quant à la criminalisation et la discrimination des personnes qui utilisent des drogues dans la province.



DANS LA MIRE >

La santé mentale au NOUVEAU-BRUNSWICK

Population : 850 894

En milieu rural : 49,1 %

Le Nouveau-Brunswick travaille à la mise en œuvre de sa stratégie en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substance (SMDUS), qui comprend des investissements dans les services de santé mentale à distance, les centres de bien-être pour les jeunes et l'amélioration de l'accès aux psychiatres. Il s'agit d'une bonne nouvelle, car la province affiche un taux de bien-être mental plus faible que la moyenne canadienne, mais aussi des taux plus élevés en ce qui concerne les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les troubles de l'utilisation de substances (TUS). Elle compte également la moins grande concentration de psychiatres au pays et les taux d'accès aux services de santé mentale

pour les enfants et les jeunes sont plus bas que la moyenne. La population du Nouveau-Brunswick exprime un plus fort sentiment d'appartenance à la communauté et les personnes ayant une santé mentale précaire présentent des taux de stigmatisation et de discrimination plus faibles, comparativement au reste du Canada. Cependant, des préoccupations en matière de droits se font sentir en raison de l'absence d'une personne responsable de la protection des droits en santé mentale, de l'adoption de politiques régressives sur l'identité de genre dans les écoles, et d'un projet de loi à l'étude concernant le traitement involontaire des personnes ayant des problèmes liés à l'utilisation de substances.

**DANS LA MIRE : NOUVEAU-BRUNSWICK**

Indicateur	Catégorie d'indicateur	NB	CAN
1.1a Investissements en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS)	Politiques	6 %	6,3 %
1.1b Dépenses en matière de SMDUS prévues dans les accords bilatéraux	Politiques	14,8 %	31 %
1.2 Stratégie en matière de SMDUS	Politiques	Exhaustivité moyenne	En désuétude
1.3 Décriminalisation	Politiques	–	Soutien faible
1.4 Politiques de réduction des méfaits	Politiques	Soutien modéré	Soutien élevé
1.5 Lois sur la santé mentale	Politiques	Préoccupation élevée	–
2.1 Santé mentale perçue – mauvaise ou passable	Santé mentale (SM) de la population	27,9 %	26,1 %
2.2a Prévalence des troubles anxieux et de l'humeur (12 derniers mois)	SM de la population	14,5 %	10,6 %
2.2b Prévalence des troubles d'utilisation de substances (au cours de la vie)	SM de la population	27,9 %	20,7 %
2.3 Taux de décès par suicide	SM de la population	11,8	10,9
2.4 Taux d'hospitalisation en raison de blessures auto-infligées	SM de la population	59,3	64,9
2.5 Taux de décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes	SM de la population	8,6	20,8
2.6 Taux d'hospitalisation entièrement attribuable à l'alcool	SM de la population	142	262
3.1 Pourcentage de la population ayant des besoins insatisfaits ou partiellement satisfaits en santé mentale	Accès aux services	6,3 %	7,8 %
3.2 Pourcentage de jeunes ayant des besoins précoces en matière de SMDUS qui ont obtenu des services communautaires de santé mentale	Accès aux services	45 %	61 %
3.3 Nombre de psychiatres par tranche de 100 000 hab.	Accès aux services	6,6	13,1
3.4 Nombre de prestataires de soins en matière de SMDUS	Accès aux services	2 067,5	1 721,4
3.5 Taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours pour des problèmes de SMDUS	Accès aux services	12,2 %	13,4 %
4.1 Pourcentage de la population ayant déclaré une santé mentale mauvaise à passable et ayant des besoins impérieux en matière de logement	Déterminants sociaux de la santé (DSS)	13,4 %	15,8 %
4.2 Taux de pauvreté	DSS	8,1 %	8,1 %
4.3 Taux d'emploi chez les personnes âgées de 25 à 64 ans ayant une incapacité liée à la santé mentale	DSS	44 %	46,1 %
5.1 Pourcentage de personnes ayant une santé mentale mauvaise à passable et ayant vécu de la discrimination et de la victimisation	Stigmatisation et discrimination	7,1 %	9,1 %
5.2 Pourcentage de la population ayant une santé mentale mauvaise à passable et ayant déclaré un sentiment d'appartenance plus fort à la communauté	Stigmatisation et discrimination	55,9 %	54,4 %
5.3 Taux d'infractions relatives aux drogues déclarées	Stigmatisation et discrimination	158	162

Note : Les valeurs dans le tableau ci-dessus qui n'ont pas de pourcentage indiquent un taux par 100 000 habitants.



POLITIQUE

Financement

Pour la période 2024-2025, le Nouveau-Brunswick consacrera environ 232 millions de dollars à la santé mentale, ce qui équivaut à 6 % de son budget de santé global¹³⁹. Dans le cadre du nouvel accord sur les priorités partagées en matière de santé conclu entre le Nouveau-Brunswick et le gouvernement du Canada, les fonds consacrés au secteur de la santé mentale, des dépendances et de l'utilisation de substances (SMDUS) pour la période 2023-2026 s'élèvent à 46,2 millions de dollars, soit seulement 14,8 % du financement total, bien en deçà de la moyenne nationale de 31 %¹⁴⁰.

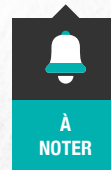
Stratégie

En 2021, le Nouveau-Brunswick a lancé une stratégie en matière de SMDUS avec des objectifs précis, tels que la réduction des délais d'attente pour l'obtention des services (en particulier les services à distance), l'accès à du soutien en SMDUS pour les personnes incarcérées et l'amélioration de l'accès aux psychiatres pour les jeunes. La stratégie comporte également un cadre de responsabilisation, bien que la façon dont le gouvernement assurera le suivi des progrès n'a pas été clairement définie. Aucun financement n'a été directement attribué aux domaines clés de la stratégie, mais le gouvernement a précisé que son budget de 2020-2021 comprenait des investissements pour cette stratégie¹⁴¹.

Réponse à la crise des drogues toxiques

Après un sommet atteint en 2022, le nombre de décès attribuables à une intoxication aux opioïdes est heureusement en baisse. Le gouvernement du Nouveau-Brunswick a mis en place des mesures politiques modérées pour lutter contre la crise des drogues toxiques. Le plan d'action sur les dépendances et la santé mentale publié en 2021 comprenait la « mise en place de sites de prévention des surdoses » comme initiative prioritaire. Le premier site a ouvert ses portes à Moncton la même année.

Tableau de bord pour la santé mentale



Le gouvernement du Nouveau-Brunswick n'a pas précisé s'il appuyait ou non les initiatives d'analyse de substances ou d'approvisionnement sécuritaire. Des voix s'élèvent pour demander un deuxième centre de prévention des surdoses dans la province, afin de répondre aux besoins à Saint John.

SANTÉ MENTALE DE LA POPULATION

Le Nouveau-Brunswick présente le taux le plus élevé de TUS au pays (27,9 %) et le deuxième taux combiné le plus élevé de troubles anxieux et de l'humeur (14,5 %), après la Saskatchewan. Ces taux sont plus élevés que les moyennes canadiennes, qui sont de 20,7 % pour les TUS et de 10,6 % pour les troubles anxieux et de l'humeur (taux combiné).

Le taux de décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes est d'environ la moitié de la moyenne nationale (8,6 décès par 100 000 hab. contre 20,8). Ce taux a connu une hausse depuis 2018, atteignant un sommet pendant la pandémie, puis affichant une légère baisse en 2023¹⁴². Cependant, le Nouveau-Brunswick enregistre le taux le plus bas d'hospitalisations attribuables à l'alcool au pays (142 par 100 000 hab. contre 262 pour la moyenne nationale).

ACCÈS AUX SERVICES

D'après les indicateurs choisis pour ce rapport, le Nouveau-Brunswick présente des résultats inférieurs à la moyenne canadienne en ce qui a trait à l'accès aux services, ce qui souligne un besoin urgent d'intervention. La province compte deux fois moins de psychiatres que la moyenne canadienne, avec seulement 6,6 psychiatres par 100 000 hab., comparativement à 13,1 à l'échelle nationale.



DANS LA MIRE : NOUVEAU-BRUNSWICK



INQUIÉTANT

Le Nouveau-Brunswick compte deux fois moins de psychiatres par rapport à la moyenne.

L'accès aux soins de santé mentale est particulièrement difficile pour les jeunes du Nouveau-Brunswick. Les données indiquent que seulement 45 % des jeunes ayant des besoins en matière de SMDUS ont été en mesure d'obtenir des services de santé communautaires. Parallèlement, un sondage du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick de 2022 a révélé que le pourcentage de jeunes de la 6^e à la 12^e année qui disent avoir eu des symptômes d'anxiété ou de dépression a augmenté considérablement, passant de 39,5 % à 55,8 %¹⁴³. Pour répondre à cette problématique, le gouvernement du Nouveau-Brunswick prévoit d'ouvrir six centres intégrés de bien-être pour les jeunes, où les 12-24 ans pourront obtenir des services de soutien en santé mentale et en santé liée à l'utilisation de substances et d'autres services¹⁴⁴.



TRAVAIL EN COURS

Cette province prévoit ouvrir six centres de mieux-être pour lutter contre la dépression et l'anxiété chez les jeunes.

L'accès à des services en français, une langue officielle au Nouveau-Brunswick, demeure un enjeu¹⁴⁵. Par ailleurs, la province affiche le deuxième taux d'invalidité le plus élevé au Canada, mais les ressources pour répondre aux besoins des personnes invalides y sont limitées¹⁴⁶.

En 2022, le Nouveau-Brunswick a adopté le Modèle de soins par paliers 2.0 afin d'améliorer l'accès à des services et du soutien en santé mentale. Ce modèle a été reconnu pour améliorer rapidement un accès aux services le jour même. D'autres efforts sont nécessaires pour améliorer l'accès aux traitements spécialisés de plus longue durée offerts par des psychiatres ou des psychologues¹⁴⁷.



À NOTER

L'accès rapide, le jour même, aux soins de santé mentale, de dépendance et d'utilisation de substances (SMDUS) fait partie de la stratégie provinciale.

DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Le taux de pauvreté au Nouveau-Brunswick est identique au taux national, tandis que le pourcentage de personnes qui disent avoir des besoins impérieux en matière de logement (13,4 %) est inférieur à la moyenne nationale (15,8 %). Toutefois, le taux d'emploi chez les personnes ayant une incapacité liée à la santé mentale est légèrement inférieur à la moyenne nationale, soit 44 % contre 46,1 %.



STIGMATISATION ET DISCRIMINATION

Le Nouveau-Brunswick enregistre certains des meilleurs taux au pays en ce qui concerne la discrimination et les mauvais traitements, ainsi que le sentiment d'appartenance à la communauté. Parmi les personnes ayant déclaré avoir une santé mentale mauvaise à passable, 7,1 % disent avoir fait l'objet de stigmatisation ou de discrimination, comparativement à la moyenne nationale de 9,1 %. Le pourcentage de personnes ayant déclaré avoir un sentiment d'appartenance à leur communauté est également plus élevé dans la province (55,9 %) que la moyenne nationale (54,4 %).

Malgré ces résultats favorables, des préoccupations importantes en matière de droits de la personne ont été soulevées dans la province. Le gouvernement du Nouveau-Brunswick a annoncé son intention de déposer une nouvelle « *Loi sur l'intervention humanitaire* », une loi similaire à celle proposée en Alberta, qui permettrait la garde et le traitement involontaires de personnes aux prises avec des problèmes d'utilisation de substances ou de dépendance¹⁴⁸. Cette loi est inquiétante compte tenu du manque de données probantes en faveur du traitement forcé des dépendances. En effet, les études montrent que les traitements forcés nuisent à la santé et au bien-être des personnes qui utilisent des substances et peuvent même leur être fatals¹⁴⁹.



ALERTE ÉLEVÉE

En attente de l'autorisation de traitements involontaires pour l'utilisation de substances ou la dépendance sans preuve à l'appui.

De plus, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a récemment apporté des modifications à la politique 713 – Orientation sexuelle et identité sexuelle, affirmant la primauté du consentement parental sur le droit des enfants à exprimer leur identité de genre à l'école. Cette décision a été décriée comme étant une attaque contre les droits des enfants trans et non binaires au Nouveau-Brunswick¹⁵⁰.

Le taux d'infractions relatives aux drogues déclarées par la police au Nouveau-Brunswick est inférieur à la moyenne canadienne, soit 152 cas par 100 000 hab. contre 168 au Canada.



DANS LA MIRE >

La santé mentale en NOUVELLE-ÉCOSSE

Population : 1 072 545

En milieu rural : 41,1 %

Le système de santé mentale de la Nouvelle-Écosse est en pleine transformation : le gouvernement se prépare à lancer son programme de soins de santé mentale universels qui permettra à la population d'obtenir des soins de psychothérapie gratuits, une première au Canada. La Nouvelle-Écosse affiche de bons résultats en matière d'accès aux services par rapport à la moyenne nationale, mais elle présente de plus longs délais d'attente et ses résultats sur les indicateurs de la santé mentale de la population sont moins bons.

Plusieurs défis attendent la province, notamment : assurer un financement adéquat des services; s'engager à renforcer le cadre stratégique entourant la réduction des méfaits; et mettre l'accent sur les mesures de soutien au logement et au revenu pour lutter contre les taux de pauvreté et de besoins impérieux en matière de logement qui y sont plus élevés que la moyenne nationale et qui compromettent la santé mentale de sa population.



Indicateur	Catégorie d'indicateur	NS	CAN
1.1a Investissements en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS)	Politiques	4,9 %	6,3 %
1.1b Dépenses en matière de SMDUS prévues dans les accords bilatéraux	Politiques	16,3 %	31 %
1.2 Stratégie en matière de SMDUS	Politiques	Désuète	En désuétude
1.3 Décriminalisation	Politiques	–	Soutien faible
1.4 Politiques de réduction des méfaits	Politiques	Soutien modéré	Soutien élevé
1.5 Lois sur la santé mentale	Politiques	Ins.	–
2.1 Santé mentale perçue – mauvaise ou passable	Santé mentale (SM) de la population	28,8 %	26,1 %
2.2a Prévalence des troubles anxieux et de l'humeur (12 derniers mois)	SM de la population	13,9 %	10,6 %
2.2b Prévalence des troubles d'utilisation de substances (au cours de la vie)	SM de la population	23,8 %	20,7 %
2.3 Taux de décès par suicide	SM de la population	11,0	10,9
2.4 Taux d'hospitalisation en raison de blessures auto-infligées	SM de la population	43,2	64,9
2.5 Taux de décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes	SM de la population	7,0	20,8
2.6 Taux d'hospitalisation entièrement attribuable à l'alcool	SM de la population	280	262
3.1 Pourcentage de la population ayant des besoins insatisfaits ou partiellement satisfaits en santé mentale	Accès aux services	7,8 %	7,8 %
3.2 Pourcentage de jeunes ayant des besoins précoces en matière de SMDUS qui ont obtenu des services communautaires de santé mentale	Accès aux services	72 %	61 %
3.3 Nombre de psychiatres par tranche de 100 000 hab.	Accès aux services	14,5	13,1
3.4 Nombre de prestataires de soins en matière de SMDUS	Accès aux services	2 224,9	1 721,4
3.5 Taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours pour des problèmes de SMDUS	Accès aux services	10,3 %	13,4 %
4.1 Pourcentage de la population ayant déclaré une santé mentale mauvaise à passable et ayant des besoins impérieux en matière de logement	Déterminants sociaux de la santé (DSS)	16,9 %	15,8 %
4.2 Taux de pauvreté	DSS	9,8 %	8,1 %
4.3 Taux d'emploi chez les personnes âgées de 25 à 64 ans ayant une incapacité liée à la santé mentale	DSS	44 %	46,1 %
5.1 Pourcentage de personnes ayant une santé mentale mauvaise à passable et ayant vécu de la discrimination et de la victimisation	Stigmatisation et discrimination	7,1 %	9,1 %
5.2 Pourcentage de la population ayant une santé mentale mauvaise à passable et ayant déclaré un sentiment d'appartenance plus fort à la communauté	Stigmatisation et discrimination	55,9 %	54,4 %
5.3 Taux d'infractions relatives aux drogues déclarées	Stigmatisation et discrimination	96	162

Note : Les valeurs dans le tableau ci-dessus qui n'ont pas de pourcentage indiquent un taux par 100 000 habitants.



POLITIQUE

Financement

La Nouvelle-Écosse est sur le point de devenir une pionnière dans la prestation de services en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS). En 2021, elle est devenue la première province à s'engager à offrir une couverture universelle des services de santé mentale, y compris l'accès gratuit à des services de psychothérapie et des mesures de soutien accessibles le jour même. L'an dernier, le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a déposé le projet de loi 334, une loi modifiant la *Health Services and Insurance Act* (loi sur les services de santé et l'assurance-maladie). Cette loi permettrait le financement public des services offerts par les psychothérapeutes, les travailleuses sociales et travailleurs sociaux et les thérapeutes en counseling ayant leur certification. Ce service gratuit est actuellement en phase pilote et son lancement est prévu entre 2024 et 2025¹⁵¹. Le gouvernement ne fait que commencer à mettre en œuvre sa politique et, pour le moment, il a choisi de fournir ces services de santé mentale publics en faisant appel à des prestataires du secteur privé.

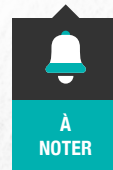


À NOTER

Une première au Canada : des services de counseling et de soutien le jour même dans l'ensemble de la province.

Malgré cet engagement sans précédent à assurer un accès universel aux soins de santé mentale, la Nouvelle-Écosse consacre une part relativement petite de son budget à ce secteur. Le budget de 2024-2025 consacre 359,6 millions de dollars en SMDUS, ce qui représente 371 \$ par hab. et équivaut à 4,9 % du budget de santé global. Le coût du nouveau programme de soins de santé mentale universels étant estimé à 100 millions de dollars par an, le gouvernement de la Nouvelle-Écosse

Tableau de bord pour la santé mentale



s'appuie sur le nouvel *Accord pour travailler ensemble* conclu avec le gouvernement du Canada (accord bilatéral de 2023) pour financer la phase pilote¹⁵². D'après l'accord bilatéral de 2023 et les fonds restants de l'accord bilatéral de 2017, la province a prévu de dépenser 19,3 millions de dollars dans le secteur de la santé mentale et des dépendances pour la période 2023-2026. Ces dépenses se situent également dans la fourchette basse, représentant 16,3 % du total des dépenses de santé prévues dans les accords bilatéraux, contre une moyenne canadienne de 31 %¹⁵³.

Stratégie

La Nouvelle-Écosse ne dispose pas d'une stratégie ciblée en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS). Les plans de la province concernant les soins dans ce domaine sont intégrés à sa stratégie globale de soins de santé, « *Action for Health: A Strategic Plan 2022-2026* ». Cependant, elle manque de détails sur la façon dont la province prévoit de développer et de renforcer l'infrastructure en SMDUS et ne comporte ni échéancier ni cadre d'évaluation de la performance. Les objectifs présentés dans la stratégie sont de combler les lacunes dans l'accès aux services grâce à des investissements dans des programmes de réduction des méfaits; d'instaurer une couverture universelle des soins de santé mentale et de traitement des dépendances; et de faciliter l'accès à du soutien le jour même en santé mentale, entre autres initiatives¹⁵⁴. En 2017, la Nouvelle-Écosse a publié un cadre relatif à la consommation d'opioïdes et aux surdoses (*Opioid Use and Overdose Framework*). Chaque année depuis, elle publie un rapport des mesures accomplies.

Réponse à la crise des drogues toxiques

Le soutien du gouvernement de la Nouvelle-Écosse envers les initiatives de réduction des méfaits est limité. Comme toutes les autres provinces, elle finance un programme de trousse de naloxone et plusieurs programmes d'échange de seringues.



Elle appuie aussi financièrement les deux centres de prévention des surdoses de la province, ReFix et Peer Six. Cependant, elle ne finance pas de programmes d'analyse de substances ni d'approvisionnement sécuritaire et ces initiatives de réduction des méfaits n'ont pas été incluses dans son plan stratégique sur la santé (*Action for Health: A Strategic Plan 2022–2026*)¹⁵⁵. Le gouvernement de la province finance toutefois la clinique MOSH (*Mobile Outreach Street Health*). Cette clinique mobile offre des services de proximité et compte dans son équipe deux médecins qui prescrivent des médicaments dans le cadre d'une approche d'approvisionnement sécuritaire¹⁵⁶.



TRAVAIL EN COURS

Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse finance deux sites de prévention des surdoses et un service mobile de sensibilisation, mais il faut davantage de soutien pour la réduction des méfaits.

SANTÉ MENTALE DE LA POPULATION

L'état de santé mentale autodéclaré de la population de la Nouvelle-Écosse est moins bon que la moyenne canadienne. Le pourcentage de personnes qui disent avoir une santé mentale mauvaise à passable est de 28,8 %, comparativement à 26,1 % à l'échelle nationale. Les taux de troubles anxieux et de l'humeur (13,9 %), de troubles d'utilisation de substances (TUS) (23,8 %) et d'hospitalisations attribuables à l'alcool (280 par 100 000 hab.) sont plus élevés que la moyenne nationale.

Bien que le taux de décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes soit à moins du tiers du taux national (7 par 100 000 hab. contre 20,8), il est actuellement en hausse. En fait, la tendance longitudinale de la province diffère du reste du Canada : le taux de décès a *diminué* pendant la pandémie, puis a augmenté drastiquement en 2022 et en 2023, portant le nombre de décès de 40 en 2021 à 74 en 2023.

Par ailleurs, la Nouvelle-Écosse surpasse la moyenne canadienne en ce qui concerne le taux d'hospitalisations en raison de blessures auto-infligées, avec 42,3 cas par 100 000 hab. contre 64,9 à l'échelle nationale.

ACCÈS AUX SERVICES

De prime abord, les données semblent indiquer que la Nouvelle-Écosse se situe au-dessus des moyennes nationales en ce qui concerne l'accès aux services de SMDUS. Soixante-douze pour cent des jeunes ayant des besoins en santé mentale ou en santé liée à l'utilisation de substances obtiennent des soins dans la province, un taux supérieur de 11 % à la moyenne nationale. Le taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours pour des problèmes de SMDUS est inférieur à la moyenne. La Nouvelle-Écosse a également un nombre plus élevé de psychiatres (14,5 contre 13,1 au Canada) ainsi que l'un des taux les plus élevés de prestataires de soins en matière de SMDUS par 100 000 hab., soit 2 224,9 prestataires contre 1 721,4 au Canada.



Toutefois, les délais d'attente pour les services dressent un tableau différent. Nova Scotia Health publie sur son site Web des informations à jour concernant les temps d'attente, qui se situent, selon la région, entre 0 et 195 jours pour les soins non urgents, et entre 0 et 13 jours pour les soins urgents¹⁵⁷. De plus, les obstacles à l'accès aux services sont plus nombreux dans les régions rurales de la Nouvelle-Écosse. Les services psychiatriques et les cliniques RAAM (*Rapid Access Addiction Medicine*), par exemple, sont concentrés dans les zones urbaines, ce qui oblige les personnes des régions rurales de la Nouvelle-Écosse à parcourir de longues distances pour y accéder¹⁵⁸. Nova Scotia Health et l'Université Dalhousie se sont récemment associées pour réduire les temps d'attente à quelques semaines grâce au programme d'accès rapide et de stabilisation (*Rapid Access and Stabilization Program*), visant à améliorer l'accès aux services de santé mentale¹⁵⁹.



INQUIÉTANT

Forte concentration de psychiatres en milieu urbain, mais l'accès aux services de santé mentale est limité pour la population rurale de la Nouvelle-Écosse.

DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Les taux de pauvreté et de besoins impérieux en matière de logements de la Nouvelle-Écosse sont préoccupants. La province affiche un taux de pauvreté de 9,8 %, soit le plus élevé au Canada, et ce taux risque d'augmenter à nouveau, maintenant que la plupart des mesures de soutien du revenu liées à la pandémie ont pris fin¹⁶⁰. Le taux de besoins impérieux en matière de logement est également plus élevé dans la province (16,9 %) que la moyenne nationale (15,8 %). Les données désagrégées selon l'origine raciale révèlent

que les personnes noires de la Nouvelle-Écosse ont des revenus plus faibles que le reste de la population et qu'elles sont environ deux fois plus susceptibles d'avoir des besoins impérieux en matière de logement¹⁶¹. Le taux d'emploi chez les personnes ayant une incapacité liée à la santé mentale est également légèrement plus faible dans la province, soit de 44 % par rapport à la moyenne de 46,1 %.

STIGMATISATION ET DISCRIMINATION

Dans l'ensemble, les résultats de la Nouvelle-Écosse sont assez positifs pour les indicateurs relatifs à la stigmatisation et la discrimination. Une moins grande proportion de personnes ayant déclaré avoir une santé mentale mauvaise à passable disent également avoir fait l'objet de victimisation ou de discrimination (7,1 % contre une moyenne nationale de 9,1 %). De plus, 55,9 % de ces personnes disent avoir un sentiment d'appartenance avec la communauté, un pourcentage légèrement plus élevé que la moyenne nationale de 54,9 %. La province enregistre également un taux beaucoup plus faible d'infractions relatives aux drogues déclarées par la police : 96 cas par 100 000 hab., comparativement à 162 à l'échelle nationale.



ALERTE ÉLEVÉE

La population noire de la Nouvelle-Écosse affiche des taux plus élevés en matière de pauvreté et de difficulté d'accès à un logement adéquat.



DANS LA MIRE >

La santé mentale à L'ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Population : 177 081

En milieu rural : 54 %

Les dépenses en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS) sont plus élevées que la moyenne à l'Île-du-Prince-Édouard, mais l'accès aux soins est difficile en raison du manque de psychiatres et de places dans les établissements de soins. En 2016, l'Île-du-Prince-Édouard a mis en place sa stratégie en matière de santé mentale, qui a mené à l'élaboration d'une stratégie de gestion des effectifs et à la création d'une équipe mobile d'intervention en situation de crise et d'un nouveau service des urgences spécialisé en santé mentale et en dépendances. Toutefois, la stratégie manque de précision en ce qui concerne les investissements ciblés et les mesures d'évaluation de la performance.

Le taux de suicide à l'Île-du-Prince-Édouard est plus faible qu'ailleurs au pays et les habitantes et habitants de la province présentent un meilleur bien-être général et moins de besoins insatisfaits (autodéclarés) en matière de services de SMDUS. Cependant, le taux de blessures auto-infligées y est plus élevé. Les infractions relatives aux drogues sont peu nombreuses et le nombre de décès liés à une intoxication aux drogues représente une fraction du taux national. Le gouvernement a tout de même pris des mesures pour réduire les méfaits liés aux drogues, mais ce faisant, il a rencontré une certaine opposition de la part de la population. Cela suggère qu'il reste du travail à faire pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination et s'assurer que les personnes qui utilisent des drogues dans la province puissent obtenir les soins dont elles ont besoin.



DANS LA MIRE : L'ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Indicateur	Catégorie d'indicateur	PE	CAN
1.1a Investissements en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS)	Politiques	6,9 %	6,3 %
1.1b Dépenses en matière de SMDUS prévues dans les accords bilatéraux	Politiques	8,3 %	31 %
1.2 Stratégie en matière de SMDUS	Politiques	Exhaustivité moyenne	En désuétude
1.3 Décriminalisation	Politiques	–	Soutien faible
1.4 Politiques de réduction des méfaits	Politiques	Soutien modéré	Soutien élevé
1.5 Lois sur la santé mentale	Politiques	Préoccupation faible	–
2.1 Santé mentale perçue – mauvaise ou passable	Santé mentale (SM) de la population	18,3 %	26,1 %
2.2a Prévalence des troubles anxieux et de l'humeur (12 derniers mois)	SM de la population	–	10,6 %
2.2b Prévalence des troubles d'utilisation de substances (au cours de la vie)	SM de la population	–	20,7 %
2.3 Taux de décès par suicide	SM de la population	4,1	10,9
2.4 Taux d'hospitalisation en raison de blessures auto-infligées	SM de la population	78,6	64,9
2.5 Taux de décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes	SM de la population	4,0	20,8
2.6 Taux d'hospitalisation entièrement attribuable à l'alcool	SM de la population	248	262
3.1 Pourcentage de la population ayant des besoins insatisfaits ou partiellement satisfaits en santé mentale	Accès aux services	6,7 %	7,8 %
3.2 Pourcentage de jeunes ayant des besoins précoces en matière de SMDUS qui ont obtenu des services communautaires de santé mentale	Accès aux services	–	61 %
3.3 Nombre de psychiatres par tranche de 100 000 hab.	Accès aux services	5,2	13,1
3.4 Nombre de prestataires de soins en matière de SMDUS	Accès aux services	1 957,5	1 721,4
3.5 Taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours pour des problèmes de SMDUS	Accès aux services	12,1 %	13,4 %
4.1 Pourcentage de la population ayant déclaré une santé mentale mauvaise à passable et ayant des besoins impérieux en matière de logement	Déterminants sociaux de la santé (DSS)	9,7 %	15,8 %
4.2 Taux de pauvreté	DSS	8,7 %	8,1 %
4.3 Taux d'emploi chez les personnes âgées de 25 à 64 ans ayant une incapacité liée à la santé mentale	DSS	49,9 %	46,1 %
5.1 Pourcentage de personnes ayant une santé mentale mauvaise à passable et ayant vécu de la discrimination et de la victimisation	Stigmatisation et discrimination	7,1 %	9,1 %
5.2 Pourcentage de la population ayant une santé mentale mauvaise à passable et ayant déclaré un sentiment d'appartenance plus fort à la communauté	Stigmatisation et discrimination	54,4 %	54,4 %
5.3 Taux d'infractions relatives aux drogues déclarées	Stigmatisation et discrimination	76	162

Note : Les valeurs dans le tableau ci-dessus qui n'ont pas de pourcentage indiquent un taux par 100 000 habitants.



POLITIQUE

Financement

L'Île-du-Prince-Édouard dépense plus que la moyenne en santé mentale. La province a consacré 77 millions de dollars à la santé mentale dans son budget de 2024-2025, ce qui représente 6,9 % de son budget de santé global. Malheureusement, le nouvel *Accord pour travailler ensemble* conclu en 2023 entre l'Île-du-Prince-Édouard et le gouvernement du Canada ne prévoit aucun financement pour le secteur de la santé mentale, des dépendances et de l'utilisation de substances. Il a toutefois été convenu que 7,8 millions de dollars des fonds restants de l'accord bilatéral de 2017 y seraient consacrés pour la période 2023-2026. Cela signifie que l'Île-du-Prince-Édouard consacrerait seulement 8,3 % de son financement bilatéral à ce secteur. Il s'agit de la plus petite part parmi l'ensemble des provinces et territoires¹⁶².

Stratégie

L'Île-du-Prince-Édouard dispose d'une stratégie sur dix ans en matière de santé mentale : *Moving Forward Together—Prince Edward Island's Mental Health and Addiction Strategy 2016-2026*. La stratégie définit cinq priorités d'investissements, ainsi que les défis et possibilités associés à chacune, mais elle ne précise pas les programmes ou services ciblés par les investissements, ni d'échéancier de mise en œuvre, ni la façon dont les progrès seront mesurés.

Loi sur la santé mentale

L'an dernier, l'Île-du-Prince-Édouard a mis à jour sa loi sur la santé mentale (*Mental Health Act*) afin de permettre les ordonnances de traitement en milieu communautaire. Les données sur le nombre approximatif de plaintes relatives à un traitement involontaire n'étaient pas disponibles.

Tableau de bord pour la santé mentale



Réponse à la crise des drogues toxiques

Le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard est conscient des graves conséquences sur la santé et des pertes de vie liées à l'approvisionnement en drogues toxiques et il œuvre actuellement à l'adoption de politiques de réduction des méfaits. En 2023, il a annoncé son intention d'ouvrir le premier centre de prévention des surdoses de la province à Charlottetown, mais ce projet n'a pas encore vu le jour, car il a été refusé par le conseil municipal de Charlottetown¹⁶³. Le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard couvre également des coûts d'équipement pour l'analyse de substances, y compris un spectromètre à infrarouge pour un organisme de réduction des méfaits à Charlottetown et des bandelettes réactives au fentanyl à dix emplacements dans la province. Le gouvernement finance également un programme d'échange de seringues et un programme de trousse de naloxone partout dans la province¹⁶⁴.



TRAVAIL EN COURS

Les plans de l'Île-du-Prince-Édouard pour le premier site de prévention des surdoses à Charlottetown ont été bloqués en raison de l'opposition de la municipalité.



SANTÉ MENTALE DE LA POPULATION

Le taux de suicide à l'Île-du-Prince-Édouard est beaucoup plus bas que la moyenne nationale, soit 4,1 décès par 100 000 hab. contre 10,9 au pays. De plus, l'état de santé mentale autodéclaré de la population est meilleur que dans le reste du Canada. Seulement 18,3 % de la population déclare avoir une santé mentale mauvaise à passable, comparativement à 26,1 % à l'échelle nationale. Il est toutefois important de noter que certains groupes présentent des problèmes de santé mentale plus importants. Par exemple, la population agricole de la province déclare des niveaux de dépression et d'anxiété beaucoup plus élevés que la population générale¹⁶⁵.

La crise des drogues toxiques n'a pas frappé l'Île-du-Prince-Édouard aussi durement que d'autres régions du Canada : le nombre de décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes y est moins élevé, représentant environ un sixième de la moyenne nationale (4 décès par 100 000 hab. contre 20,8). Ce taux a toutefois atteint un sommet pendant la pandémie, à 7,4 décès par 100 000 hab.

ACCÈS AUX SERVICES

Pour certains indicateurs relatifs à l'accès aux services, l'Île-du-Prince-Édouard se situe au-dessus de la moyenne canadienne, tandis que pour d'autres, elle semble se heurter à des obstacles. Comparativement au reste du Canada, une plus faible proportion de personnes ont fait état de besoins insatisfaits en matière de services de SMDUS dans la province (6,7 % contre 7,8 %). Par ailleurs, le taux de réadmission à l'hôpital pour des problèmes de SMDUS est légèrement inférieur au taux enregistré à l'échelle nationale (12,1 % contre 13,4 %). Cependant, la province est aux prises avec des problèmes d'effectifs : elle ne compte que 5,2 psychiatres par 100 000 hab. (8 au total), soit deux fois moins que la moyenne nationale de 13,1 par 100 000 hab.



INQUIÉTANT

Difficile d'obtenir des soins avec seulement huit psychiatres sur l'île.

Les effectifs réduits en SMDUS et le manque de places dans les établissements de soins font partie des obstacles à l'accès aux services cernés dans la province. Comme dans les autres provinces de l'Atlantique, la population rurale de l'Île-du-Prince-Édouard a de la difficulté à obtenir des services de santé mentale, qui sont concentrés dans les centres urbains¹⁶⁶.

Pour remédier à la situation, le gouvernement a annoncé son intention de créer une stratégie de développement de la main-d'œuvre¹⁶⁷ et, l'an dernier, il a mis en place une équipe mobile d'intervention en situation de crise afin de désengorger le système de soins de courte durée. Plus récemment, un nouveau service des urgences spécialisé en santé mentale et dépendances a ouvert ses portes, offrant des soins urgents et du soutien clinique 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, aux personnes ayant des problèmes de santé mentale et d'utilisation de substances¹⁶⁸.



À NOTER

Nouvelle unité mobile de crise et service des urgences offrant des soins urgents 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.



DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Le pourcentage de personnes ayant des besoins impérieux en matière de logement à l'Île-du-Prince-Édouard est environ deux fois moins élevé que la moyenne nationale (8,7 % contre 15,8 %). Toutefois, la province n'a pas échappé à la crise du coût de la vie. Le taux de pauvreté y est légèrement plus élevé que la moyenne nationale (8,7 % contre 8,1 %), mais il est à noter qu'en 2022, l'Île-du-Prince-Édouard était la province la plus touchée par l'insécurité alimentaire au Canada¹⁶⁹. Le pourcentage de personnes ne pouvant pas se permettre des aliments nutritifs est passé de 17,3 % en 2019 à 23,6 % en 2022. De plus, en 2022, 35,1 % des enfants de l'Île-du-Prince-Édouard vivaient dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire. Compte tenu des liens entre la pauvreté, la sécurité alimentaire et la santé mentale, il est impératif de s'attaquer à ces tendances préoccupantes.



ALERTE ÉLEVÉE

Plus d'un tiers des enfants vivent dans des foyers où la nourriture est insuffisante.

STIGMATISATION ET DISCRIMINATION

À l'Île-du-Prince-Édouard, les personnes ayant déclaré avoir une santé mentale mauvaise à passable sont moins nombreuses à dire avoir fait l'objet de victimisation ou de discrimination qu'à l'échelle nationale (7,1 % contre 9,1 %) et elles déclarent avoir un sentiment d'appartenance à la communauté dans une proportion comparable à celle du reste du pays. Par ailleurs, le taux d'infractions relatives aux drogues déclarées par la police est beaucoup plus faible dans la province : 76 cas par 100 000 hab., comparativement à la moyenne nationale de 162 cas. Ce taux plus faible montre que les personnes vivant à l'Île-du-Prince-Édouard sont moins susceptibles d'être criminalisées pour possession simple et consommation de drogues non réglementées. Par contre, l'opposition des collectivités à l'établissement de services de prévention des surdoses montre qu'il reste beaucoup à faire pour lutter contre la stigmatisation entourant les services de santé liés à l'utilisation de substances et les personnes qui ont besoin de ces services.



DANS LA MIRE >

La santé mentale à TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

Population : 541 391

En milieu rural : 40 %

Étant l'une des provinces les plus rurales du Canada, Terre-Neuve-et-Labrador peine à retenir ses effectifs en santé mentale et à offrir un bon niveau d'accès aux services, et ce, même si ses résultats aux indicateurs sont globalement meilleurs que les moyennes canadiennes. La province enregistre les taux les plus faibles de troubles de l'humeur, de troubles anxieux et de troubles de l'utilisation de substances (TUS) et le taux le plus bas en ce qui concerne les besoins insatisfaits en matière de services. Mais en même temps, elle affiche le taux de personnes ayant déclaré avoir une santé mentale précaire le plus élevé au Canada et le taux le plus élevé d'hospitalisations en raison de blessures auto-infligées parmi l'ensemble des provinces.

L'accès aux psychiatres ainsi que les temps d'attente pour les services posent des problèmes, mais un nouveau service d'accès rapide en une seule séance pourrait aider à raccourcir ces délais. L'ancienne stratégie en santé mentale de Terre-Neuve-et-Labrador, désormais échue, a donné lieu à la création de politiques importantes, notamment des plans d'action sur la consommation d'alcool et la prévention du suicide, ainsi qu'une mise à jour de la Loi sur la santé mentale. Toutefois, la province a besoin d'une nouvelle stratégie de santé mentale afin de donner une direction claire à ses politiques pour la prochaine décennie. Elle doit également se doter d'une stratégie de réduction des méfaits pour faire face au nombre croissant de décès liés aux opioïdes et aux stimulants.



DANS LA MIRE : TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

Indicateur	Catégorie d'indicateur	NL	CAN
1.1a Investissements en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS)	Politiques	Ins.	6,3 %
1.1b Dépenses en matière de SMDUS prévues dans les accords bilatéraux	Politiques	19,1 %	31 %
1.2 Stratégie en matière de SMDUS	Politiques	Désuète	En désuétude
1.3 Décriminalisation	Politiques	–	Soutien faible
1.4 Politiques de réduction des méfaits	Politiques	Soutien modéré	Soutien élevé
1.5 Lois sur la santé mentale	Politiques	Préoccupation faible	–
2.1 Santé mentale perçue – mauvaise ou passable	Santé mentale (SM) de la population	30 %	26,1 %
2.2a Prévalence des troubles anxieux et de l'humeur (12 derniers mois)	SM de la population	8,7 %	10,6 %
2.2b Prévalence des troubles d'utilisation de substances (au cours de la vie)	SM de la population	14,9 %	20,7 %
2.3 Taux de décès par suicide	SM de la population	10,9	10,9
2.4 Taux d'hospitalisation en raison de blessures auto-infligées	SM de la population	94,2	64,9
2.5 Taux de décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes	SM de la population	6,7	20,8
2.6 Taux d'hospitalisation entièrement attribuable à l'alcool	SM de la population	187	262
3.1 Pourcentage de la population ayant des besoins insatisfaits ou partiellement satisfaits en santé mentale	Accès aux services	6,0 %	7,8 %
3.2 Pourcentage de jeunes ayant des besoins précoces en matière de SMDUS qui ont obtenu des services communautaires de santé mentale	Accès aux services	–	61 %
3.3 Nombre de psychiatres par tranche de 100 000 hab.	Accès aux services	11,6	13,1
3.4 Nombre de prestataires de soins en matière de SMDUS	Accès aux services	2 203,6 (11 489)	1 721,4
3.5 Taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours pour des problèmes de SMDUS	Accès aux services	12,6 %	13,4 %
4.1 Pourcentage de la population ayant déclaré une santé mentale mauvaise à passable et ayant des besoins impérieux en matière de logement	Déterminants sociaux de la santé (DSS)	16,8 %	15,8 %
4.2 Taux de pauvreté	DSS	8,2 %	8,1 %
4.3 Taux d'emploi chez les personnes âgées de 25 à 64 ans ayant une incapacité liée à la santé mentale	DSS	40,9 %	46,1 %
5.1 Pourcentage de personnes ayant une santé mentale mauvaise à passable et ayant vécu de la discrimination et de la victimisation	Stigmatisation et discrimination	7,1 %	9,1 %
5.2 Pourcentage de la population ayant une santé mentale mauvaise à passable et ayant déclaré un sentiment d'appartenance plus fort à la communauté	Stigmatisation et discrimination	54,6 %	54,4 %
5.3 Taux d'infractions relatives aux drogues déclarées	Stigmatisation et discrimination	171	162

Note : Les valeurs dans le tableau ci-dessus qui n'ont pas de pourcentage indiquent un taux par 100 000 habitants.

POLITIQUE

Financement

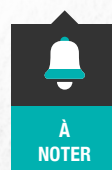
Il est difficile d'évaluer la force de la politique de Terre-Neuve-et-Labrador en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS), car nous manquons de détails sur le financement et les plans à long terme pour les soins de SMDUS. Dans le budget de cette année (2024-2025), la province a annoncé un investissement record de 4,1 milliards de dollars dans les soins de santé, mais aucune estimation des dépenses en SMDUS n'a été fournie. Nous savons du moins que le financement prévu dans le nouvel accord sur les priorités partagées en matière de santé entre la province et le gouvernement du Canada (2023) est inférieur à la moyenne des dépenses canadienne. Pour la période 2023-2026, 24,65 millions de dollars seront consacrés au suivi intensif dans le milieu, aux soins de SMDUS dans les régions rurales et éloignées, à un nouvel établissement de santé mentale et à la santé mentale communautaire. Les 24,3 millions de dollars restants de l'accord bilatéral de 2017 seront également dépensés¹⁷⁰. Nous arrivons donc à un montant de 48,95 millions de dollars, soit 19,1 % du financement bilatéral total, un pourcentage inférieur à la moyenne (31 %).

Stratégie

La stratégie en matière de santé mentale de Terre-Neuve-et-Labrador est maintenant échue. En 2017, la province a publié un plan d'action sur cinq ans en santé mentale, *Towards Recovery: The Mental Health and Addictions Action Plan*.


INQUIÉTANT

La stratégie de santé mentale est désuète.


À NOTER

EN COURS

INQUIÉTANT

ALERTE ÉLEVÉE

Même si l'ensemble des 54 recommandations de ce plan sont considérées en grande partie réalisées (« *substantially complete* »)¹⁷¹, aucun indicateur de performance ni engagement financier n'a été précisé¹⁷². En juin 2022, le gouvernement provincial a publié un plan d'action pour réduire les taux de suicide ainsi qu'un plan d'action sur la consommation d'alcool.


À NOTER

Plans d'action pour prévenir le suicide et lutter contre la consommation d'alcool.

Loi sur la santé mentale

La loi sur la santé mentale de la province (*Mental Health Care and Treatment Act*) a été mise à jour en 2022. Elle fait maintenant l'objet d'un processus d'examen obligatoire tous les cinq ans. Ce processus comporte un examen provincial de l'assurance de la qualité portant sur la délivrance, l'administration, le suivi et la supervision des ordonnances de traitement en milieu communautaire¹⁷³.

Réponse à la crise des drogues toxiques

Le soutien aux politiques de réduction des méfaits est faible à Terre-Neuve-et-Labrador : il n'existe aucun service de consommation supervisée ni de prévention des surdoses dans la province, malgré les demandes des groupes de défense pour leur création¹⁷⁴. L'an dernier, le gouvernement a formé un comité composé de représentantes et représentants de tous les partis en vue de formuler des recommandations sur la manière de soutenir les personnes qui utilisent des drogues, mais aucune mesure n'a encore été annoncée¹⁷⁵.



SANTÉ MENTALE DE LA POPULATION

Terre-Neuve-et-Labrador affiche la plus faible prévalence de troubles de l'humeur (8,3 %), de troubles anxieux (9 %) et de TUS (14,9 %) au Canada, mais aussi le taux le plus élevé de santé mentale précaire (30 % contre 26,1 %). La province enregistre également le taux le plus élevé de blessures auto-infligées parmi les provinces, soit 94,2 cas par 100 000 hab.

Le taux de suicide correspond au taux national de 10,9 décès par 100 000 hab. Cependant, il varie considérablement selon les caractéristiques démographiques et géographiques. Par exemple, en 2020-2021, il y a eu deux fois plus de suicides dans la région sanitaire de Labrador-Grenfell que dans la province dans son ensemble. Les personnes inuites et innues sont par ailleurs surreprésentées dans le nombre de suicides dans la province¹⁷⁶. De 1993 à 2009, le taux de suicide chez les personnes innues du Labrador était de 10 à 15 fois supérieur à celui observé chez la population non autochtone de la province¹⁷⁷.

Tandis que l'ensemble du pays est frappé par la crise de toxicité des drogues, Terre-Neuve-et-Labrador affiche un taux beaucoup plus faible de décès liés à une intoxication aux opioïdes : 6,7 décès par 100 000 hab., soit moins du tiers de la moyenne nationale de 20,8 décès par 100 000 hab. Il convient toutefois de noter que ce taux est en hausse dans la province.



ALERTE ÉLEVÉE

Terre-Neuve-et-Labrador signale le taux le plus élevé de blessures auto-infligées parmi les provinces.

ACCÈS AUX SERVICES

Dans l'ensemble, les données sur l'accès aux services présentées dans ce rapport sont positives pour Terre-Neuve-et-Labrador. La province affiche un taux plus faible de besoins insatisfaits parmi les personnes ayant des problèmes de santé mentale (6 %), comparativement à la moyenne nationale (7,8 %), et un taux plus faible de réadmission à l'hôpital pour des problèmes de SMDUS. Le nombre de prestataires de soins en matière de SMDUS est également supérieur à la moyenne (2 203,6 par 100 000 hab.). Le seul indicateur de l'accès aux services qui présente un moins bon résultat est celui du nombre de psychiatres par 100 000 hab., qui se situe à 11,6, soit légèrement en dessous du taux national de 13,1. Cependant, certains rapports provenant de la province brossent un portrait bien différent de l'accès aux soins. En 2017, la province a adopté le Modèle de soins par paliers 2.0 afin de réduire les temps d'attente. Or, les psychologues de l'Association of Psychology in Newfoundland Labrador ont fait remarquer que bien que cette approche ait permis d'améliorer l'accès aux aides en santé mentale peu intensives offertes en une seule séance, elle n'a pas su réduire les temps d'attente pour les traitements spécialisés plus intensifs, habituellement offerts par les psychologues et les psychiatres.¹⁷⁸ Plus récemment, l'Ordre des psychologues de Terre-Neuve-et-Labrador (Newfoundland and Labrador's Psychology Board) a révélé que les temps d'attente pour les services de santé mentale dans la province sont parmi les plus longs au Canada et que de plus en plus de psychologues décident d'aller exercer dans le secteur privé, entraînant une pénurie dans le système public¹⁷⁹.



TRAVAIL EN COURS

Les soutiens à séance unique et à accès rapide ont permis de réduire les temps d'attente, mais pas pour les traitements nécessitant des spécialistes.



DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Le pourcentage de personnes ayant déclaré avoir une santé mentale mauvaise à passable qui ont également des besoins impérieux en matière de logement est supérieur à la moyenne nationale (16,8 % contre 15,8 %) et le taux de pauvreté se situe près de la moyenne. Cependant, le taux d'emploi chez les personnes ayant une incapacité liée à la santé mentale est inférieur à la moyenne nationale, soit 40,9 % contre 46,1 %.

STIGMATISATION ET DISCRIMINATION

Terre-Neuve-et-Labrador présente un taux relativement faible de stigmatisation et de discrimination chez les personnes ayant déclaré avoir une santé mentale mauvaise à passable, tout comme dans l'ensemble de la région de l'Atlantique. Toutefois, la province affiche un taux d'infractions relatives aux drogues déclarées par la police plus élevé que la moyenne (171 cas par 100 000 hab. contre 162), ce qui suggère qu'il reste du travail à faire pour répondre aux besoins de santé des personnes qui consomment des drogues.



Données
manquantes

DANS LA MIRE >



La santé mentale au YUKON

Population : 45 750

En milieu rural : 36,4 %

De toutes les provinces et de tous les territoires, le Yukon est celui qui consacre la plus grande part du financement bilatéral qu'il reçoit pour la santé à la santé mentale. Cet investissement conséquent s'inscrit dans le cadre de stratégies en matière de bien-être et d'utilisation de substances visant à réduire les taux de blessures auto-infligées et de décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes dans le territoire, qui sont parmi les plus élevés au pays. Le taux d'hospitalisations attribuables à l'alcool y est également quatre fois plus élevé que la moyenne nationale. Face à cette situation, le gouvernement du Yukon a mis en place d'importantes mesures de réduction des méfaits.

Il a notamment créé le seul centre de consommation supervisée dans l'ensemble des territoires, un programme de consommation d'alcool contrôlée et des programmes de guérison axés sur le territoire. Il a par ailleurs créé des centres de services pour le mieux-être mental et la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie dans les régions rurales du territoire qui, bien que manquant de ressources, ont fait leurs preuves. En milieu urbain, cependant, la réponse insuffisante du gouvernement en matière de logement a conduit à une hausse spectaculaire de l'itinérance à Whitehorse, la plus grande ville du territoire.

**DANS LA MIRE : YUKON**

Indicateur	Catégorie d'indicateur	YT	CAN
1.1a Investissements en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS)	Politiques	6,4 %	6,3 %
1.1b Dépenses en matière de SMDUS prévues dans les accords bilatéraux	Politiques	77 %	31 %
1.2 Stratégie en matière de SMDUS	Politiques	Exhaustivité moyenne	En désuétude
1.3 Décriminalisation	Politiques	–	Soutien faible
1.4 Politiques de réduction des méfaits	Politiques	Soutien élevé	Soutien élevé
1.5 Lois sur la santé mentale	Politiques	Ins.	–
2.1 Santé mentale perçue – mauvaise ou passable	Santé mentale (SM) de la population	23,3 %	26,1 %
2.2a Prévalence des troubles anxieux et de l'humeur (12 derniers mois)	SM de la population	–	10,6 %
2.2b Prévalence des troubles d'utilisation de substances (au cours de la vie)	SM de la population	–	20,7 %
2.3 Taux de décès par suicide	SM de la population	–	10,9
2.4 Taux d'hospitalisation en raison de blessures auto-infligées	SM de la population	204,8	64,9
2.5 Taux de décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes	SM de la population	37,8	20,8
2.6 Taux d'hospitalisation entièrement attribuable à l'alcool	SM de la population	948	262
3.1 Pourcentage de la population ayant des besoins insatisfaits ou partiellement satisfaits en santé mentale	Accès aux services	–	7,8 %
3.2 Pourcentage de jeunes ayant des besoins précoces en matière de SMDUS qui ont obtenu des services communautaires de santé mentale	Accès aux services	–	61 %
3.3 Nombre de psychiatres par tranche de 100 000 hab.	Accès aux services	–	13,1
3.4 Nombre de prestataires de soins en matière de SMDUS	Accès aux services	2 205,2	1 721,4
3.5 Taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours pour des problèmes de SMDUS	Accès aux services	15,1 %	13,4 %
4.1 Pourcentage de la population ayant déclaré une santé mentale mauvaise à passable et ayant des besoins impérieux en matière de logement	Déterminants sociaux de la santé (DSS)	–	15,8 %
4.2 Taux de pauvreté	DSS	8,8 %	8,1 %
4.3 Taux d'emploi chez les personnes âgées de 25 à 64 ans ayant une incapacité liée à la santé mentale	DSS	64,9 %	46,1 %
5.1 Pourcentage de personnes ayant une santé mentale mauvaise à passable et ayant vécu de la discrimination et de la victimisation	Stigmatisation et discrimination	–	9,1 %
5.2 Pourcentage de la population ayant une santé mentale mauvaise à passable et ayant déclaré un sentiment d'appartenance plus fort à la communauté	Stigmatisation et discrimination	–	54,4 %
5.3 Taux d'infractions relatives aux drogues déclarées	Stigmatisation et discrimination	633	162

Note : Les valeurs dans le tableau ci-dessus qui n'ont pas de pourcentage indiquent un taux par 100 000 habitants.



POLITIQUE

Financement

En 2024-2025, le gouvernement du Yukon consacrera 43 millions de dollars à la santé mentale, ce qui représente 6,4 % de son budget de santé global. De toutes les provinces et de tous les territoires au Canada, le Yukon est celui qui consacre la plus grande part du financement prévu dans l'*Accord pour travailler ensemble* (accord bilatéral sur la santé de 2023) et des fonds restants de l'*Accord sur les priorités partagées en matière de santé* (2017) au secteur de la santé mentale, des dépendances et de l'utilisation de substances (SMDUS). En tout, cet investissement en SMDUS représente 77 % du financement bilatéral¹⁸⁰.



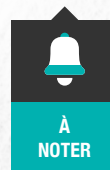
À NOTER

La plus grande part des nouveaux financements est consacrée à la santé mentale, aux dépendances et à l'utilisation de substances (SMDUS) (77 %), et des stratégies de santé mentale ont été mises en place.

Stratégie

Le Yukon a mis en place plusieurs stratégies liées à la santé mentale, dont *Avancer ensemble : Stratégie yukonnaise du mieux-être mental 2016-2026*, la *Stratégie d'urgence de santé publique liée à l'usage de substances* (2023) et la *Stratégie du Yukon sur les femmes, les filles et les personnes bispirituelles+ autochtones disparues et assassinées*¹⁸¹. De plus, en 2020, une équipe d'examen indépendante mandatée par le gouvernement du Yukon a produit le rapport *La population d'abord*, dans lequel sont formulées 76 recommandations pour améliorer les systèmes de santé et de services sociaux. Le gouvernement du Yukon publie chaque année un rapport sur les progrès réalisés en ce qui concerne ces recommandations¹⁸².

Tableau de bord pour la santé mentale



Réponse à la crise des drogues toxiques

Le gouvernement du Yukon a mis en place d'importantes mesures de réduction des méfaits pour lutter contre la crise des drogues toxiques. À l'exception de la Colombie-Britannique, il est le seul au Canada à avoir déclaré un état d'urgence sanitaire en lien avec l'utilisation de substances (2022)¹⁸³. Il est également l'un des rares gouvernements au pays à offrir du Narcan (naloxone en vaporisateur nasal) dans le cadre de son programme public de distribution de trousse de naloxone. Il finance aussi le seul centre de consommation supervisée dans l'ensemble des territoires, *Blood Ties Four Directions*, où des services d'inhalation supervisée sont également offerts. Enfin, le gouvernement du Yukon appuie deux programmes d'approvisionnement sécuritaire et collabore avec les médecins afin de s'assurer qu'ils ont reçu la formation adéquate pour prescrire les médicaments offerts dans le cadre de ces programmes¹⁸⁴.

SANTÉ MENTALE DE LA POPULATION

La situation est alarmante dans les territoires : ceux-ci présentent les taux d'hospitalisations en raison de blessures auto-infligées les plus élevés au Canada. Au Yukon, le taux est de 204,8 cas par 100 000 hab.¹⁸⁵, comparativement à 64,9 pour la moyenne nationale.



ALERTE ÉLEVÉE

Près de quatre fois le nombre moyen d'hospitalisations pour des blessures auto-infligées.



Le nombre de méfaits liés à l'utilisation de substances y est également plus élevé que la moyenne. Le Yukon affiche le troisième taux le plus élevé de décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes, soit 37,8 décès par 100 000 hab. ou 18,9 par 50 000 hab. si l'on tient compte de la population plus faible du territoire. Les communautés des Premières Nations sont disproportionnellement touchées par la crise des drogues toxiques; en 2023, les deux tiers des personnes décédées d'une intoxication aux opioïdes venaient de ces communautés¹⁸⁶. Deux d'entre elles, Carcross Tagish et Nacho Nak Dun, ont déclaré l'état d'urgence, après avoir connu une série de surdoses et de décès liés aux drogues¹⁸⁷. Le taux d'hospitalisations attribuables à l'alcool est également extrêmement élevé au Yukon, atteignant 948 cas par 100 000 hab., alors que la moyenne est de 262 cas par 100 000 hab.

ACCÈS AUX SERVICES

Le gouvernement du Yukon a pris des mesures pour améliorer l'accès aux services et aux mesures de soutien en santé mentale et en santé liée à l'utilisation de substances. Pour améliorer l'accès aux services dans les zones rurales, le ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon a investi dans la création de quatre centres de services pour le mieux-être mental et la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie. Un rapport de la vérificatrice générale du Canada a révélé que ces centres avaient permis d'améliorer l'accès aux services, mais qu'ils manquaient parfois de ressources et de personnel et ne répondaient pas adéquatement aux besoins des membres des Premières Nations¹⁸⁸.



TRAVAIL EN COURS

Des centres de mieux-être et d'utilisation de substances réussis, mais des services inadéquats pour la clientèle des Premières Nations.

Par ailleurs, le gouvernement du Yukon a annoncé le lancement d'un programme de consommation d'alcool contrôlée au printemps 2024 afin d'améliorer les résultats en matière de santé et de réduire le nombre d'hospitalisations et de visites aux urgences en raison d'intoxications à l'alcool¹⁸⁹. Il prévoit également d'investir près de 10 millions de dollars dans des programmes de guérison axés sur le territoire pour la période 2023-2026¹⁹⁰.

DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Nous n'avons pas pu trouver de données relatives à l'indicateur 4.1 *Pourcentage des personnes ayant déclaré avoir une santé mentale mauvaise à passable qui ont également des besoins impérieux en matière de logement*. Cependant, les besoins en matière de logement dans la région circumpolaire nord sont criants, comme le montrent les données portant sur la population générale (non spécifiques aux personnes ayant des besoins en santé mentale) dans les territoires. Au Yukon, en 2021, 13,2 % de la population générale avait des besoins impérieux en matière de logement.



DANS LA MIRE : YUKON

La région est touchée par une grave crise du logement. À Whitehorse, la capitale et la plus grande ville du Yukon, le prix des loyers et des maisons a grimpé en flèche au cours de la dernière décennie. En parallèle, le nombre de personnes mal logées ou itinérantes a aussi grimpé dans la ville, tout comme le besoin de logements sociaux¹⁹¹. Un rapport de la vérificatrice générale du Canada publié en 2022 a révélé que la Société d'habitation du Yukon avait réalisé peu de progrès pour régler la pénurie de logements¹⁹².



INQUIÉTANT

L'itinérance a grimpé en flèche à Whitehorse, la plus grande ville du pays, en raison de l'inefficacité des mesures prises par le gouvernement.

STIGMATISATION ET DISCRIMINATION

Le taux élevé d'infractions relatives aux drogues déclarées par la police au Yukon est inquiétant; il atteint 633 cas par 100 000 hab. (316,5 par 50 000 hab.), soit quatre fois la moyenne nationale de 162 par 100 000 hab. Ce taux sous-entend qu'une plus grande proportion de personnes qui utilisent des substances subissent de la stigmatisation et de la discrimination au Yukon.



Données
manquantes



DANS LA MIRE >

La santé mentale dans les TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Population : 44 741

En milieu rural : 34,7 %

Les Territoires du Nord-Ouest, l'une des régions les moins densément peuplées au Canada, doivent composer avec des conditions météorologiques extrêmes et des infrastructures sanitaires limitées. La prévalence de méfaits y est plus grande qu'ailleurs : les taux de blessures auto-infligées et de méfaits attribuables à l'alcool sont parmi les plus élevés au Canada et, dans les collectivités éloignées et isolées, les taux de suicide sont deux fois plus élevés qu'à Yellowknife, la capitale. Même si les données sont incomplètes, nous pouvons en tirer un aperçu de l'accès aux services dans les Territoires du Nord-Ouest : le faible nombre de prestataires de soins, en particulier de

psychiatres, se traduit par un taux très élevé de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours. Les Territoires du Nord-Ouest consacrent un très faible pourcentage (4 %) de leur budget de santé au secteur de la santé mentale, des dépendances et de l'utilisation de substances (SMDUS) et leur stratégie en matière de santé mentale est désuète. Toutefois, ils ont instauré leur première stratégie de gestion de l'alcool en 2023. Le taux d'infractions relatives aux drogues déclarées par la police est environ quatre fois supérieur à la moyenne nationale. De manière générale, la pénurie de logements et leur prix élevé ont atteint un point critique dans les Territoires du Nord-Ouest.



DANS LA MIRE : TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Indicateur	Catégorie d'indicateur	NT	CAN
1.1a Investissements en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS)	Politiques	4 %	6,3 %
1.1b Dépenses en matière de SMDUS prévues dans les accords bilatéraux	Politiques	38,7 %	31 %
1.2 Stratégie en matière de SMDUS	Politiques	Désuète	En désuétude
1.3 Décriminalisation	Politiques	–	Soutien faible
1.4 Politiques de réduction des méfaits	Politiques	Soutien modéré	Soutien élevé
1.5 Lois sur la santé mentale	Politiques	Ins.	–
2.1 Santé mentale perçue – mauvaise ou passable	Santé mentale (SM) de la population	23,3 %	26,1 %
2.2a Prévalence des troubles anxieux et de l'humeur (12 derniers mois)	SM de la population	–	10,6 %
2.2b Prévalence des troubles d'utilisation de substances (au cours de la vie)	SM de la population	–	20,7 %
2.3 Taux de décès par suicide	SM de la population	11,5	10,9
2.4 Taux d'hospitalisation en raison de blessures auto-infligées	SM de la population	237,2	64,9
2.5 Taux de décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes	SM de la population	4,4	20,8
2.6 Taux d'hospitalisation entièrement attribuable à l'alcool	SM de la population	1 412	262
3.1 Pourcentage de la population ayant des besoins insatisfaits ou partiellement satisfaits en santé mentale	Accès aux services	–	7,8 %
3.2 Pourcentage de jeunes ayant des besoins précoces en matière de SMDUS qui ont obtenu des services communautaires de santé mentale	Accès aux services	–	61 %
3.3 Nombre de psychiatres par tranche de 100 000 hab.	Accès aux services	3,2	13,1
3.4 Nombre de prestataires de soins en matière de SMDUS	Accès aux services	1 110,8	1 721,4
3.5 Taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours pour des problèmes de SMDUS	Accès aux services	17,6 %	13,4 %
4.1 Pourcentage de la population ayant déclaré une santé mentale mauvaise à passable et ayant des besoins impérieux en matière de logement	Déterminants sociaux de la santé (DSS)	–	15,8 %
4.2 Taux de pauvreté	DSS	10,2 %	8,1 %
4.3 Taux d'emploi chez les personnes âgées de 25 à 64 ans ayant une incapacité liée à la santé mentale	DSS	64,2 %	46,1 %
5.1 Pourcentage de personnes ayant une santé mentale mauvaise à passable et ayant vécu de la discrimination et de la victimisation	Stigmatisation et discrimination	–	9,1 %
5.2 Pourcentage de la population ayant une santé mentale mauvaise à passable et ayant déclaré un sentiment d'appartenance plus fort à la communauté	Stigmatisation et discrimination	–	54,4 %
5.3 Taux d'infractions relatives aux drogues déclarées	Stigmatisation et discrimination	653	162

Note : Les valeurs dans le tableau ci-dessus qui n'ont pas de pourcentage indiquent un taux par 100 000 habitants.



POLITIQUE

Financement

Le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest dépense moins que la moyenne pour le secteur de la santé mentale, des dépendances et de l'utilisation de substances (SMDUS). Environ 4 % seulement de son budget de santé global pour 2024-2025 seront consacrés à la santé mentale, ce qui équivaut à environ 30 millions de dollars. Il y consacre toutefois une part plus importante de son financement bilatéral. Les fonds prévus pour le secteur dans le cadre de l'*Accord pour travailler ensemble* (accord bilatéral de 2023) et du nouvel accord sur les priorités partagées en matière de santé (2017) représentent 38,7 % du financement bilatéral global pour la santé. Cet investissement d'environ 9,5 millions de dollars pour la période 2023-2026 dépasse la moyenne canadienne de 31 %¹⁹³.

Réponse à la crise des drogues toxiques

Les Territoires du Nord-Ouest n'ont pas été touchés par la crise des drogues toxiques de la même manière, année après année, que d'autres régions du Canada. Cela pourrait expliquer pourquoi les politiques et infrastructures en matière de réduction des méfaits liés aux opioïdes n'y sont pas aussi développées. Néanmoins, prenant acte des dangers importants liés à l'approvisionnement en drogues toxiques, le gouvernement du territoire a mis en place certaines mesures de réduction des méfaits, notamment un programme de distribution de trousse de naloxone et un programme pilote d'analyse de substances (bandelettes réactives au fentanyl seulement)¹⁹⁴. Les trousse contiennent du Narcan (naloxone en vaporisateur nasal) et sont distribuées dans 56 emplacements sur le territoire, ce qui, compte tenu de la faible taille et la faible densité de la population, dépasse la portée moyenne de ce genre de programme.

SANTÉ MENTALE DE LA POPULATION

Même si, pris ensemble, les territoires affichent un taux relativement faible de personnes ayant déclaré avoir une santé mentale mauvaise à passable, d'autres indicateurs suggèrent que les méfaits liés aux troubles de santé mentale et à l'utilisation de substances sont plus marqués aux Territoires du Nord-Ouest. Ils affichent l'un des taux les plus élevés d'hospitalisations en raison de blessures auto-infligées au Canada (237,2 par 100 000 hab.¹⁹⁵ ou 118,6 par 50 000 hab.), et leur taux de suicide de 11,5 par 100 000 hab. (5,75 par 50 000 hab.) de l'année dernière est le plus élevé en 20 ans et se situe également au-dessus de la moyenne nationale. Les données du Bureau du coroner révèlent que 18 personnes se sont enlevé la vie en 2022, comparativement à 11 l'année d'avant. Cette hausse est en partie attribuée au nombre plus élevé de décès par suicide dans la région Beaufort-Delta¹⁹⁶. Les taux de suicide dans les petites collectivités des Territoires du Nord-Ouest, souvent éloignées et isolées, étaient deux fois plus élevés que celui de Yellowknife. Par ailleurs, la prévalence du suicide est plus marquée chez les communautés des Premières Nations et les jeunes¹⁹⁷. Au cours des dernières années, le gouvernement du territoire a été critiqué pour son manque d'action en matière de prévention du suicide et les lourdeurs administratives qu'il impose aux communautés à la recherche de financement. Dans son budget de 2023-2024, il a annoncé un financement annuel de 500 000 \$ pour la prévention du suicide (une augmentation de 250 000 \$ par année par rapport au dernier financement), ce qui correspond davantage au financement total d'un million de dollars initialement recommandé¹⁹⁸. Les Territoires du Nord-Ouest ne disposent pas d'une stratégie de prévention du suicide, mais certaines régions ont décidé d'élaborer leur propre stratégie, notamment la Inuvialuit Regional Corporation¹⁹⁹.



TRAVAIL EN COURS

Après de récentes critiques, les Territoires du Nord-Ouest financent la prévention du suicide en réponse à la hausse des décès par suicide dans les communautés isolées.

Les méfaits associés à l'alcool sont très répandus dans le territoire. Le taux d'hospitalisations attribuables à l'alcool est le plus élevé du pays, soit 1 412 hospitalisations par 100 000 hab. (706 par 50 000 hab.), comparativement à la moyenne nationale de 262. Pour répondre à la situation, le gouvernement a publié la *Stratégie de gestion de l'alcool pour les Territoires du Nord-Ouest (2023-2028)* dans laquelle il énonce un plan visant à mieux sensibiliser la population, à réduire les méfaits de l'alcool et à améliorer l'accès aux services de traitement des dépendances, y compris à des services culturellement adaptés²⁰⁰.

Le taux de décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes, qui s'élève à 7,7 par 50 000 hab. (soit sept vies perdues), est le plus élevé enregistré aux Territoires du Nord-Ouest depuis 2016, ce qui concorde avec la hausse observée presque partout au Canada pendant la pandémie. Ces taux étaient plus faibles avant et après 2022 : en 2021, on recensait 4 décès et en 2023, seulement 2. Si l'on tient compte de la faible densité de population, le taux de décès en 2023 s'élevait donc à 2,2 par 50 000 hab.



À NOTER

Affichant un taux de visites à l'hôpital liées à l'alcool cinq fois supérieur à la moyenne, les Territoires du Nord-Ouest mettent en place une nouvelle stratégie en matière d'alcool.

ACCÈS AUX SERVICES

Bien qu'incomplètes, les données relatives à l'accès aux services dont nous disposons pour les Territoires du Nord-Ouest suggèrent qu'il est difficile d'y obtenir du soutien en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS). Le taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours pour des problèmes de SMDUS se situe à 17,6 cas par 100 000 hab. (8,8 par 50 000 hab.) et les données sur les effectifs en SMDUS montrent que le nombre de prestataires dans les Territoires du Nord-Ouest est inférieur à la moyenne nationale, soit 1 110,8 prestataires par 100 000 hab. (555,4 par 50 000 hab.) contre 1 721,4 par 100 000 à l'échelle canadienne. Le nombre de psychiatres est particulièrement bas : seulement 3,2 par 100 000 hab., ce qui correspond à un total de 1,6 psychiatres pour l'ensemble du territoire. En comparaison, la moyenne canadienne est de 13,4 psychiatres par 100 000 hab. Les personnes ayant besoin des services en centre de traitement avec hébergement doivent prendre l'avion pour se rendre dans des établissements du Sud du Canada²⁰¹.



INQUIÉTANT

La grave pénurie de psychiatres et d'autres spécialistes de la santé mentale, des dépendances et de l'utilisation de substances (SMDUS) se traduit par un nombre élevé de réadmissions à l'hôpital.

Il est difficile d'obtenir des services en matière de SMDUS dans les Territoires du Nord-Ouest pour plusieurs raisons. Il s'agit de l'une des régions les moins densément peuplées au Canada; environ la moitié de la population vit à Yellowknife et l'autre moitié est dispersée dans 33 collectivités qui ne sont accessibles qu'en avion ou par des routes d'hiver²⁰².



La région doit composer avec des conditions météorologiques extrêmes, des infrastructures sanitaires limitées et une pénurie d'effectifs en santé mentale²⁰³. Tout comme au Nunavut, la population des Territoires du Nord-Ouest se heurte à des barrières linguistiques et au manque de soins culturellement adaptés et sécuritaires. Ces difficultés sont considérables dans la mesure où 51 % de la population est autochtone et 11 langues différentes y sont parlées²⁰⁴. Étant donné la forte proportion de communautés des Premières Nations, des appels ont été lancés au gouvernement pour qu'il investisse davantage dans les services de santé mentale axés sur le territoire et la culture.

DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Pour l'ensemble des territoires, nous ne disposons pas de données relatives à l'indicateur 4.1 *Pourcentage des personnes ayant déclaré avoir une santé mentale mauvaise à passable qui ont également des besoins impérieux en matière de logement*. Cependant, 13,2 % de la population générale des Territoires du Nord-Ouest présente des besoins en matière de logement, signe que le manque de logements est criant. Le prix élevé des logements dans le territoire affecte tout particulièrement les personnes âgées et les Autochtones qui sont locataires. Un rapport de 2022 a révélé que 26,6 % des ménages locataires autochtones de Yellowknife ont un loyer inabordable²⁰⁵.

STIGMATISATION ET DISCRIMINATION

Nous ne disposons pas de données relatives aux indicateurs 5.1 et 5.2 pour les Territoires du Nord-Ouest. Toutefois, le taux nettement plus élevé d'infractions relatives aux drogues déclarées par la police dans ce territoire est inquiétant : 653 cas par 100 000 hab. (326,5 par 50 000 hab.), soit quatre fois la moyenne nationale (162 par 100 000 hab.).



ALERTE ÉLEVÉE

Les infractions liées aux stupéfiants signalées par la police sont environ quatre fois supérieures à la moyenne nationale.



Données
manquantes

DANS LA MIRE >

La santé mentale au NUNAVUT

Population : 44 920

En milieu rural : 54,9 %

Très éloigné et peu peuplé, le Nunavut abrite les plus grandes communautés inuites du pays. Il affiche les taux de suicide et de blessures auto-infligées les plus élevés du pays, ainsi qu'un taux très élevé d'hospitalisations attribuables à l'alcool. Ces maux vécus par la population sont liés aux inégalités sociales et de santé qui découlent du colonialisme. Le taux de pauvreté chez les enfants est alarmant, la sécurité alimentaire est une préoccupation majeure et le taux de personnes ayant des besoins en matière de logement parmi la population générale est trois fois plus élevé qu'à l'échelle nationale. Les données relatives à l'accès aux services sont peu nombreuses, mais nous savons que le Nunavut compte trois fois moins de prestataires de soins en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS), comparativement à la moyenne nationale.

Par ailleurs, cet effectif réduit est principalement composé de personnes non autochtones et souvent de passage, ce qui nuit à la confiance de la population, à la continuité des soins et à l'accès à des services adaptés sur le plan culturel et linguistique. Des changements se profilent toutefois à l'horizon grâce à des initiatives novatrices, par exemple : la formation de personnel auxiliaire inuit pour la prestation de services de soutien en santé mentale; l'essai d'un programme mobile de traitement des dépendances axé sur le territoire; et l'ouverture, à Iqaluit, d'un nouveau centre de traitement des dépendances et des traumatismes conçus par des membres de la communauté inuite. Le Nunavut a également modernisé sa Loi sur la santé mentale en 2021; elle reflète maintenant mieux les valeurs culturelles des Nunavummiut, notamment en permettant une plus grande participation de la famille d'une personne malade.



Indicateur	Catégorie d'indicateur	NU	CAN
1.1a Investissements en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS)	Politiques	10 %	6,3 %
1.1b Dépenses en matière de SMDUS prévues dans les accords bilatéraux	Politiques	17,8 %	31 %
1.2 Stratégie en matière de SMDUS	Politiques	Désuète	En désuétude
1.3 Décriminalisation	Politiques	–	Soutien faible
1.4 Politiques de réduction des méfaits	Politiques	Ins.	Soutien élevé
1.5 Lois sur la santé mentale	Politiques	Préoccupation faible/nulle	–
2.1 Santé mentale perçue – mauvaise ou passable	Santé mentale (SM) de la population	23,3 %	26,1 %
2.2a Prévalence des troubles anxieux et de l'humeur (12 derniers mois)	SM de la population	–	10,6 %
2.2b Prévalence des troubles d'utilisation de substances (au cours de la vie)	SM de la population	–	20,7 %
2.3 Taux de décès par suicide	SM de la population	72,2	10,9
2.4 Taux d'hospitalisation en raison de blessures auto-infligées	SM de la population	360,3	64,9
2.5 Taux de décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes	SM de la population	–	20,8
2.6 Taux d'hospitalisation entièrement attribuable à l'alcool	SM de la population	757	262
3.1 Pourcentage de la population ayant des besoins insatisfaits ou partiellement satisfaits en santé mentale	Accès aux services	–	7,8 %
3.2 Pourcentage de jeunes ayant des besoins précoces en matière de SMDUS qui ont obtenu des services communautaires de santé mentale	Accès aux services	–	61 %
3.3 Nombre de psychiatres par tranche de 100 000 hab.	Accès aux services	–	13,1
3.4 Nombre de prestataires de soins en matière de SMDUS	Accès aux services	676,8	1 721,4
3.5 Taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours pour des problèmes de SMDUS	Accès aux services	12,3 %	13,4 %
4.1 Pourcentage de la population ayant déclaré une santé mentale mauvaise à passable et ayant des besoins impérieux en matière de logement	Déterminants sociaux de la santé (DSS)	–	15,8 %
4.2 Taux de pauvreté	DSS	–	8,1 %
4.3 Taux d'emploi chez les personnes âgées de 25 à 64 ans ayant une incapacité liée à la santé mentale	DSS	43,1 %	46,1 %
5.1 Pourcentage de personnes ayant une santé mentale mauvaise à passable et ayant vécu de la discrimination et de la victimisation	Stigmatisation et discrimination	–	9,1 %
5.2 Pourcentage de la population ayant une santé mentale mauvaise à passable et ayant déclaré un sentiment d'appartenance plus fort à la communauté	Stigmatisation et discrimination	–	54,4 %
5.3 Taux d'infractions relatives aux drogues déclarées	Stigmatisation et discrimination	155	162

Note : Les valeurs dans le tableau ci-dessus qui n'ont pas de pourcentage indiquent un taux par 100 000 habitants.



POLITIQUE

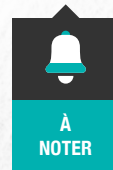
Financement

Le gouvernement du Nunavut a annoncé qu'il dépenserait environ 54 millions de dollars en santé mentale, dépendances et utilisation de substances (SMDUS) pour la période 2024-2025, ce qui représente 10 % de ses dépenses de santé globales. Bien que ce pourcentage soit plus élevé que la moyenne, il convient de noter que le Nunavut consacre une plus petite part de son budget total aux soins de santé, soit seulement 25 % environ, que les autres provinces canadiennes, qui y consacrent de 30 à 40 % de leur budget total. Le nouvel *Accord pour travailler ensemble* (accord bilatéral de 2023) conclu entre le Nunavut et le gouvernement du Canada prévoit un financement de 4,3 millions de dollars en SMDUS pour la période 2023-2026, ce qui représente 17,8 % du financement bilatéral total, une proportion inférieure à la moyenne nationale (31 %). Ce financement sera consacré à de la formation, aux coûts d'investissement des programmes de santé mentale, aux équipes intégrées en santé mentale et aux services virtuels en santé mentale²⁰⁶. Les 781 150 \$ restants de l'accord de 2017 seront affectés à de la formation (pour des services de santé mentale culturellement adaptés), à des symposiums sur les traumatismes et à un centre de services intégrés pour les jeunes en matière de santé mentale.

Stratégie

Les deux stratégies du Nunavut en matière de santé mentale, le *plan d'action INUUSIVUT ANNINAQTUQ 2017-2022* et la *Stratégie de prévention du suicide du Nunavut 2017-2022*, sont maintenant échues²⁰⁷. Nous ne savons donc pas ce que le territoire prévoit faire à long terme pour améliorer la santé et le bien-être de la population, en dehors de ce qui a été présenté dans le nouvel *Accord pour travailler ensemble*.

Tableau de bord pour la santé mentale



INQUIÉTANT

Les stratégies du Nunavut en matière de santé mentale sont obsolètes, et les plans à long terme ne sont pas clairs.

Loi sur la santé mentale

L'une des recommandations de la Stratégie de prévention du suicide du Nunavut était de réviser la *Loi sur la santé mentale* du territoire afin de lutter contre le taux élevé de suicide et de moderniser la législation de manière à mieux refléter les valeurs culturelles des Nunavummiut. Mise à jour en 2021, la *Loi* comporte de nouvelles règles sur les droits linguistiques; la création d'un Conseil de révision en santé mentale; et des dispositions permettant une plus grande participation de la famille d'une personne malade, par exemple, par la désignation d'une ou un *tikkuaqtaujuq* (personne représentante choisie) pour la prise de décisions concernant ses soins. Elle comporte également des dispositions relatives aux ordonnances de traitement en milieu communautaire²⁰⁸.



À NOTER

La législation sur la santé mentale reflète désormais les valeurs culturelles de la population, notamment en permettant une plus grande participation de la famille lorsqu'une personne est malade.



SANTÉ MENTALE DE LA POPULATION

Malheureusement, le Nunavut affiche le taux de suicide et le taux de blessures auto-infligées les plus élevés dans tout le Canada. En 2022, ces taux étaient de 72 par 100 000 hab. (36 par 50 000 hab.)²⁰⁹ et de 360,3 par 100 000 hab. respectivement. Selon les estimations, le taux de suicide dans l'Inuit Nunangat est 5 à 25 fois plus élevé que dans le reste du Canada, avec une incidence disproportionnée chez les jeunes. Des groupes de défense font pression pour que le territoire fasse du suicide une urgence de santé publique, ce qui permettrait de demander l'affectation de davantage de ressources à la prévention du suicide dans la région²¹⁰. Les données historiques montrent que les suicides étaient rares au Nunavut avant les années 1970; ils ont augmenté de façon marquée lorsque les communautés ont été forcées par le gouvernement fédéral à s'installer dans des réserves, souvent dans des logements inadéquats, sans installations sanitaires convenables ni eau potable. La Stratégie nationale de prévention du suicide chez les Inuits (*Inuit National Suicide Prevention Strategy*) cible les déterminants sociaux de la santé en tant que domaines d'intervention prioritaires pour prévenir le suicide au Nunavut : le logement, le revenu, la sécurité alimentaire, l'éducation et le développement de la petite enfance, la culture et la langue, ainsi que l'accès à des services de santé, y compris des services de santé mentale, sont autant de facteurs permettant de réduire le risque de suicide²¹¹.



ALERTE ÉLEVÉE

Les taux de suicide et de blessures auto-infligées au Nunavut sont les plus élevés du pays, et les jeunes sont les plus touchés.

Le Nunavut connaît également un nombre beaucoup plus élevé de méfaits causés par l'alcool. Le taux d'hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool, qui s'élève à 757 par 100 000 hab., est bien au-dessus de la moyenne nationale de 262 par 100 000 hab.

ACCÈS AUX SERVICES

Nous disposons malheureusement de peu de données sur les indicateurs relatifs à l'accès aux services au Nunavut. Toutefois, les deux indicateurs pour lesquels il existe des données suggèrent d'importantes difficultés à obtenir des services. Le Nunavut compte très peu de prestataires de soins en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS) : 676,8 par 100 000 hab. (338,4 par 50 000 hab.), comparativement à la moyenne nationale de 1 721,4. Comme de nombreuses collectivités du Nunavut sont très éloignées et ne sont accessibles que par avion ou par des chemins peu praticables, il est difficile d'assurer et de retenir des effectifs en SMDUS. La main-d'œuvre spécialisée dans le domaine n'est souvent que de passage : les prestataires ne restent généralement que pour une courte période ou viennent pour des visites planifiées depuis des centres urbains du Sud. Cette instabilité peut nuire à l'établissement d'un lien de confiance avec la population et à la continuité des soins. Étant donné le nombre insuffisant de prestataires de soins et de services, de nombreuses personnes au Nunavut doivent être transportées par avion vers les communautés du Sud pour recevoir un traitement²¹². De plus, les services offerts aux communautés ne sont pas forcément adaptés à la culture ou à la langue, car bon nombre de prestataires ne sont pas autochtones ou viennent d'ailleurs. Ces enjeux sont souvent mentionnés en tant qu'obstacles à l'accès aux services, y compris le manque de services en inuktitut et en français au Nunavut²¹³.



TRAVAIL EN COURS

La main-d'œuvre dans le domaine de la santé mentale, des dépendances et de l'utilisation de substances (SMDUS) est transitoire et principalement non autochtone, mais les innovations, telles que le personnel paraprofessionnel inuit, sont prometteuses.

Même si la pénurie de main-d'œuvre et le manque de soins culturellement adaptés sont d'importants obstacles à l'accès aux services, une nouvelle pratique prometteuse se développe : former du personnel auxiliaire inuit à la prestation de services de soutien en santé mentale tenant compte de la culture et des traumatismes, et ce, au sein même des communautés afin d'éviter les déplacements²¹⁴. D'autres solutions novatrices sont à l'essai, comme le programme mobile de traitement des dépendances axé sur le territoire offert près de Cambridge Bay. Par ailleurs, le Nunavut a annoncé l'année dernière un investissement record de 83,7 millions de dollars pour la construction d'Aqqusariaq, un centre de traitement des dépendances et des traumatismes conçu par des membres de la communauté inuite, afin de répondre au besoin important de services locaux de traitement liés à l'utilisation de substances²¹⁵.

DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Le manque de données importantes sur les déterminants sociaux de la santé au Nunavut est problématique, surtout compte tenu des inégalités sociales considérables subies par les communautés inuites qui y vivent. La mesure du panier de consommation (MPC) n'existe actuellement pas pour le Nunavut²¹⁶, mais les données de 2021 sur la pauvreté des enfants dans le territoire indiquent que 35,8 % des enfants de moins de 18 ans vivent dans la pauvreté et que ce pourcentage passe à 43,2 % chez les enfants de moins de six ans²¹⁷. Nous ne disposons pas de données relatives à l'indicateur 4.1 *Pourcentage des personnes ayant déclaré avoir une santé mentale mauvaise à passable qui ont également des besoins impérieux en matière de logement*, mais les données relatives à la population générale révèlent que 32,9 % de la population du Nunavut a des besoins impérieux en matière de logement, soit trois fois plus qu'à l'échelle canadienne²¹⁸. De plus, le gouvernement du Nunavut indique que 35 % des logements du territoire sont considérés comme surpeuplés²¹⁹.

La sécurité alimentaire représente également un enjeu majeur dans la région circumpolaire nord. Au Nunavut, le taux d'insécurité alimentaire modérée à grave est de 49,4 %, comparativement à 8,8 % pour l'ensemble du Canada²²⁰.

STIGMATISATION ET DISCRIMINATION

Nous ne disposons pas de données relatives aux indicateurs 5.1 et 5.2 pour le Nunavut. Contrairement aux autres territoires, le taux d'infractions relatives aux drogues au Nunavut est légèrement inférieur à la moyenne nationale, soit 155 cas par 100 000 hab. contre 162.

RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION

Les données nationales relatives à la santé mentale et à la santé liée à l'utilisation de substances contenues dans ce rapport lancent un signal d'alarme : le Canada doit améliorer la santé mentale de sa population et accroître l'accès aux soins en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS) et aux mesures de soutien social. Bien que la pandémie de COVID-19 ait mis en lumière l'importance de la santé mentale, les données montrent que cette prise de conscience n'a pas abouti comme il le faudrait à la mise en place des politiques nécessaires à un changement systémique. Depuis la pandémie, une plus grande partie de la population canadienne a vu sa santé mentale se détériorer et le nombre de décès liés à l'approvisionnement en drogues toxiques a augmenté, tout comme le nombre d'hospitalisations causées par l'alcool. De plus, les taux très élevés de suicide parmi les Premières Nations et le peuple inuit dans le nord du Canada sont une preuve accablante que le Canada ne remplit pas ses obligations et ses engagements envers les peuples autochtones. Nos systèmes de soins en matière de SMDUS sont fragmentaires et disparates, chaque province et territoire proposant une gamme incohérente de services. L'expérience d'une personne en matière de soins de SMDUS dépend fortement de la province ou du territoire ainsi que du type de milieu (rurale, nordique ou urbaine) où elle habite. Le Canada a besoin d'un système de soins en SMDUS cohérent et complet qui répond de manière équitable aux besoins de la population dans l'ensemble des provinces et territoires.

Par ailleurs, les données révèlent que les personnes ayant une incapacité liée à la santé mentale ont besoin de meilleures mesures de soutien du revenu, de plus grandes possibilités d'emploi et de logements sûrs et stables, et qu'il est essentiel de remédier aux inégalités sociales qui nuisent à la santé mentale, telles que la pauvreté.

Seul un leadership fort de la part du gouvernement fédéral pourra inverser la tendance actuelle au Canada. Ce gouvernement est le seul à pouvoir intégrer tous les soins en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS) au système public de santé, les financer adéquatement et collaborer avec les provinces et territoires pour en faire une priorité.

Enfin, les données nationales sur lesquelles repose le présent rapport sont elles-mêmes fragmentaires, incohérentes et parfois de mauvaise qualité. Si nous voulons favoriser le bien-être mental de la population canadienne, nous devons recueillir davantage de données de meilleure qualité pour connaître ce que nous faisons bien et ce que nous pouvons améliorer. Nous devons également corriger les disparités dans la couverture et la qualité des données entre les provinces et territoires et soutenir les initiatives de mesure de la performance dans le Nord, et ce, en partenariat avec les communautés autochtones, pour que le suivi des besoins en santé de la population et de l'accès aux services reflète leur culture et leurs valeurs. À la lumière des données et des conclusions du présent rapport, nous formulons les recommandations énumérées ci-dessous.

RECOMMANDATIONS

GOVERNANCE ET INVESTISSEMENT

Le gouvernement du Canada doit viser un investissement de 12 % de ses dépenses en santé dans les soins en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS) et créer un cadre législatif plus rigoureux pour régir les dépenses. Concrètement, il faut :

- Augmenter le financement en SMDUS à 6,25 milliards de dollars par année, portant ainsi les dépenses au niveau d'autres pays semblables au nôtre, soit à un minimum de 12 % du budget global en santé.
- Établir une source de financement prévisible et un mécanisme législatif de responsabilisation garantissant la couverture des services en matière de SMDUS offerts en dehors des hôpitaux et des cliniques médicales : soit en modifiant la *Loi canadienne sur la santé* pour y inclure explicitement les services en santé mentale et en santé liée à l'utilisation de substances, soit en créant une loi parallèle sur les soins de santé mentale et de santé liée à l'utilisation de substance s'accompagnant d'un transfert de fonds et de mesures robustes de responsabilisation à l'égard des provinces et des territoires qui, au minimum, adhère aux principes de gestion publique, d'intégralité, d'universalité, de transférabilité et d'accessibilité.

ÉQUITÉ

Le gouvernement du Canada doit augmenter les dépenses sociales et renforcer les mesures de soutien social, afin que les personnes ayant une incapacité liée à la santé mentale ou faisant l'objet d'une forme quelconque de discrimination systémique aient un logement et des revenus suffisamment décentes pour assurer leur bien-être. Concrètement, il faut :

- Instaurer un programme de revenu de base universel (RBU) pour lutter contre la pauvreté. Pour commencer, le gouvernement du Canada devrait songer à lancer trois projets pilotes conçus pour étudier les façons dont un programme fédéral de RBU pourrait être administré.
- Restructurer la Prestation canadienne pour les personnes handicapées pour en faire une mesure de réduction de la pauvreté et pour établir un cadre réglementaire garantissant que les personnes ayant une incapacité liée à la santé mentale peuvent bénéficier de cette prestation et recevoir un soutien financier suffisant pour vivre dignement.
- Réserver des dollars fédéraux aux coûts d'exploitation des logements supervisés et de transition, et assurer la collaboration entre les provinces et les territoires pour accroître la construction et le maintien de logements hors marché abordables.
- Corriger les iniquités sociales vécues par les groupes racisés et les peuples autochtones en consultant ces communautés et les personnes ayant une expérience vécue de trouble de santé mentale, de dépendance ou de trouble lié à l'utilisation de substances pour faire en sorte que les mesures de soutien proposées sont culturellement adaptées et répondent à leurs besoins.

DONNÉES

Le gouvernement du Canada doit recueillir davantage de données de meilleure qualité pour assurer le suivi et l'amélioration de notre système de santé mentale. Concrètement, il faut :

- Consulter des personnes ayant une expérience vécue de trouble de santé mentale, de dépendance ou de trouble lié à l'utilisation de substances, des personnes autochtones, jeunes, noires, racisées et 2ELGBTQ+, et d'autres personnes ayant une expertise tirée de leur vécu, pour établir un ensemble plus complet d'indicateurs en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS).
- Travailler avec les provinces et les territoires pour mieux uniformiser la collecte de données selon un ensemble complet d'indicateurs de performance.
- Accroître le financement des organismes communautaires du secteur de la santé mentale pour améliorer les efforts de collecte et de suivi des données relatives à la santé mentale, aux dépendances et à la santé liée à l'utilisation de substances ainsi que la façon d'en rendre compte publiquement et, d'autre part, veiller à ce que les résultats des services communautaires en matière de santé populationnelle fassent partie de la collecte de données dans les secteurs des soins primaires et de courte durée.
- Mieux soutenir les régions nordiques pour la collecte et la communication des données.

Le Canada est signataire de déclarations internationales qui l'engagent à garantir à l'ensemble de la population le droit au meilleur état de santé possible et à ne pas subir de discrimination fondée sur le handicap. Pour respecter ses engagements, le gouvernement fédéral devra renforcer son financement et ses politiques en matière de santé mentale, de dépendances et de santé liée à l'utilisation de substances et investir davantage dans les mesures de soutien social qui protègent le bien-être de la population.

TABLEAUX DE DONNÉES

Tableau 1.0 – Politiques

Indicateur	BC	AB	SK	MB	ON	QC	NB	NS	PE	NL	YT	NT	NU	CANADA
1.1a Investissements en matière de SMDUS (2024-2025)	Ins.	5,5 % (1,55 G\$)	7,5 % (574 M\$)	5,6 %* (439 M\$)	5,9 % (2 G\$)	Ins.	6 % (229 M\$)	4,9 % (359 M\$)	6,9 % (77,5 M\$)	Ins.	6,4 % (43 M\$)	4 % (30 M\$)	10 % (54 M\$)	6,3 % (moyenne nationale)
1.1b Investissements en matière de SMDUS : Dépenses en matière de SMDUS prévues dans les accords bilatéraux (2023)	20,1 % (246 M\$)	40 % (426 M\$)	35 % (81,6 M\$)	15 % (65,1 M\$)	40,5 % (1 293,69 M\$)	Ins. –	14,8 % (46,2 M\$)	16,3 % (58 M\$)	8,3 % (7,8 M\$)	19,1 % (48,95 M\$)	77 % (18,38 M\$)	38,7 % (9,45 M\$)	17,8 % (4,26 M\$)	31 % (903 M\$) (moyenne nationale)
1.2 Stratégie en matière de SMDUS	Exhaustivité élevée Stratégie active; précisions sur les cibles et les progrès présentées dans le rapport complémentaire publié en 2023. Financement dans les prévisions budgétaires de la province.	En désuétude	Exhaustivité moyenne Stratégie active; priorités nommées, mais peu de détails sur les mesures de responsabilisation et le financement. Intention de dépenser 49,4 M\$ d'ici la 5e année pour la mise en œuvre des mesures prévues.	Exhaustivité faible Stratégie active, mais vague. Financement de 17,1 M\$ pour la 1re année et de 23,7 M\$ pour soutenir les initiatives en cours qui concordent avec les priorités du plan.	Exhaustivité moyenne Stratégie active incluant un plan d'action de 3,8 G\$ sur 10 ans. Les domaines spécifiques d'investissement et les mesures de responsabilisation ne sont pas clairement définis.	Exhaustivité élevée Stratégie active incluant des indicateurs pour mesurer les résultats attendus. Un plan d'action connexe de 1,2 G\$ est mentionné ailleurs.	Exhaustivité moyenne Stratégie active incluant un cadre de responsabilisation, mais manque de clarté quant au suivi des progrès; aucun financement rattaché. Les progrès pourraient être présentés dans le plan provincial de la santé.	En désuétude	Exhaustivité faible Stratégie active; aucun programme concret ni financement rattaché. Aucun renseignement sur la mesure des progrès.	En désuétude	Exhaustivité moyenne Stratégie active; priorités stratégiques et engagement à produire des rapports d'étape trimestriels, mais peu ou pas d'information sur les investissements.	En désuétude	En désuétude	En désuétude (2012) (politique fédérale)

ANNEXE A : TABLEAUX DE DONNÉES >

Indicateur	BC	AB	SK	MB	ON	QC	NB	NS	PE	NL	YT	NT	NU	CANADA
1.3 Décriminalisation (au fédéral seulement) (2024)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Soutien faible Décriminalisation <i>de facto</i> (par des directives en vigueur), mais pas <i>de jure</i> (par la loi). Possibilité d'exemptions provinciales et territoriales à la LRDS pour la possession simple
1.4 Politique de réduction des méfaits (2024)	Soutien élevé : Naloxone; SPS/SCS/SCT; analyse de substances; approvisionnement sécuritaire	Soutien modéré : Naloxone; SPS/SCS/SCT	Soutien modéré : Naloxone; analyse de substances	Soutien modéré : Naloxone; SPS/SCS/SCT	Soutien modéré : Naloxone; SPS/SCS/SCT	Soutien modéré à élevé : Naloxone; SPS/SCS/SCT; analyse de substances	Soutien modéré : Naloxone; SPS/SCS/SCT	Soutien modéré : Naloxone; SPS/SCS/SCT	Soutien modéré : Naloxone; analyse de substances	Soutien modéré : Naloxone; analyse de substances	Soutien élevé : Naloxone; SPS/SCS/SCT; analyse de substances; approvisionnement sécuritaire	Soutien modéré : Naloxone; analyse de substances	Ins.	Soutien élevé : Naloxone; SPS/SCS/SCT; analyse de substances; approvisionnement sécuritaire (politique fédérale)

ANNEXE A : TABLEAUX DE DONNÉES >

Indicateur	BC	AB	SK	MB	ON	QC	NB	NS	PE	NL	YT	NT	NU	CANADA
1.5 Lois sur la santé mentale (2024)	Préoccupation élevée : Révisée en 2022; un service indépendant de conseils en matière de droits a été créé; le « consentement présumé » demeure une préoccupation	Préoccupation élevée : révisée en 2022; pas de défenseur ou défenseuse de la santé mentale dans la province; projet de loi sur l'intervention par compassion.	Ins.	Préoccupation faible	Préoccupation modérée : dernière modification en 2015; recours croissant aux OTMC; le rôle de mandataire spécial pourrait poser problème	Préoccupation modérée : Non révisée depuis 2002; fondée sur le Code civil plutôt que sur la common law; fortement axée sur les droits de la personne. Les tribunaux peuvent ordonner la garde en établissement ou le traitement involontaire d'une personne	Préoccupation élevée : révisée en 2024, mais il n'y a pas de défenseur ou défenseuse de la santé mentale et le projet de loi sur l'intervention par compassion soulève des inquiétudes. Des inquiétudes quant au respect des droits et au suivi des personnes hospitalisées ont été soulevées dans le cadre d'une poursuite et d'un règlement de 2019, qui découlaient de plaintes pour violences physiques et sexuelles déposées par des personnes gardées sans leur consentement à l'hôpital psychiatrique CHR.	Ins.	Préoccupation faible : révisée en 2023; ajouts des OTMC	Préoccupation faible	Ins.	Ins.	Préoccupation faible : révisée en 2021; axée sur un engagement profond envers les pratiques culturellement sécuritaires et les soins communautaires; encourage le recours aux services volontaires; reconnaît le rôle des tikkuaqtaujuut; exige la présence de conseillers culturels inuits et conseillères culturelles inuites au Conseil de révision en santé mentale	–

*Les estimations du Manitoba sont basées sur les dépenses de 2023-2024, car le montant des dépenses en SMDUS pour 2024-2025 est inconnu.

ANNEXE A : TABLEAUX DE DONNÉES >

Tableau 2.0 – Santé mentale de la population

Indicateur	Mesure	BC	AB	SK	MB	ON	QC	NB	NS	PE	NL	YT	NT	NU	CANADA
2.1 Santé mentale perçue – mauvaise ou passable (2021)	% des personnes interrogées (N)	28,1 % (1 865)	29,3 % (1 141)	25,3 % (296)	27,3 % (369)	26,4 % (5 848)	18,4 % (1 030)	27,9 % (268)	28,8 % (904)	18,3 % (38)	30 % (165)		23,3 % (80)		26,1 % (12 004)
2.2a Prévalence des troubles anxieux et de l'humeur au Canada : moyenne combinée ⁱ (2022)	%	9,9	11,9	15,5	10,5	10,9	8,6	14,5	13,9	–	8,7	–	–	–	10,6
2.2b Prévalence des troubles anxieux et de l'humeur au Canada : TUS (2022)	%	25,2	24,4	27,5	24,5	18,9	17,1	27,9	23,8	–	14,9	–	–	–	20,7
2.3 Taux de décès par suicide (2020)	Taux normalisés selon l'âge par 100 000	6,9	14,3	17,6	13,9	9,6	12,2	11,8	11,0	4,1	10,9	–	11,5	72,2	10,9
2.4 Taux d'hospitalisation en raison de blessures auto-infligées (2020)	Taux normalisés selon l'âge par 100 000 (10 ans et plus)	75,0	52,2	87,7	38,7	63,0	68,9	59,3	43,2	78,6	94,2	204,8	237,2	360,3	64,9
2.5 Taux de décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes (2023)	Taux bruts par 100 000 (N)	46,6 (2 574)	39,4 (1 848)	24 (290)	3,7* (52)	16,6 (2 593)	6,0 (536)	8,6 (72)	7 (74)	4 (7)	6,7 (36)	37,8 (17)	4,4 (2)	–	20,8 (8 049)
2.6 Hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool (2022-2023)	Taux par 100 000	385	333	375	259	214	210*	142	280	248	187	948	1 412	757	262

ⁱ Comprend : trouble de l'humeur, dépression, trouble bipolaire, manie, dysthymie, trouble anxieux, phobie, TOC, trouble panique.

*En 2023, le taux brut et le nombre de décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes pour le Manitoba n'étaient pas disponibles. Les données présentées sont celles de 2022

ANNEXE A : TABLEAUX DE DONNÉES >

Tableau 2.1 – Indicateur 2.2 Prévalence des troubles au Canada

Indicateur 2.2 Prévalence des troubles anxieux et de l'humeur au Canada	Trouble de l'humeur* (c.-à-d. trouble de l'humeur, dépression, trouble bipolaire, manie ou dysthymie)		(c.-à-d. tout autre trouble de l'humeur)		(c.-à-d. trouble anxieux, phobie, TOC, trouble panique)	
	Mesure	% de personnes ayant un trouble de l'humeur	Taux par 100 000	% de personnes ayant un trouble de l'humeur	Taux par 100 000	% de personnes ayant un trouble anxieux
PROVINCE						
Terre-Neuve-et-Labrador	8,3	–	–	–	9,0	–
Île-du-Prince-Édouard	–	–	–	–	–	–
Nouvelle-Écosse	15,0	15 017	0,7	–	12,7	12 743
Nouveau-Brunswick	14,7	14 660	1,3	–	14,2	14 253
Québec	8,3	8 342	1,1	1 093	8,9	8 927
Ontario	11,3	11 266	1,5	1 542	10,4	10 389
Manitoba	12,1	12 132	0,4	–	8,8	8 819
Saskatchewan	15,6	15 585	2,8	–	15,4	15 448
Alberta	13,0	12 993	0,8	–	10,7	10 707
Colombie-Britannique	11,2	11 246	0,5	–	8,5	8 514
Territoires du Nord-Ouest	–	–	–	–	–	–
Yukon	–	–	–	–	–	–
Nunavut	–	–	–	–	–	–
Canada	11,1	11 066	1,2	1 161	10,0	10 050

ANNEXE A : TABLEAUX DE DONNÉES >

Indicateur :	Trouble anxieux (autre)* (c.-à-d. tout autre trouble anxieux)				Trouble lié à l'utilisation de substances (TUS) (au cours de la vie) (c.-à-d. alcool ou drogues, au cours de la vie)	
	Mesure	% de personnes ayant un trouble anxieux	Taux par 100 000	% de personnes ayant une dépendance à l'alcool	Taux par 100 000	% de personnes ayant un TUS
PROVINCE						
Terre-Neuve-et-Labrador	2,3	–	–	–	14,9	14 888
Île-du-Prince-Édouard	–	–	–	–	–	–
Nouvelle-Écosse	3,7	–	–	–	23,8	23 822
Nouveau-Brunswick	6,4	–	–	–	27,9	27 943
Québec	4,2	4 163	0,6	574	17,1	17 130
Ontario	4,7	4 731	1,1	1 069	18,9	18 865
Manitoba	3,3	–	0,1	–	24,5	24 474
Saskatchewan	3,2	–	0,4	–	27,5	27 493
Alberta	4,1	4 117	0,8	–	24,4	24 401
Colombie-Britannique	3,4	3 407	1,4	1 360	25,2	25 250
Territoires du Nord-Ouest	–	–	–	–	–	–
Yukon	–	–	–	–	–	–
Nunavut	–	–	–	–	–	–
Canada	4,2	4 232	0,8	842	20,7	20 656

ANNEXE A : TABLEAUX DE DONNÉES >

Indicateur :	Trouble de l'utilisation de substances (TUS) (au cours des 12 derniers mois) (c.-à-d. alcool ou drogues, au cours des 12 derniers mois)	
Mesure	% de personnes ayant eu un TUS au cours des 12 derniers mois	Taux par 100 000
PROVINCE		
Terre-Neuve-et-Labrador	–	–
Île-du-Prince-Édouard	–	–
Nouvelle-Écosse	2,4	–
Nouveau-Brunswick	2,0	–
Québec	3,8	3 843
Ontario	3,9	3 944
Manitoba	3,8	3 797
Saskatchewan	3,2	–
Alberta	3,8	3 785
Colombie-Britannique	4,5	4 462
Territoires du Nord-Ouest	–	–
Yukon	–	–
Nunavut	–	–
Canada	3,8	3 808

*Remarques sur les prévalences :

- **Les données sur les troubles de l'humeur** incluent les personnes ayant répondu qu'elles étaient atteintes d'un trouble de l'humeur, de dépression, de trouble bipolaire, de manie ou de dysthymie.
- Les données sur les troubles de l'humeur (autres) incluent les personnes ayant déclaré avoir tout autre trouble de l'humeur.
- **Les données sur les troubles anxieux** incluent les personnes ayant répondu qu'elles étaient atteintes d'un trouble anxieux, d'une phobie, d'un TOC ou d'un trouble panique.
- Les données sur les troubles anxieux (autres) incluent les personnes ayant déclaré avoir tout autre trouble anxieux.

ANNEXE A : TABLEAUX DE DONNÉES >

Tableau 3.0 – Accès à des services en matière de santé mentale et de santé liée à l'utilisation de substances

Indicateur	Mesure	BC	AB	SK	MB	ON	QC	NB	NS	PE	NL	YT	NT	NU	CANADA
3.1 Pourcentage de personnes ayant fait état de besoins non satisfaits ou partiellement satisfaits en matière de services de santé mentale (2023)	% (nombre de personnes ayant des besoins non satisfaits en matière de soins)	9,4 % (369 000)	9,0 % (316 000)	6,6 % (58 700)	8,4 % (85 900)	7,8 % (915 100)	6,6 % (462 500)	6,3 % (38 700)	7,8 % (61 100)	6,7 % (8 400)	6,0 % (26 000)	–	–	–	7,8 % (2 341 200)
3.2 Jeunes de 12 à 24 ans ayant des besoins précoces en matière de SMDUS qui ont accédé à des services de santé mentale communautaire dans les six derniers mois (2022)	% (N)	68 % (205)	62 % (197)	48 % (30)	52 % (43)	61 % (406)	–	45 % (24)	72 % (38)	–	–	–	–	–	61 % (1 274)
3.3 Nombre de psychiatres au Canada par 100 000 hab. (2019)	Nombre de psychiatres par 100 000 (N total dans la province)	14,8 (747)	10,6 (461)	7,4 (87)	13,3 (181)	13,4 (1 938)	14,4 (1 215)	6,6 (51)	14,5 (140)	5,2 (8)	11,6 (61)	3,2 (4)			13,1 (4 893)
3.4 Nombre de prestataires de soins en matière de SMDUS par 100 000 hab. au Canada Supply of MHASU healthcare providers in Canada (2021)	Nombre par 100 000 hab. (N total dans la province)	1 446,8 (74 635)	1 907,2 (84 299)	1 907,5 (22 495)	1 862,2 (25 710)	1 609,9 (237 392)	1 817,0 (155 864)	2 067,5 (16 193)	2 224,9 (21 846)	1 957,5	2 203,6	2 205,2 (930)	1 110,8 (504)	676,8 (265)	1 721,4 (654 780)
3.5 Taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours pour des problèmes de SMDUS (2022-2023)	% (nombre total de réadmissions)	15,3 (4 600)	11,3 (2 351)	11,5 (771)	10,7 (600)	13,7 (8 652)	13,0 (5 070)	12,2 (447)	10,3 (381)	12,1 (114)	12,6 (284)	15,1 (52)	17,6 (91)	12,3 (51)	3,4 (24 252)

Remarques sur la présentation des données :

- Le tiret (-) signifie que les données sont manquantes.
- Les astérisques (**) signifient que la taille de l'échantillon est trop petite pour obtenir un pourcentage représentatif.
- Taux ajusté selon les risques = nombre total de personnes concernées par l'indicateur / dénominateur proportionnel au nombre de personnes dans la population

Tableau 4.0 – Déterminants sociaux de la santé/accès aux conditions essentielles d’une bonne santé mentale

Indicateur	Mesure	BC	AB	SK	MB	ON	QC	NB	NS	PE	NL	YT	NT	NU	Canada
4.1 Pourcentage des personnes ayant déclaré avoir une santé mentale mauvaise à passable ayant également des besoins impérieux en matière de logement (2021)	% (N)	19,1 % (172)	17,4 % (177)	16,3 % (112)	14,7 % (84)	18,1 % (291)	9,9 % (69)	13,4 % (104)	16,9 % (109)	9,7 % (30)	16,8 % (75)	–	–	–	15,8 % (1 233)
4.2 Taux de pauvreté selon la mesure fondée sur un panier de consommation (MPC) (2020)	%	9,8 %	8,1 %	8,4 %	8,6 %	8,3 %	6,4 %	8,1 %	9,8 %	8,7 %	8,2 %	8,8 %	10,2 %	–	8,1 %
4.3 Taux d’emploi chez les personnes ayant une incapacité liée à la santé mentale (25 à 64 ans) (2017)	%	50,3 %	53,9 %	58,8 %	51,6 %	43,0 %	41,6 %	44,0 %	44,0 %	49,9 %	40,9 %	64,9 %	64,2 %	43,1 %	46,1 %

ANNEXE A : TABLEAUX DE DONNÉES >

Tableau 5 – Stigmatisation, discrimination et mauvais traitements

Indicateur	Mesure	BC	AB	SK	MB	ON	QC	NB	NS	PE	NL	YT	NT	NU	Canada
5.1 Pourcentage des personnes ayant déclaré avoir une santé mentale mauvaise à passable qui font l'objet de discrimination et de victimisation (2019)	% (N)	10,9 % (29)	Région des Prairies : 9,9 % (67)			10,3 % (51)	5,6 % (9)	Région de l'Atlantique : 7,1 % (35)			-	-	-	9,1 % (191)	
5.2 Pourcentage des personnes ayant déclaré avoir une santé mentale mauvaise à passable qui ont un sentiment d'appartenance à leur communauté (2020)	% (N)	56,8 % (249)	49,7 % (190)	51,8 % (85)	54,5 % (116)	55,4 % (755)	53,7 % (249)	55,9 % (81)	55,9 % (114)	54,4 % (74)	54,6 % (71)	-	-	-	54,4 % (1 984)
5.3 Taux d'infractions relatives aux drogues déclarées par la police (2021)	Taux (N)	343 (17 880)	146 (6 506)	206 (2 434)	158 (2 182)	98 (14 502)	167 (14 409)	158 (1 246)	96 (955)	76 (125)	171 (892)	633 (297)	653 (272)	155 (61)	162 (61 798)

- Le tiret (-) signifie que les données sont manquantes.
- Les astérisques (**) signifient que la taille de l'échantillon est trop petite pour obtenir un pourcentage représentatif.
- Taux ajusté selon les risques = nombre total de personnes concernées par l'indicateur / dénominateur proportionnel au nombre de personnes dans la population

SOURCES ET NOTES CONTEXTUELLES CONCERNANT LA COLLECTE DE DONNÉES

Indicateur

Catégorie indicateur

1.1a Investissements en matière de SMDUS

Source des données :

BC : https://www.bcbudget.gov.bc.ca/2024/pdf/2024_Budget_and_Fiscal_Plan.pdf
 AB : <https://open.alberta.ca/dataset/23c82502-fd11-45c6-861f-99381fffc748/resource/3782cc8f-fdc4-4704-9c50-07fc36e05722/download/budget-2024-fiscal-plan-2024-27.pdf>
 SK : <https://budget.saskatchewan.ca/pub/docs/budget-docs/22948-2024-25-budget-document-web.pdf>
 MB : https://www.gov.mb.ca/asset_library/en/budget2024/budget2024.pdf
 ON : <https://budget.ontario.ca/fr/2024/pdf/2024-ontario-budget-fr.pdf>
 QC : https://www.finances.gouv.qc.ca/Budget_et_mise_a_jour/budget/documents/Budget2425_PlanBudgetaire.pdf
 NB : https://legnb.ca/content/house_business/60/3/tailed_documents/2024-2025%20Main%20Estimates%20BIL.pdf
 NS : <https://beta.novascotia.ca/sites/default/files/documents/6-460/ftb-bfi-020-en-budget-2024-2025.pdf>
 PE : <https://docs.assembly.pe.ca/download/dms?objectId=9abfe316-e0fe-4f13-8cbc-bd4481e6c501&fileName=Premier.King.02292024.2024-25%20Estimates%20of%20Revenue%20and%20Expenditure.pdf>
 NL : <https://www.gov.nl.ca/budget/2024/wp-content/uploads/sites/8/2024/03/The-Economy-2024.pdf>
 YT : <https://yukon.ca/sites/yukon.ca/files/fin/fin-2024-25-budget-estimations-depenses-fr.pdf>
 NT : https://www.fin.gov.nt.ca/sites/fin/files/2024-25_main_estimates.pdf
 NU : <https://www.gov.nu.ca/sites/default/files/documents/2024-02/Main%20Estimates%202024-25%20%28EN%29.pdf>

Remarques analytiques :

- Les montants des dépenses en matière de SMDUS proviennent des prévisions budgétaires de 2024-2025 de chaque province et territoire. Nous avons mis les montants disponibles en format Excel. Nous avons ensuite calculé les pourcentages en divisant le montant total en dollars des dépenses en SMDUS par le montant total en dollars des dépenses en santé pour chaque province et territoire.

Autres remarques :

- Les données n'étaient pas disponibles pour la Colombie-Britannique, le Québec et Terre-Neuve-et-Labrador. Les données de 2024-2025 n'étaient pas disponibles pour le Manitoba, mais celles de 2023-2024 l'étaient.

ANNEXE B : SOURCES ET NOTES CONTEXTUELLES CONCERNANT LA COLLECTE DE DONNÉES >

Indicateur	Catégorie indicateur
1.1b Dépenses en matière de SMDUS prévues dans les accords bilatéraux	<p>Source des données :</p> <p>BC : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/priorites-partagees-matiere-sante/accords-bilateraux-travailler-ensemble/colombie-britannique-travailler-ensemble-ameliorer-soins.html</p> <p>AB : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/priorites-partagees-matiere-sante/accords-bilateraux-travailler-ensemble/alberta-ensemble-ameliorer-soins.html</p> <p>SK : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/priorites-partagees-matiere-sante/accords-bilateraux-travailler-ensemble/saskatchewan-ameliorer-soins.html</p> <p>MB : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/priorites-partagees-matiere-sante/accords-bilateraux-travailler-ensemble/manitoba-ensemble-ameliorer-soins.html</p> <p>ON : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/priorites-partagees-matiere-sante/accords-bilateraux-travailler-ensemble/ontario-ensemble-ameliorer-soins.html</p> <p>QC : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/priorites-partagees-matiere-sante/accords-bilateraux-travailler-ensemble/quebec-ameliorer-soins.html</p> <p>NB : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/priorites-partagees-matiere-sante/accords-bilateraux-travailler-ensemble/nouveau-brunswick-ameliorer-soins.html</p> <p>NS : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/priorites-partagees-matiere-sante/accords-bilateraux-travailler-ensemble/nouvelle-ecosse-ensemble-ameliorer-soins.html</p> <p>PE : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/priorites-partagees-matiere-sante/accords-bilateraux-travailler-ensemble/ile-prince-edouard-ensemble-ameliorer-soins.html</p> <p>NL : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/priorites-partagees-matiere-sante/accords-bilateraux-travailler-ensemble/terre-neuve-labrador-travailler-ensemble-ameliorer-soins.html</p> <p>YT : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/priorites-partagees-matiere-sante/accords-bilateraux-travailler-ensemble/yukon-ensemble-ameliorer-soins.html</p> <p>NT : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/priorites-partagees-matiere-sante/accords-bilateraux-travailler-ensemble/territoires-nord-ouest-travailler-ensemble-ameliorer-soins.html</p> <p>NU : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/priorites-partagees-matiere-sante/accords-bilateraux-travailler-ensemble/nunavut-ensemble-ameliorer-soins.html</p> <p>Remarques analytiques :</p> <ul style="list-style-type: none">• Les montants des dépenses en matière de SMDUS pour 2023-2026 prévus dans le financement bilatéral de 2023 (y compris les fonds restants des accords bilatéraux de 2017) proviennent des tableaux de données fournis dans chaque <i>Accord</i>. Nous les avons mis en format Excel. Nous avons ensuite calculé les pourcentages en divisant le montant en dollars des dépenses en matière de SMDUS par le montant total en dollars du financement bilatéral pour chaque province et territoire.

ANNEXE B : SOURCES ET NOTES CONTEXTUELLES CONCERNANT LA COLLECTE DE DONNÉES >

Indicateur	Catégorie indicateur
1.2 Stratégie en matière de SMDUS	<p>Source des données :</p> <p>BC : https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/british-columbians-our-governments/initiatives-plans-strategies/mental-health-and-addictions-strategy/bcmentalhealthroadmap_2019web-5.pdf</p> <p>SK : https://www.saskatchewan.ca/government/health-care-administration-and-provider-resources/saskatchewan-health-initiatives/mental-health-and-addictions-action-plan</p> <p>MB : https://www.gov.mb.ca/asset_library/en/mhgw/docs/roadmap.pdf</p> <p>ON : https://www.ontario.ca/fr/page/feuille-de-route-vers-le-mieux-etre-plan-delaboration-du-systeme-de-sante-mentale-et-de-lutte-contre https://www.ontario.ca/fr/page/publication-des-plans-dactivites-et-rapports-annuels-de-2023-2024-ministere-de-la-sante</p> <p>QC : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf; Un investissement de plus de 1 milliard \$ en santé mentale – La Relève (lareleve.qc.ca)</p> <p>NB : https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/Sante-mentale-et-Traitement-des-dependances/plan-action-interministeriel-visant-dependances-et-sante-mentale.pdf</p> <p>PE : https://www.princeedwardisland.ca/fr/publication/strategie-relative-a-sante-mentale-et-a-toxicomanie-2016-2026</p> <p>YT : https://yukon.ca/sites/yukon.ca/files/hss/hss-mental-wellness-strategy-fr.pdf</p> <p>Autres remarques :</p> <ul style="list-style-type: none">• Les stratégies de l'Alberta, Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne sont pas disponibles, car elles sont échues.
1.3 Décriminalisation (au fédéral seulement)	<p>Source des données :</p> <ul style="list-style-type: none">• https://www.ppsc-sppc.gc.ca/fra/pub/sfpg-fpsd/sfp-fps/tpd/p5/ch13.html

ANNEXE B : SOURCES ET NOTES CONTEXTUELLES CONCERNANT LA COLLECTE DE DONNÉES >

Indicateur	Catégorie indicateur
1.5 Lois sur la santé mentale	<p>Source des données :</p> <p>BC : https://www.healthjustice.ca/fast-facts-mha; https://bcombudsperson.ca/assets/media/Committed-to-Change_Report-Update_July21-2022.pdf</p> <p>AB : https://open.alberta.ca/dataset/0c69e9e5-5e1f-43d3-aca0-3464a147fb19/resource/404a31eb-242b-4bfe-933d-73af6b4e4828/download/health-mhrp-response-treating-peoplewith-mental-illness-fairly-progress-report-2020-2021.pdf</p> <p>MB : https://www.ombudsman.mb.ca/uploads/document/files/2022-23-annual-report-web-en.pdf</p> <p>ON : https://files.ontario.ca/moh-third-review-community-treatment-orders-dec-2019-fr-2023-03-09.pdf https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90m07</p> <p>QC : https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/P-41?&cible=</p> <p>NB : https://www.canlii.org/fr/nb/legis/lois/lrn-b-1973-c-m-10/derniere/lrn-b-1973-c-m-10.html https://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick/class-action-settlement-restigouche-hospital-psychiatric-patients-judge-approved-campbellton-1.7008749</p> <p>NS : https://novascotia.ca/dhw/mental-health/documents/ipta/IPTA_Facts_for_Law_Enforcement.pdf https://nslegislature.ca/fr/legc/bills/59th_1st/1st_read/b109.htm</p> <p>PE : https://www.princeedwardisland.ca/fr/legislation/mental-health-act https://www.cbc.ca/news/canada/prince-edward-island/pei-mental-health-legislature-act-1.7027073#:~:text=P.E.I.%27s%20new%20Mental%20Health%20Act%20passed%20second%20reading,mental%20health%20team%20outside%20of%20a%20hospital%20setting</p> <p>NL : www.lghealth.ca/wp-content/uploads/2018/04/MHCTA-PPT.compressed.pdf</p> <p>NT : https://www.canlii.org/fr/nu/legis/lois/lrtn-o-nu-1988-c-m-10/105026/lrtn-o-nu-1988-c-m-10.html</p> <p>Autres remarques :</p> <ul style="list-style-type: none">• Information insuffisante pour la Saskatchewan, la Nouvelle-Écosse, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest

ANNEXE B : SOURCES ET NOTES CONTEXTUELLES CONCERNANT LA COLLECTE DE DONNÉES >

Indicateur	Catégorie indicateur
2.1 Santé mentale perçue – mauvaise ou passable	<p>Source des données :</p> <ul style="list-style-type: none">Statistique Canada. (2021). Santé mentale des Canadiens – Fichier de microdonnées à grande diffusion (2020). Disponible à l'adresse : https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/13-25-0002/132500022020001-fra.htm https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/13250002 <p>Remarques analytiques :</p> <ul style="list-style-type: none">Nous avons importé les variables du fichier CSV dans le logiciel SAS 9.4, puis les avons formatées et transposées dans un tableau croisé de l'état de la santé mentale dans les provinces et les territoires.Nous avons procédé à une analyse du tableau croisé de l'état de la santé mentale pour chaque province. <p>Autres remarques :</p> <ul style="list-style-type: none">Les données incluent celles recueillies pendant la pandémie de COVID-19, ce qui pourrait entraîner une surestimation ou une sous-estimation des taux.
2.2a Prévalence des troubles anxieux et de l'humeur au Canada : Troubles anxieux/ de l'humeur (moyenne combinée, prévalence au cours des 12 derniers mois)	<p>Source des données :</p> <ul style="list-style-type: none">Statistique Canada. (2022). Enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins, 2022. Le dictionnaire de données et le questionnaire sont disponibles sur : https://www.statcan.gc.ca/fr/programmes-statistiques/instrument/5015_Q2_V1 <p>Remarques analytiques :</p> <ul style="list-style-type: none">Nous avons téléchargé et formaté les variables du fichier CSV. Les estimations de la population totale sont basées sur les estimations de réponses « oui » ou « non » pour chaque trouble. Nous avons déterminé les pourcentages à partir des pourcentages déclarés ou en utilisant le pourcentage de personnes n'ayant pas un trouble donné pour calculer celui des personnes avec un trouble donné. Lorsque les données étaient disponibles, nous avons divisé le nombre total de personnes atteintes de chaque trouble par l'estimation de la population totale, puis avons multiplié par 100 000 afin de déterminer les taux par 100 000 hab.
2.2b Prévalence des troubles de l'utilisation de substances (TUS) (au cours de la vie)	

ANNEXE B : SOURCES ET NOTES CONTEXTUELLES CONCERNANT LA COLLECTE DE DONNÉES >

Indicateur	Catégorie indicateur
2.3 Taux de décès par suicide	<p>Source des données :</p> <ul style="list-style-type: none">Gouvernement du Canada. (2023). Suicides, blessures auto-infligées et comportements liés au suicide au Canada : Mortalité par suicide. Disponible à l'adresse : https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/suicides-blessures-auto-infligees/mortalite-par-suicide.html <p>Remarques analytiques :</p> <ul style="list-style-type: none">Nous avons rapporté les taux de décès par suicide normalisés selon l'âge par 100 000 personnes (codes X60 à X84 et Y87 de la CIM).
2.4 Taux d'hospitalisations en raison de blessures auto-infligées	<p>Source des données :</p> <ul style="list-style-type: none">Gouvernement du Canada. (2023). Suicides, blessures auto-infligées et comportements liés au suicide au Canada : Blessures auto-infligées. Disponible à l'adresse : https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/suicides-blessures-auto-infligees/blessures-auto-infligees.html <p>Remarques analytiques :</p> <ul style="list-style-type: none">Nous avons rapporté les taux d'hospitalisation en raison de blessures auto-infligées normalisés selon l'âge par 100 000 personnes (codes X60 à X84 de la CIM).
2.5 Décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes	<p>Source des données :</p> <ul style="list-style-type: none">Gouvernement du Canada. (2024). Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada. Disponible à l'adresse : https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants/cartes.html <p>Remarques analytiques :</p> <ul style="list-style-type: none">Taux brut par 100 000 hab. et nombre déclaré de décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes ou aux stimulants.

ANNEXE B : SOURCES ET NOTES CONTEXTUELLES CONCERNANT LA COLLECTE DE DONNÉES >

Indicateur	Catégorie indicateur
2.6 Taux d'hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool	<p>Source des données :</p> <ul style="list-style-type: none">Institut canadien d'information sur la santé. (2024). Disponible à l'adresse : https://votresystemedesante.icis.ca/hsp/inbrief?lang=fr#!/indicateurs/061/hospitalizations-entirely-caused-by-alcohol;/mapC1;mapLevel2;/ <p>Remarques analytiques :</p> <ul style="list-style-type: none">Taux déclarés par 100 000 hab. partout au CanadaLes données de 2022-2023 sont manquantes pour le Québec. Nous avons rapporté le taux d'hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool de 2021-2022 pour cette province.
3.1 Pourcentage de personnes ayant fait état de besoins non satisfaits ou partiellement satisfaits en matière de services de santé mentale (2023)	<p>Source des données :</p> <ul style="list-style-type: none">Statistique Canada. (2023). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle; Caractéristiques de la santé mentale :besoin perçu de soin de santé mentale. Disponible à l'adresse : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/cv.action?pid=1310061901&request_locale=frNous avons téléchargé le fichier « All_Canada.csv » et importé les données dans le logiciel SAS. Puis, nous avons déterminé le nombre de personnes ayant déclaré avoir un besoin perçu en matière de services de santé mentale. Nous avons rapporté les pourcentages de personnes ayant des besoins non satisfaits ou partiellement satisfaits pour chaque province et territoire. <p>Autres remarques :</p> <ul style="list-style-type: none">Nous avons utilisé les pourcentages, car les taux par 100 000 hab. n'étaient pas disponibles.
3.2 Percentage of youth aged 12-24 with early MHASU needs who accessed community-based mental health and substance use services in the last 6 months	<p>Source des données :</p> <ul style="list-style-type: none">Institut canadien d'information sur la santé. (2022). Défis communs liés aux priorités partagées – Mesure de l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires ainsi qu'aux services liés à la santé mentale et à l'utilisation de substances au Canada. (2022). Disponible à l'adresse : https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/common-challenges-shared-priorities-vol-4-report-en.pdf <p>Remarques analytiques :</p> <ul style="list-style-type: none">Nous avons rapporté le pourcentage d'enfants et de jeunes ayant déclaré avoir des besoins précoces qui ont eu accès à des services de santé mentale et de santé liée à l'utilisation de substances selon les provinces et les territoires. Nous avons multiplié le nombre total de personnes ayant répondu par ce pourcentage afin de calculer le nombre de personnes représentées (N). Les données étaient manquantes pour Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard et les territoires.

ANNEXE B : SOURCES ET NOTES CONTEXTUELLES CONCERNANT LA COLLECTE DE DONNÉES >

Indicateur	Catégorie indicateur
3.3 Nombre de psychiatres par 100 000 hab.	<p>Source des données :</p> <ul style="list-style-type: none">Association médicale canadienne, Profil de la psychiatrie. (2019). Disponible à l'adresse : L'enquête de l'AMC auprès de l'effectif médical <p>Remarques analytiques :</p> <ul style="list-style-type: none">Nous avons rapporté le nombre total de psychiatres par 100 000 hab. selon les provinces et les territoires.
3.4 Nombre de prestataires de soins en matière de SMDUS	<p>Source des données :</p> <ul style="list-style-type: none">Institut canadien d'information sur la santé. (2021). Profil de certains dispensateurs de services liés à la santé mentale et à l'utilisation de substances au Canada, 2021. Disponible à l'adresse : https://www.cihi.ca/fr/profil-de-certains-dispensateurs-de-services-lies-a-la-sante-mentale-et-a-lutilisation-de <p>Remarques sur les données :</p> <ul style="list-style-type: none">Nous avons rapporté le nombre de prestataires de soins en matière de SMDUS par 100 000 hab. pour l'ensemble des provinces et des territoires.
3.5 Taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours pour des problèmes de SMDUS (2021-2022)	<p>Source des données :</p> <ul style="list-style-type: none">Institut canadien d'information sur la santé. (2023). Réadmission dans les 30 jours pour des problèmes de santé mentale ou d'utilisation de substances. Disponible à l'adresse : https://www.cihi.ca/fr/indicateurs/readmission-dans-les-30-jours-pour-des-problemes-de-sante-mentale-ou-dutilisation-de <p>Remarques analytiques :</p> <ul style="list-style-type: none">Nous avons utilisé le nombre de réadmissions pour des problèmes de SMDUS dans les 30 jours suivant l'épisode de soins initial (numérateur) et le nombre total de congés de l'hôpital à la suite d'une admission pour un problème de SMDUS pour la même période afin de déterminer les taux bruts par province ou territoire. Nous avons épuré les données à l'aide du logiciel SAS 9.4.

ANNEXE B : SOURCES ET NOTES CONTEXTUELLES CONCERNANT LA COLLECTE DE DONNÉES >

Indicateur	Catégorie indicateur
4.1 Pourcentage des personnes ayant déclaré avoir une santé mentale mauvaise à passable ayant également des besoins impérieux en matière de logement (2021)	<p>Source des données :</p> <ul style="list-style-type: none">Statistique Canada. (2024). Enquête canadienne sur le logement : fichier de microdonnées à grande diffusion. Disponible à l'adresse : https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/46250001 <p>Remarques analytiques :</p> <ul style="list-style-type: none">Nous avons limité les données aux personnes ayant déclaré avoir une santé mentale « mauvaise » ou « passable ». Nous avons classé les données sur les besoins impérieux en matière de logement par province et territoire au moyen de tableaux croisés afin de déterminer le nombre de personnes ayant déclaré avoir une santé mentale mauvaise à passable ayant également des besoins impérieux en matière de logement. Nous avons ensuite analysé les données à l'aide du logiciel SPSS et rapporté les pourcentages. <p>Autres remarques :</p> <ul style="list-style-type: none">Définition des besoins impérieux en matière de logement : « <i>Un ménage a des besoins impérieux en matière de logement si son habitation n'est pas conforme à au moins une des trois normes d'acceptabilité (qualité, taille et abordabilité) et si 30 % de son revenu total avant impôt serait insuffisant pour payer le loyer médian d'un logement acceptable (répondant aux trois normes d'acceptabilité) situé dans sa localité.</i> » (Statistique Canada, 2024).
4.2 Taux de pauvreté selon la mesure du panier de consommation (MPC)	<p>Source des données :</p> <ul style="list-style-type: none">Statistique Canada. (2022). Tendances désagrégées en matière de pauvreté tirées du Recensement de la population de 2021. Disponible à l'adresse : https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-X/2021009/98-200-x2021009-fra.cfm (pour les provinces)Statistique Canada. (2022). Document technique concernant la mesure de la pauvreté fondée sur un panier de consommation nordique pour le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest. Disponible à l'adresse : https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75f0002m/75f0002m2022004-fra.htm (pour les territoires) <p>Remarques analytiques :</p> <ul style="list-style-type: none">Nous avons rapporté les estimations en pourcentage selon la mesure du panier de consommation (MPC) par province et territoire.
4.3 Taux d'emploi chez les personnes ayant une incapacité liée à la santé mentale (25 à 64 ans)	<p>Source des données :</p> <ul style="list-style-type: none">Statistique Canada. (2024). Situation d'activité pour les personnes ayant une incapacité âgées de 25 à 64 ans, selon le type d'incapacité (regroupé). Disponible à l'adresse : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/cv.action?pid=1310073001&request_locale=fr <p>Remarques analytiques :</p> <ul style="list-style-type: none">Nous avons rapporté le taux d'emploi chez les personnes âgées de 25 à 64 ans ayant une incapacité liée à la santé mentale selon les provinces et les territoires.

ANNEXE B : SOURCES ET NOTES CONTEXTUELLES CONCERNANT LA COLLECTE DE DONNÉES >

Indicateur	Catégorie indicateur
5.1 Pourcentage des personnes ayant déclaré avoir une santé mentale mauvaise à passable qui font l'objet de discrimination et de victimisation	<p>Source des données :</p> <ul style="list-style-type: none">Statistique Canada. (2024). Enquête sociale générale 2019, La sécurité des Canadiens (Victimisation) : fichier de microdonnées à grande diffusion. Disponible à l'adresse : https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/45250001 <p>Remarques analytiques :</p> <ul style="list-style-type: none">Nous avons limité les données aux personnes ayant déclaré avoir une santé mentale « mauvaise » ou « passable ». Nous les avons ensuite classées par province et territoire et avons rapporté les taux de discrimination pour ces personnes. Nous avons analysé les données à l'aide du logiciel SAS 9.4.
5.2 Pourcentage des personnes ayant déclaré avoir une santé mentale mauvaise à passable qui ont un sentiment d'appartenance à leur communauté	<p>Source des données :</p> <ul style="list-style-type: none">Statistique Canada. (2024). Enquête sociale générale, Identité sociale (2020) : fichier de microdonnées à grande diffusion. Disponible à l'adresse : https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-25-0001/index-fra.htm#a6 <p>Remarques analytiques :</p> <ul style="list-style-type: none">Nous avons limité les données aux personnes ayant déclaré avoir une santé mentale « mauvaise » ou « passable ». Nous les avons ensuite classées par province et territoire et avons rapporté les pourcentages des personnes ayant déclaré avoir un sentiment d'appartenance « plutôt fort » ou « très fort » à leur communauté. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS.
5.3 Infractions relatives aux drogues déclarées par la police	<p>Source des données :</p> <ul style="list-style-type: none">Statistique Canada. (2022). Crimes déclarés par la police, certaines infractions relatives aux drogues, selon la province ou le territoire, 2021. Disponible à l'adresse : https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2022001/article/00013/tbl/tbl08-fra.htm <p>Remarques analytiques :</p> <ul style="list-style-type: none">Nous avons rapporté le taux et le nombre total d'infractions relatives aux drogues déclarées par la police (y compris la possession, le trafic, la production et l'importation ou exportation), toutes drogues confondues (cannabis, cocaïne, méthamphétamine, ecstasy, opioïdes, héroïne et d'autres drogues).

GRILLE DE NOTATION POUR LES INDICATEURS DE LA CATÉGORIE POLITIQUES

Indicateur	Échelle de notation				
	Ins.	En désuétude	Exhaustivité faible	Exhaustivité moyenne	Exhaustivité élevée
1.2 Stratégie en matière de SMDUS	Information insuffisante	Stratégie en désuétude	Stratégie active, mais ne contenant que peu ou pas d'information sur les objectifs, les mesures de responsabilisation et le financement	Stratégie active, mais contenant des renseignements moyennement précis sur les objectifs, les mesures de responsabilisation et le financement	Stratégie active contenant des détails très précis sur les objectifs, les mesures de responsabilisation et le financement
1.3 Décriminalisation (au fédéral seulement)	Information insuffisante	Aucune loi fédérale (décriminalisation de jure), mais possibilité pour les provinces, les territoires et les municipalités d'obtenir, au cas par cas, une exemption (de jure)	Loi fédérale (décriminalisation de jure) avec sanctions élevées	Loi fédérale (décriminalisation de jure) avec sanctions modérées	Loi fédérale (décriminalisation de jure) avec sanctions minimales
1.4 Politiques de réduction des méfaits <ul style="list-style-type: none"> • Naloxone • Services de consommation supervisée (SCS)/sites de prévention des surdoses (SPS), services de consommation et de traitement (SCT) • Analyse de substances • Approvisionnement sécuritaire 	Information insuffisante	Le gouvernement provincial ou territorial appuie l'une des mesures de réduction des méfaits (naloxone, SCS/SPS/SCT, analyse de substances ou approvisionnement sécuritaire)	Le gouvernement provincial ou territorial soutient deux mesures de réduction des méfaits.	Le gouvernement provincial ou territorial soutient trois mesures de réduction des méfaits.	Le gouvernement provincial ou territorial soutient quatre mesures de réduction des méfaits.
1.5 Lois sur la santé mentale	Information insuffisante	Peu ou pas de préoccupations ou de plaintes en lien avec les droits de la personne	Certaines préoccupations ou plaintes en lien avec les droits de la personne; la loi pourrait devoir être révisée ou modifiée.	Nombre relativement élevé de préoccupations ou de plaintes en lien avec les droits de la personne; la loi doit être révisée ou modifiée.	Nombre anormalement élevé de préoccupations ou de plaintes en lien avec les droits de la personne; la loi doit être révisée ou modifiée.

NOTES EN FIN DE TEXTE

- 1 Ces traités comprennent la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones; voir : Association canadienne pour la santé mentale (ACSM), « La santé mentale comme droit de la personne : la vision de l'Association canadienne pour la santé mentale », 10 décembre 2021. <https://cmha.ca/fr/brochure/memoire-la-sante-mentale-comme-droit-de-la-personne-la-vision-de-lassociation-canadienne-pour-la-sante-mentale/>.
- 2 Association canadienne pour la santé mentale, « Agir pour la santé mentale – Document de référence », 2022. <https://www.agirpouurlasantementale.ca/wp-content/uploads/2022/11/AfMH-White-Paper-FR-FINAL.pdf>.
- 3 Commission de la santé mentale du Canada. « Changer les orientations, changer des vies : La Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada », 2012. <https://commissionsantementale.ca/resource/strategie-en-matiere-de-sante-mentale-pour-le-canada/>.
- 4 Citation originale : « What cannot be evaluated and measured cannot be improved. », dans Lampros Samartzis et Michael A. Talias, « Assessing and Improving the Quality in Mental Health Services », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020, vol. 17, n° 1, 249 p.
- 5 Commission canadienne des droits de la personne, « Le logement est un droit de la personne », 2019. <https://www.chrc-ccdp.gc.ca/fr/node/717>.
- 6 Gouvernement du Canada, « L'énoncé de principes communs sur les priorités partagées en santé », 2018. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/principes-priorites-partagees-sante.html>.
- 7 Institut canadien d'information sur la santé. « Temps d'attente pour des services communautaires de counseling en santé mentale », 2023. <https://www.cihi.ca/fr/indicateurs/temps-dattente-pour-des-services-communautaires-de-counseling-en-sante-mentale>.
- 8 Bien que des populations urbaines soient regroupées à Whitehorse, Yellowknife et Iqaluit, et que ces municipalités soient les plus peuplées, elles représentent ensemble près de la moitié de la population des territoires; Statistique Canada, « Croissance démographique dans les régions rurales du Canada, 2016 à 2021 », 9 février 2022. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-x/2021002/98-200-x2021002-fra.cfm>.
- 9 Statistique Canada, « La population autochtone continue de croître et est beaucoup plus jeune que la population non autochtone, malgré un ralentissement de son rythme de croissance », 21 septembre 2022. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220921/dq220921a-fra.htm>.
- 10 Gouvernement du Canada, « Autonomie gouvernementale », 2024. <https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/fra/1100100032275/1529354547314>.
- 11 T. Kue Young, Susan Chatwood, Carmina Ng, Robin W. Young et Gregory P. Marchildon. « The North is not All the same: comparing Health System Performance in 18 Regions of Canada », *International Journal of Circumpolar Health*, 2019, vol. 78, n° 1. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/22423982.2019.1697474>.

NOTES EN FIN DE TEXTE >

- 12 Irene Papanicolas, Dheepa Rajan, Marina Karanikolos, Agnes Soucat et Josep Figueras (éditeurs), « Health system Performance Assessment: A Framework for Policy Analysis », *Health Policy Series*, 2022, n° 57.
- 13 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), « Cadre de mesure de la performance du système de santé canadien », 2013. https://secure.cihi.ca/free_products/HSP_Framework_Technical_Report_FR.pdf.
- 14 Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), « What is population mental health and why should we measure it? », 2023. <https://doi.org/10.1787/399c6a02-en>.
- 15 Rebecca Fuhrer, et Katherine M. Keyes, « Population Mental Health Today: Confronting the Challenge », *American Journal of Public Health*, 2019, vol 109, n° 3, 149 p.
- 16 Farah Ahmad, Anuroop K. Jhaji, Donna E. Stewart, Madeline Burghardt et Arlene S. Bierman, « Single Item Measures of Self-Rating Mental Health: A Scoping Review », *BMC Health Services Research*, 2014, vol. 14, n° 398.
- 17 ICIS, « Cadre de mesure de la performance du système de santé canadien », 2013. https://secure.cihi.ca/free_products/HSP_Framework_Technical_Report_FR.pdf.
- 18 Huaqiong Zhou, Irene Ngune, Matthew A. Albrecht et Phillip R. Della, « Risk factors associated with 30-day unplanned hospital readmission for patients with mental illness », *International Journal of Mental Health Nursing*, 2023, vol. 32, p. 30-53; ICIS, « Réadmission dans les 30 jours pour des problèmes de santé mentale ou d'utilisation de substances », (onglet Méthodologie), 2023; Nawaf Madi, Helen Zhao et Jerry Fang Li, « CIHI Survey: Hospital Readmissions for Patients with Mental Illness in Canada », *Healthcare Quarterly*, 2007, vol. 10, n° 2, p. 30-32. <https://www.longwoods.com/content/18818/healthcare-quarterly/cihi-survey-hospital-readmissions-for-patients-with-mental-illness-in-canada>.
- 19 Angela Rusolillo, Akm Moniruzzaman, Michelle Carter, Julia Raudzus et Julian M. Somers, « Association of homelessness and psychiatric hospital readmission—a retrospective cohort study 2016-2020 », *BMC Psychiatry*, 2023, vol. 23, n° 459.
- 20 ICIS. 2023. « Intervention précoce liée à la santé mentale et à l'utilisation de substances chez les enfants et les jeunes ». <https://votresystemedesante.icis.ca/hsp/inbrief?lang=fr#!/indicateurs/099/early-intervention-for-mental-health-and-substance-use-among-children-and-youth;/mapC1;mapLevel2/>
- 21 Association médicale canadienne, « L'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé : Un rôle pour la profession médicale », 2013. <https://cma.ca/sites/default/files/2018-11/PD13-03-f.pdf>.
- 22 ICIS, « Cadre de mesure de la performance du système de santé canadien », 2013. https://secure.cihi.ca/free_products/HSP_Framework_Technical_Report_FR.pdf.
- 23 Statistique Canada, « Besoins impérieux en matière de logement au Canada », 2022. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2022056-fra.htm>.
- 24 M. Semrau, S. Evans-Lacko, M. Koschorke, L. Ashenafi, et G. Thornicroft, « Stigma and Discrimination Related to Mental Illness in Low-and Middle-Income pays », *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2015, vol. 24, n° 5, p. 382-394.
- 25 Commission de la santé mentale du Canada, « Changer les orientations, changer des vies : La Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada », 2012. <https://commissionsantementale.ca/resource/strategie-en-matiere-de-sante-mentale-pour-le-canada/>

NOTES EN FIN DE TEXTE >

- 26 Par exemple : la publication du rapport de la Commission de vérité et réconciliation et de ses 94 appels à l'action, l'augmentation du taux de suicide dans de nombreuses communautés autochtones, la crise de plus en plus sévère des drogues toxiques et une pandémie mondiale qui a dirigé les projecteurs sur la santé mentale et la pression croissante exercée sur le personnel soignant. Voir : la Commission de vérité et réconciliation du Canada. « Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action », 2015. https://ehprnh2mwo3.exactdn.com/wp-content/uploads/2021/04/4-Appels_a_l-Action_French.pdf
- 27 Santé Canada, « La stratégie canadienne sur les drogues et autres substances », 2023. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/strategie-canadienne-drogues-autres-substances-approche-mefaits-lies-consommation-crise-surdoses.html>
- 28 Gouvernement du Canada, « Travailler ensemble pour prévenir le suicide au Canada : Cadre fédéral de prévention du suicide », 2016. <https://www.canada.ca/content/dam/canada/public-health/migration/publications/healthy-living-vie-saine/framework-suicide-cadre-suicide/alt/framework-suicide-cadre-suicide-fra.pdf>
- 29 ACSM, « Sauver plus de vies : l'Association canadienne pour la santé mentale et le Centre de prévention du suicide appuient le Plan d'action national pour la prévention du suicide », 3 juin 2024. <https://cmha.ca/fr/brochure/sauver-plus-de-vies-lassociation-canadienne-pour-la-sante-mentale-et-le-centre-de-prevention-du-suicide-appuient-le-plan-daction-national-pour-la-prevention-du-suicide/>; Centre de prévention du suicide, « Does Canada need a national suicide prevention strategy? », 5 décembre 2016. https://www.suicideinfo.ca/local_resource/canada-needs-national-suicide-prevention-strategy/
- 30 Santé Canada, « Sanction royale du projet de loi C-37 - Loi modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances et apportant des modifications connexes à d'autres lois », 2017. https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2017/05/sanction_royale_duprojetdeloic-37loimodifiantlaoireglementantce.html
- 31 Le Service des poursuites pénales du Canada a publié une ligne directrice visant à éviter les poursuites pour possession simple en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRDS). Voir : Service des poursuites pénales du Canada, « 5.13 Les poursuites portant sur la possession d'une substance contrôlée aux termes de l'art. 4(1) de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* », 17 août 2020. <https://www.ppsc-sppc.gc.ca/fra/pub/sfpg-fpsd/sfp-fps/tpd/p5/ch13.html>
- 32 Le syndrome du « pas dans ma cour » est une expression utilisée pour décrire l'opposition d'une personne ou d'une collectivité à des aménagements nouveaux ou existants qu'elle perçoit comme inappropriés ou indésirables dans le voisinage. Ce phénomène peut être observé, par exemple, vis-à-vis certains types de projets de logement social et abordable, ou à l'égard de services de consommation supervisés ou d'autres services de réduction des méfaits, ou encore de campements. Voir : le Rond-point de l'itinérance, « PDMC (Pas Dans Ma Cour) ». <https://www.rondpointdeliterance.ca/solutions/nimby-pas-dans-ma-cour>
- 33 Par exemple, depuis son ouverture en 2003, 4,6 millions de personnes ont visité le Insite (le premier et plus ancien centre de consommation supervisé au Canada) et les effets de 11 856 surdoses y ont été neutralisés. Aucun décès dû à une intoxication aux drogues n'a eu lieu dans le centre. Voir : Vancouver Coastal Health, « Canada's First Supervised Consumption Site Celebrates 20 Years of Saving Lives », 14 septembre 2023. <https://www.vch.ca/en/press-release/canadas-first-supervised-consumption-site-celebrates-20-years-saving-lives>
- 34 Le gouvernement du Canada encourage les procureuses et les procureurs « à se concentrer sur les cas les plus graves qui soulèvent des préoccupations en matière de sécurité publique et à rechercher des mesures de rechange appropriées et des mesures de déjudiciarisation pour les cas de possession simple ». Voir : Service des poursuites pénales du Canada, « 5.13 Les poursuites portant sur la possession d'une substance contrôlée aux termes de l'art. 4(1) de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* », 17 août 2020. <https://www.ppsc-sppc.gc.ca/fra/pub/sfpg-fpsd/sfp-fps/tpd/p5/ch13.html>

NOTES EN FIN DE TEXTE >

- 35 Statistique Canada, « Tableau 8 : Crimes déclarés par la police, certaines infractions relatives aux drogues, selon la province ou le territoire, 2021 », 2022. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2022001/article/00013/tbl/tbl08-fra.htm>
- 36 CBC News, « Decriminalization of Drugs ‘Not a Silver Bullet’ for Overdose Crisis, Prime Minister Says », 2 septembre 2020. <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/justin-trudeau-decriminalization-1.5709124>
- 37 ACSM – Division de la Colombie-Britannique, « CMHA BC Statement on the Increase in Illicit Drug Toxicity Deaths in BC », 2020. <https://bc.cmha.ca/news/cmha-bc-statement-on-the-increase-in-illicit-drug-toxicity-deaths-in-bc>
- 38 Stephanie Taylor, « Toronto Decriminalization Pitch Left Addictions Minister with "Deep Concerns" », CBC News, 24 mai 2024. <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/toronto-drug-decriminalization-rejected-1.7213620>
- 39 Association canadienne de santé publique, « Une démarche de santé publique à l’égard du bien-être mental des populations », 2 mars 2021. <https://www.cpha.ca/fr/une-demarche-de-sante-publique-legard-du-bien-etre-mental-des-populations>
- 40 À noter que les données en pourcentage de 2019 excluent les territoires, contrairement à celles de 2021. Voir : Statistique Canada, « Perceptions quant à la santé mentale et aux besoins en soins de santé mentale durant la pandémie de COVID-19 », 8 septembre 2021. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2021001/article/00031-fra.htm>
- 41 Thomas Anderson, « Chapitre 4 : Les jeunes autochtones au Canada », Statistique Canada, 2021. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/42-28-0001/2021001/article/00004-fra.htm>
- 42 Gouvernement du Canada, « Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada », 28 juin 2024. <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants/notes-techniques.html>
- 43 L’Écosse surpassait le Canada en 2021, mais les statistiques canadiennes de 2022 et 2023 nous placent à nouveau devant elle.
- 44 Annie Foreman-Mackey, Jessica Xavier, Jenny Corser, Mathew Fleury, Kurt Lock, Amiti Mehta, Jessica Lamb, Jenny McDougall, Cheri Newman, et Jane A. Buxton, « "It’s Just a Perfect Storm": Exploring the Consequences of the COVID-19 Pandemic on Overdose Risk in British Columbia from the Perspectives of People who use Substances », *BMC Public Health*, vol. 23, n° 1, 2023, 640 p.
- 45 ICIS, « Conséquences inattendues de la pandémie de COVID-19 : Méfaits causés par l’utilisation de substances », 2021. https://secure.cihi.ca/free_products/unintended-consequences-covid-19-substance-use-report-fr.pdf.
- 46 À Terre-Neuve-et-Labrador, le taux de 2018 était de 2,3 décès par 100 000 hab. et le taux provisoire de 2023 était de 6,1. Au Nouveau-Brunswick, les taux pour ces mêmes années sont passés de 3,9 à 6,9. Gouvernement du Canada, « Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada », 28 juin 2024. <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants/notes-techniques.html>
- 47 Les données de la Nouvelle-Zélande indiquent que 7,8 % de la population a un besoin non satisfait de « soutien professionnel en santé mentale » (notre traduction). Voir : ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande, « Annual Update of Key Results 2022/23: New Zealand Health Survey », 14 décembre 2023. <https://www.health.govt.nz/publication/annual-update-key-results-2022-23-new-zealand-health-survey>
- 48 Statistique Canada définit les « soins de santé mentale » de manière générale comme répondant à un besoin concernant « les informations, les médicaments, le counseling et les autres soins » reçus au cours des 12 mois précédant l’enquête.

NOTES EN FIN DE TEXTE >

- 49 Le Chili, par exemple, déclare un taux de 6,17 psychiatres par 100 000 hab., et le Brésil, un taux de 3,17. Le taux moyen des pays d'Asie-Pacifique à revenu élevé de l'OCDE est de 6,8.
- 50 Statistique Canada, Enquête canadienne sur le revenu, Tableaux 11-10-0090-01, « Statistiques sur la pauvreté et le faible revenu selon le statut d'incapacité », 2021. https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1110009001&request_locale=fr
- 51 Gouvernement du Canada, « Inégalités en matière de santé mentale selon le revenu au Canada », 7 juillet 2022. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/science-recherche-et-donnees/inegalites-matiere-sante-mentale-revenu-canada.html>
- 52 ACSM – Division de l'Ontario, « Housing and Mental Health » (en anglais). <https://ontario.cmha.ca/documents/housing-and-mental-health/>
- 53 Statistique Canada, « Besoins impérieux en matière de logement au Canada », 23 avril 2024. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2022056-fra.htm>
- 54 Bureau du défenseur fédéral du logement, « Respect de la dignité et les droits de la personne : Examen des campements de personnes en situation d'itinérance par la défenseure fédérale du logement », 2023. <https://www.housingchrc.ca/fr/publications/respect-de-la-dignite-et-les-droits-de-la-personne-examen-des-campements-de-personnes>
- 55 Statistique Canada, « Compte économique du logement, 1961 à 2021 », 16 janvier 2023. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/230116/dq230116d-fra.htm>
- 56 Statistique Canada, « La population autochtone continue de croître et est beaucoup plus jeune que la population non autochtone, malgré un ralentissement de son rythme de croissance », 21 septembre 2022. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220921/dq220921a-fra.htm>
- 57 Infrastructure Canada, « À propos de Vers un chez-soi : la stratégie canadienne de lutte contre l'itinérance », 21 décembre 2023. <https://logement-infrastructure.canada.ca/homelessness-sans-abri/index-fra.html>
- 58 Statistique Canada, « Tendances désagrégées en matière de pauvreté tirées du Recensement de la population de 2021 », 9 novembre 2022. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-X/2021009/98-200-x2021009-fra.cfm>
- 59 Burton Gustajtis et Andrew Heisz, « Seuils de la Mesure du panier de consommation et tendances provisoires en matière de pauvreté pour 2021 et 2022 », Statistique Canada, 17 janvier 2023. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75f0002m/75f0002m2022008-fra.htm>
- 60 OCDE, « Dépenses publiques relatives à l'incapacité », 2024. <https://www.oecd.org/fr/data/indicators/public-spending-on-incapacity.html>
- 61 Gouvernement du Canada, « La première Stratégie canadienne de réduction de la pauvreté », 20 avril 2022. <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/programmes/reduction-pauvrete/rapports/strategie.html>
- 62 Emploi et Développement social Canada, « Vers la Stratégie nationale du Canada pour le Programme 2030 », 15 juillet 2019. <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/programmes/programme-2030/strategie-nationale.html>
- 63 Les calculs sont basés sur le Tableau 9 publié par Statistique Canada, dont voici la source : Statistique Canada, « Tableau 9 : Crimes déclarés par la police, certaines infractions relatives aux drogues, Canada, 2020 et 2021 ». <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2022001/article/00013/tbl/tbl09-fra.htm>

NOTES EN FIN DE TEXTE >

- 64 Gouvernement de la Colombie-Britannique, ministère de la Santé mentale et des Dépendances. 2021. « A Pathway to Hope: Progress Report ». https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/government/ministries-organizations/ministries/mental-health-addictions/pathway_to_hope_update_report_final.pdf
- 65 En 2016, la loi sur la santé mentale de la Colombie-Britannique a fait l'objet d'une contestation fondée sur la Charte déposée par la *Community Legal Assistance Society* et le Conseil des Canadiens avec déficiences sur la question des traitements psychiatriques involontaires.
- 66 Health Justice. 29 avril 2022. « Bill 23 Overview: Introducing Independent Rights Advice in the Mental Health Act ». <https://www.healthjustice.ca/blog/mha-bill-23?rq=bill%2023>
- 67 David Ball. P. 2 mars 2024. « B.C. Top Court Upholds Pause on Law Restricting Public Drug Use ». <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/bc-public-drug-consumption-law-injunction-pause-appeal-rejected-1.7124864>
- 68 La Presse canadienne. 25 janvier 2024. « Eby Underscores 'Fundamental' Disagreement with B.C. Chief Coroner on Safe Supply ». The Globe and Mail. <https://www.theglobeandmail.com/canada/british-columbia/article-eby-announces-180-free-treatment-beds-for-people-with-addictions-in-bc/>
- 69 Depner, Wolfgang. 19 mars 2024. « "Significant Deficiencies" in Programs to Curb Toxic Drug Deaths: B.C. Auditor ». The Williams Lake Tribune. <https://www.wltribune.com/news/significant-deficiencies-in-programs-to-curb-toxic-drug-deaths-bc-auditor-7331433>
- 70 Joannou, Ashley. 1^{er} octobre 2023. « Overdoses from Smoking Toxic Drugs Outpace B.C. Prevention Sites ». Vancouver Sun. <https://vancouversun.com/news/local-news/overdoses-from-smoking-toxic-drugs-outpace-bc-prevention-sites>
- 71 Gouvernement du Canada. 2023. « Cadre d'indicateurs de surveillance du suicide ». <https://sante-infobase.canada.ca/ciss/outil-de-donnees/?Edi=2023&Dom=1&Ind=1&MS=1&Bkd=1>
- 72 Gouvernement de la Colombie-Britannique. 13 avril 2023. « Twelve More Foundry Centres Coming to Support Young People in B.C ». <https://news.gov.bc.ca/releases/2023MMHA0020-000506>
- 73 ACSM – Division de la Colombie-Britannique. « Peer Assisted Care Teams ». <https://bc.cmha.ca/peer-assisted-care-teams/>
- 74 Police Accountability Coalition. Mars 2024. « A Case for a Civilian-Led Community-Based Crisis Response ». <https://spcw.mb.ca/wp-content/uploads/2024/03/PAC-Crisis-Response-Final.pdf>
- 75 Gouvernement de la Colombie-Britannique. « New rules for short-term rentals. ». <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/housing-tenancy/short-term-rentals>
- 76 Meissner, Dirk. 5 mars 2024. « B.C. Aims to Reduce Poverty Rate by 60 Percent by 2034 ». CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/bc-poverty-reduction-goals-1.7134625>
- 77 Statistique Canada, « Croissance démographique dans les régions rurales du Canada, 2016 à 2021 », 9 février 2022. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-x/2021002/98-200-x2021002-fra.cfm>
- 78 Les documents présentent un cadre stratégique « axé sur le rétablissement » qui place l'accès aux traitements et aux services en premier plan.
- 79 Gouvernement de l'Alberta. 29 février 2024. « Mental Health and Addiction Business Plan ». <https://open.alberta.ca/publications/mental-health-and-addiction-business-plan>

NOTES EN FIN DE TEXTE >

- 80 La décision de la Cour du Banc de la Reine et la Protectrice des citoyens et citoyennes ont fait état de préoccupations, notamment en ce qui concerne les iniquités dans les processus de la commission d'examen des troubles mentaux et le manque de communication avec les patientes et patients détenus contre leur gré. Voir Alberta Ombudsman. 4 janvier 2022. « Transforming Mental Health services - A Follow-Up on the Ombudsman's 2019 Own Motion Report on Mental Health Review Panels ». <https://www.ombudsman.ab.ca/transforming-mental-health-services/>; College of Physicians & Surgeons of Alberta. 11 mars 2021. « From Alberta's Health Advocate: Changes to the Mental Health Act and you ». <https://cpsa.ca/news/from-albertas-health-advocate-changes-to-the-mental-health-act-and-you>
- 81 Alberta Ombudsman. 4 janvier 2022. « Transforming Mental Health services – A Follow-Up on the Ombudsman's 2019 Own Motion Report on Mental Health Review Panels ». <https://www.ombudsman.ab.ca/transforming-mental-health-services/>
- 82 Le gouvernement de l'Alberta nomme ce projet de loi le « *Compassionate Intervention Act* » (Loi sur l'intervention par compassion). Cette législation est critiquée, notamment parce qu'elle risque de violer les droits garantis par la Charte, mais aussi parce qu'il a clairement été établi par la recherche que les traitements de dépendance imposés de force sont peu efficaces, souvent plus nuisibles, et peuvent même entraîner la mort. Voir Tran, Paula. 19 avril 2023. « Alberta's Involuntary Addictions Treatment Law Violates Charter rights, expert says ». Global News. <https://globalnews.ca/news/9633088/alberta-compassionate-intervention-act-ethical-concerns>
- 83 Alberta Health Services. « Supervised Consumption Services. » <https://www.albertahealthservices.ca/dsa/Page15434.aspx#locations>
- 84 Le gouvernement a supprimé le financement d'un programme de traitement par agonistes opioïdes injectables (iOAT), ce qui a contraint les personnes inscrites à suivre un programme de dépendance aux opioïdes.
- 85 Karina Zapata. 27 janvier 2024. « Harm reduction advocates in Calgary renew calls for safe supply to prevent drug poisoning deaths ». CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/calgary/calgary-safe-supply-rally-1.7085972>
- 86 La Presse canadienne. 8 septembre 2023. « Northern Alberta Chiefs Declare Emergency over Mental Health, Addictions Crisis ». Calgary Herald. <https://calgaryherald.com/news/national/northern-alberta-chiefs-declare-emergency-over-mental-health-addictions-crisis>
- 87 Gouvernement de l'Alberta. 22 décembre 2021. « Alberta Opioid Response Surveillance Report: First Nations People in Alberta [2021] ». <https://open.alberta.ca/publications/alberta-opioid-response-surveillance-report-first-nations-people-2021>
- 88 Banack, Clark et Laticia Chapman. 2023. « Understanding and Responding to the Challenges Faced by FCSS Programs in Rural Alberta ». <https://www.ualberta.ca/alberta-centre-sustainable-rural-communities/media-library/projects/research/rma-report-on-family-and-community-support-services-final.pdf>
- 89 En 2022-2023, l'Alberta a connu la plus forte croissance démographique de toutes les provinces et les territoires (*Alberta Office of Statistics and Information, 2024*). La même année, elle a également enregistré le solde migratoire interprovincial le plus élevé. Voir Alberta Office of Information and Statistics. 2024. « Current Provincial Population Estimates ». <https://www.alberta.ca/population-statistics>; Il s'agit de la croissance la plus prononcée à l'échelle nationale depuis plus de 50 ans. Voir Statistique Canada. 2024. « Estimation de la population du Canada : forte croissance démographique en 2023 ». <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/240327/dq240327c-fra.htm>
- 90 Urbanation & Rentals.ca. Juin 2024. « Rapport de logement national ». <https://rentals.ca/fr/rapport-de-logement-national>

NOTES EN FIN DE TEXTE >

- 91 MacDonald, David et Ricardo Tranjan. Juillet 2023 « Can't Afford the Rent: Rental Wages in Canada 2022 ». Centre canadien de politiques alternatives. <https://policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National%20Office/2023/07/cant-afford-the-rent.pdf>
- 92 L'opposition néo-démocrate a récemment proposé un projet de plafonnement temporaire des loyers, qui a été rejeté par le gouvernement dirigé par le Parti conservateur uni.
- 93 Gouvernement de la Saskatchewan. Octobre 2023. « Action Plan for Mental Health and Addictions 2023-2028 ». <https://www.saskatchewan.ca/government/health-care-administration-and-provider-resources/saskatchewan-health-initiatives/mental-health-and-addictions-action-plan>
- 94 Mandes, Jeanelle. 26 juin 2024. « Removal of Safe Supplies has Made Saskatchewan's Addiction Crisis Worse, Experts Say ». Global News. <https://globalnews.ca/news/10590364/removal-of-safe-supplies-has-made-saskatchewan-addiction-crisis-worse-experts-say/>
- 95 Gouvernement de la Saskatchewan. 4 mai 2023. « Drug Checking Services Expanded with Addition of Infrared Spectrometers ». <https://www.saskatchewan.ca/government/news-and-media/2023/may/04/drug-checking-services-expanded-with-addition-of-infrared-spectrometers#:~:text=The%20Government%20of%20Saskatchewan%20is,known%20as%20drug%20checking%20devices>; Gouvernement de la Saskatchewan. 30 novembre 2021. « Take Home Drug Checking Strips Now Available In 30 Locations Throughout Saskatchewan ». <https://www.saskatchewan.ca/government/news-and-media/2021/november/30/take-home-drug-checking-strips-now-available-in-30-locations-throughout-saskatchewan>
- 96 Mandes, Jeanelle. 26 juin 2024. « Removal of Safe Supplies has Made Saskatchewan's Addiction Crisis Worse, Experts Say ». Global News. <https://globalnews.ca/news/10590364/removal-of-safe-supplies-has-made-saskatchewan-addiction-crisis-worse-experts-say/>
- 97 Federation of Sovereign Indigenous Nations et Saskatchewan Health Quality Council. Octobre 2022. « Summary on First Nations Suicide: Self-Harm and Suicide ». <https://www.saskhealthquality.ca/wp-content/uploads/2022/10/self-harm-report-summary.pdf>
- 98 Federation of Sovereign Indigenous Nations. 24 mai 2018. « Saskatchewan First Nations Suicide Prevention Strategy ». https://www.suicideinfo.ca/wp-content/uploads/gravity_forms/6-191a85f36ce9e20de2e2fa3869197735/2018/07/Saskatchewan-First-Nations-Suicide-Prevention-Strategy_oa.pdf
- 99 Saskatchewan Coroners Service. 2023. « Confirmed and Suspected Drug Toxicity Deaths, 2016 to 2023. ». <https://publications.saskatchewan.ca/#/products/90505>
- 100 Latimer, Kendall. 11 avril 2022. « Sask. People Unable to Access Timely Mental Health Treatment Due to Lack of Psychiatric Staff ». CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/saskatoon/sask-psychiatrist-shortages-staffing-1.6408737#:~:text=Long%20wait%20lists%20for%20outpatient,been%20preventable%2C%22%20said%20Dr>
- 101 Gouvernement du Canada. 4 février 2023. « Accord entre le Canada et le Manitoba pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026) ». <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/priorites-partagees-matiere-sante/accords-bilateraux-travailler-ensemble/manitoba-ensemble-ameliorer-soins.html>

NOTES EN FIN DE TEXTE >

- 102 Comme toutes les provinces et les territoires au Canada, le Manitoba a mis en place un programme de distribution de trousse de naloxone financé par le public.
- 103 Ce projet de loi n'est toutefois pas passé à l'étape de la deuxième lecture du processus législatif. Il exigerait l'octroi d'une licence provinciale pour les centres de consommation supervisés proposés et les centres de traitement des dépendances existants.
- 104 Maclean, Cameron. 3 avril 2024. « Harm-Reduction Advocates Welcome Funding Commitment for Winnipeg Supervised Consumption Site ». CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/winnipeg-supervised-consumption-site-1.7161886>; Kinew, Wab. 19 octobre 2023. « Mandate Letter to Minister of Housing, Addictions and Homelessness ». https://www.gov.mb.ca/asset_library/en/proactive/20232024/housing-addictions-and-homelessness-and-mental-health-mandate-letter.pdf; Shebahkeget, Ozten. 6 février 2024. « Manitoba Government Offered Plan for Indigenous-led Supervised Consumption Site in Winnipeg ». CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/indigenous-led-supervised-consumption-winnipeg-1.7107131>
- 105 Kumar, Mohan et Michael Tjepkema. 29 juin 2019. « Taux de suicide chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits (2011 à 2016) : résultats de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCAN) de 2011 ». Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/99-011-x/99-011-x2019001-fra.htm>; CBC News. 13 mars 2023. « 'I'm Tired, I'm Hurt,' Says Shamattawa First Nation chief after Declaring State of Emergency ». CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/shamattawa-first-nation-state-emergency-manitoba-1.6776927>
- 106 Gouvernement du Canada. 4 février 2023. « Accord entre le Canada et le Manitoba pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026) ». <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/priorites-partagees-matiere-sante/accords-bilateraux-travailler-ensemble/manitoba-ensemble-ameliorer-soins.html>
- 107 Gouvernement du Canada. 3 mars 2024. « Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada ». <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants/graphiques.html?ind=17&unit=0>
- 108 Manitoba Advocate for Children and Youth. 1^{er} décembre 2023. « The Manitoba Advocate's Statement of Concern on Youth Suicide ». <https://manitobaadvocate.ca/wp-content/uploads/2023/12/December-1-2023-Suicide-Statement-of-Concern-ENG.pdf>
- 109 Manitoba Advocate for Children and Youth. 1^{er} décembre 2023. « Annual Report and Service Plan 2022-23 ». <https://manitobaadvocate.ca/wp-content/uploads/2023/11/MACY-Annual-Report-2023-ENG.pdf>
- 110 Gouvernement du Canada. 4 février 2023. « Accord entre le Canada et le Manitoba pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026) ». <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/priorites-partagees-matiere-sante/accords-bilateraux-travailler-ensemble/manitoba-ensemble-ameliorer-soins.html>
- 111 Slark, Colin 17 janvier 2024. « Manitoba, Ottawa Pledge Mental Health Funding for Farmers ». Winnipeg Free Sun. <https://www.winnipegfreepress.com/breakingnews/2024/01/17/manitoba-ottawa-pledge-mental-health-funding-for-farmers>
- 112 L'augmentation prévue du taux de pauvreté est encore ici associée à la fin des mesures de soutien du revenu liées à la pandémie, lesquelles avaient fait baisser le taux de pauvreté de 14 % à 8,1 % à l'échelle canadienne.
- 113 Statistique Canada. 9 novembre 2022. « Tendances désagrégées en matière de pauvreté tirées du Recensement de la population de 2021 ». <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-X/2021009/98-200-x2021009-fra.cfm>

NOTES EN FIN DE TEXTE >

- 114 Campagne 2000. Février 2024. « Mise à jour 2023 sur la pauvreté des enfants et des familles au Canada. » <https://campaign2000.ca/wp-content/uploads/2024/02/Les-progres-inedits-pour-reduire-la-pauvrete-en-voie-detre-balayees.pdf>
- 115 Ministère de la Santé de l'Ontario. 2 mars 2022. « Vers le mieux-être : un plan pour bâtir le système ontarien de santé mentale et de lutte contre les dépendances ». <https://www.ontario.ca/fr/page/feuille-de-route-vers-le-mieux-etre-plan-delaboration-du-systeme-de-sante-mentale-et-de-lutte-contre>
- 116 Cette attention portée aux travailleuses et travailleurs en milieu hospitalier s'est manifestée par les augmentations salariales moyennes de 11 % sur deux ans accordées au personnel infirmier des hôpitaux de la province suite à l'abrogation récente du projet de loi 124. En revanche, aucun fonds n'a été alloué pour indemniser le personnel infirmier et les autres professionnelles et professionnels de la santé mentale œuvrant dans le secteur communautaire, où les hausses salariales réelles n'ont été en moyenne que de 1,53 % en 2023.
- 117 La décision du ministère de la Santé de l'Ontario de redéfinir ces services dans le cadre du « programme de SCT » sert à imposer des exigences supplémentaires, qui ne font pas partie du programme de sites de consommation supervisée (SCS) de Santé Canada, pour les services de traitement et de rétablissement. Le programme de SCT de l'Ontario est chargé d'allouer des fonds provinciaux aux organismes locaux qui répondent aux critères définis par le ministère pour l'exploitation des SCT en Ontario. Afin de recevoir le financement provincial pour l'exploitation d'un SCT, les organismes locaux doivent remplir une demande de SCS auprès de Santé Canada et une demande de SCT auprès du ministère de la Santé de l'Ontario, et satisfaire à leurs exigences respectives. De nombreux organismes souhaitant ouvrir un centre de consommation supervisé rapportent des délais d'attente pouvant atteindre deux ans pour recevoir les approbations nécessaires et le financement provincial. Voir le ministère de la Santé de l'Ontario et Santé Canada. 2023. « Consumption and Treatment Services - Frequently Asked Questions ». https://www.wechu.org/sites/default/files/board-meetings/special-board-health-meeting-other-2023-02-02_0.pdf
- 118 Mental Health and Addictions Systems Performance Research Team. Février 2021. « Mental Health and Addictions System Performance in Ontario: 2021 Scorecard ».
- 119 À Toronto, par exemple, une étude a révélé qu'il y avait 61 psychiatres par 100 000 hab., contre seulement 4 dans la région du Centre-Ouest (comté de Dufferin et région de Peel). Voir Kurdyak, Paul, Juveria Zaheer, Joyce Cheng, David Rudoler et Benoit H Mulsant, « Changes in Characteristics and Practice Patterns of Ontario Psychiatrists », *Canadian Journal of Psychiatry* 62.1 (2017): 40-47.
- 120 ACSM – Division de l'Ontario 2020. « Housing First: The Path to Recovery ». https://ontario.cmha.ca/wp-content/uploads/2021/07/CMHAOn_Housing_First_2020_FINAL.pdf
- 121 Ce fossé entre les revenus et le coût du logement se reflète dans les données de la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) de 2023 : le loyer moyen pour un appartement d'une chambre en Ontario était de 1 482 \$, tandis que les prestations du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH) pour une personne seule s'élevaient en moyenne à 1 308 \$ par mois. Ces chiffres soulignent le besoin pressant de nouveaux investissements en matière de logement en Ontario, en particulier pour accroître le nombre de logements abordables, subventionnés et supervisés. Voir ACSM – Division de l'Ontario. 2020. « Housing First: The Path to Recovery ». https://ontario.cmha.ca/wp-content/uploads/2021/07/CMHAOn_Housing_First_2020_FINAL.pdf
- 122 McMillan, Dexter 7 septembre 2021. « Drug Possession Charges Dropped across Ontario at an Unprecedented Rate ». CBC News. <https://cbc.ca/news/canada/toronto/drug-charges-dropped-unprecedented-rate-ontario-1.6162632#:~:text=X-,In%20the%20past%2012%20months%2C%20courts%20across%20Ontario%20have%20withdrawn,2019%2C%20prior%20to%20the%20pandemic>

NOTES EN FIN DE TEXTE >

- 123 Gouvernement du Canada. 7 février 2023. « Accord Canada-Québec concernant le financement fédéral visant à appuyer les priorités de Québec en matière de santé (2023-2024 à 2026-2027) ». <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/priorites-partagees-matiere-sante/accords-bilateraux-travailler-ensemble/quebec-ameliorer-soins.html>
- 124 Le gouvernement du Canada et le gouvernement du Québec ont conclu un nouvel accord asymétrique fondé sur les principes de l'accord de fédéralisme asymétrique de septembre 2004 qui respecte la compétence du Québec en matière de santé.
- 125 Ministère de la Santé et des Services sociaux. 25 janvier 2022. « S'unir pour un mieux-être collectif : plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 ». <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003301/>
- 126 Éducaloi. « Qu'est-ce que la garde en établissement? ». <https://educaloi.qc.ca/capsules/quest-ce-que-la-garde-en-etablissement/>
- 127 Brown, Katherine et Erin Murphy, « Falling through the Cracks: The Québec Mental Health System ». *McGill Law Journal*, 45(2020): 1037-1079.
- 128 Cloutier, Richard et Cinthia Lacharité. 2022. « Parce que chaque vie compte : stratégie nationale de prévention des surdoses de substances psychoactives 2022-2025 ». <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4542248>
- 129 Institut national de santé publique du Québec. Février 2023. « Les comportements suicidaires au Québec : portrait 2023 ». <https://www.inspq.qc.ca/publications/3294>
- 130 La population de la région du Nunavik est relativement petite, soit d'environ 13 000 personnes.
- 131 Institut national de santé publique du Québec. Février 2023. « Les comportements suicidaires au Québec : portrait 2023 ». <https://www.inspq.qc.ca/publications/3294>
- 132 Les données sur le nombre d'hospitalisations dues aux opioïdes et aux stimulants ne sont pas disponibles et le taux de 6,3 par 100 000 hab. pour 2023 comprend les décès liés aux opioïdes et aux stimulants (les autres provinces et territoires les déclarent séparément).
- 133 Statistique Canada. « Tableau : 13-10-0096-01 – Caractéristiques de la santé, estimations annuelles ». https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310009601&request_locale=fr; Tu Tanh Ha. 29 novembre 2022. « Why Quebec's Family Doctor Crisis is the Worst in Canada ». *The Globe and Mail*. <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-quebec-family-doctors-shortage/>
- 134 Coalition des psychologues du réseau public québécois. 2024. « Investir en santé mentale : aller au-delà des constats – Mémoire de l'Ordre des psychologues du Québec ». <https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/500970/M%C3%A9moire%20de%20l'Ordre%20des%20psychologues%20du%20Qu%C3%A9bec%20pr%C3%A9sent%20dans%20le%20cadre%20des%20consultations%20pr%C3%A9budg%C3%A9taires%202024%20du%20minist%C3%A8re%20des%20Finances/a3344564-fa58-9788-f42c-5c4effe66d4b>
- 135 Coalition des psychologues du réseau public québécois. 2024. « Investir en santé mentale : aller au-delà des constats – Mémoire de l'Ordre des psychologues du Québec ». <https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/500970/M%C3%A9moire%20de%20l'Ordre%20des%20psychologues%20du%20Qu%C3%A9bec%20pr%C3%A9sent%20dans%20le%20cadre%20des%20consultations%20pr%C3%A9budg%C3%A9taires%202024%20du%20minist%C3%A8re%20des%20Finances/a3344564-fa58-9788-f42c-5c4effe66d4b>

NOTES EN FIN DE TEXTE >

- 136 Société canadienne d'hypothèques et de logement. Janvier 2024. « Rapport sur le marché locatif ». <https://www.cmhc-schl.gc.ca/-/media/sites/cmhc/professional/housing-markets-data-and-research/market-reports/rental-market-report/rental-market-report-2023-fr.pdf>
- 137 Statistique Canada. 21 septembre 2022. « Les conditions de logement des Premières Nations, des Métis et des Inuit au Canada selon les données du Recensement de 2021 ». <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-X/2021007/98-200-x2021007-fra.cfm>
- 138 Statistique Canada. 9 novembre 2022. « Tendances désagrégées en matière de pauvreté tirées du Recensement de la population de 2021 ». <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-X/2021009/98-200-x2021009-fra.cfm>; Fortin, Pierre. Mars 2017 « Quels effets le système de garde à l'enfance universel du Québec a-t-il eus sur la sécurité économique des femmes? ». <https://www.ourcommons.ca/content/Committee/421/FEWO/Brief/BR8806290/br-external/FortinPierre-f.pdf>
- 139 Ce montant inclut le financement supplémentaire prévu pour la période 2024-2025 dans le cadre de l'accord bilatéral de 2023.
- 140 Gouvernement du Canada. 23 février 2023. « Accord entre le Canada et le Nouveau-Brunswick pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025 2026) ». <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/priorites-partagees-matiere-sante/accords-bilateraux-travailler-ensemble/nouveau-brunswick-ameliorer-soins.html#a5>
- 141 Gouvernement du Nouveau-Brunswick. 23 février 2021. « Publication du plan d'action sur la santé mentale et le traitement des dépendances ». <https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communiqu2021.02.0138.html>
- 142 Le taux d'hospitalisation était de 16,9 par 100 000 hab. en 2016 et de 10,8 par 100 000 hab. en 2023. Il s'agit d'une bonne nouvelle considérant que ce taux est en hausse dans d'autres régions.
- 143 Mott, Sean. 25 octobre 2023. « More than Half N.B. Youths Report Depression, Anxiety Symptoms: Survey ». CTV News. <https://atlantic.ctvnews.ca/more/more-than-half-n-b-youths-report-depression-anxiety-symptoms-survey-1.6616414>
- 144 Gouvernement du Nouveau-Brunswick. 19 janvier 2024. « Annonce d'une initiative de centres de bien-être pour les jeunes ». <https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communiqu2024.01.0018.html>
- 145 MacDonald, Michael. 3 mai 2024. « New Brunswick Virtual Health-care Service Violating Official Languages Act: Report ». Global News. <https://globalnews.ca/news/10467351/new-brunswick-language-commissioner-online-health-care/>
- 146 Waugh, Andrew. 20 janvier 2024. « "Quite the Slap": Disability Rate in N.B. Rising Fastest in Canada ». Telegraph Journal. <https://tj.news/new-brunswick/quite-the-slap-disability-rate-in-n-b-rising-fastest-in-canada#>
- 147 Association of Psychologists in Newfoundland and Labrador. 18 juin 2021. « APNL Psychologist Feedback: Changes to Provision of Provincial Mental Health Services ». <http://www.apnl.ca/assets/PDFS/Stepped-Care-in-NL-APNL-Final-Report.pdf>
- 148 Poitras, Jacques. 27 mars 2024. « Bill on Forced Addiction Treatment will Include Evaluation Process, Minister Says ». CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick/bill-forced-addiction-treatment-new-brunswick-1.7157350>
- 149 Cooley, Emily, Anees Bahji et David Crockford, « Involuntary Treatment for Adult Nonoffenders with Substance Use Disorders? », *The Canadian Journal of Addiction* 14.2 (2023): 25-31.

NOTES EN FIN DE TEXTE >

- 150 Stechyson, Natalie. 28 juin 2023. « As New Brunswick Changes its LGBTQ Policy in Schools, Advocates Worry it's Just the Beginning ». CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick-trans-lgbtq-higgs-1.6889957>
- 151 Gorman, Michael. 13 octobre 2023. « N.S. Government Takes Step toward Public Access to Private Mental Health, Addiction Care ». CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/nova-scotia/mental-health-and-addictions-care-government-funding-1.6995672>
- 152 Laroche, Jean. 9 février 2022. « Universal Access to Mental Health Services Coming to N.S., but when Remains a Mystery ». CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/nova-scotia/private-mental-health-services-billing-codes-1.6344021>
- 153 Gouvernement du Canada. 23 février 2023. « Accord entre le Canada et la Nouvelle-Écosse pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026) ». <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/priorites-partagees-matiere-sante/accords-bilateraux-travailler-ensemble/nouvelle-ecosse-ensemble-ameliorer-soins.html>
- 154 Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. Septembre 2023. « Action for Health A Strategic Plan 2022–2026 ». <https://actionforhealth.novascotia.ca/sites/default/files/2023-09/action-for-health-strategic-plan-for-nova-scotia.pdf>
- 155 L'an dernier, le gouvernement a mentionné qu'il envisageait de mettre en place un service d'analyse de substances, bien qu'aucun plan ne soit en cours pour l'instant.
- 156 CATIE. 2022. « Un carrefour dédié à la réduction des méfaits à Halifax, en Nouvelle-Écosse ». <https://www.catie.ca/fr/un-carrefour-dedie-a-la-reduction-des-mefaits-a-halifax-en-nouvelle-ecosse>
- 157 Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. 2024. « Healthcare Wait Times: Mental Health & Addictions Adult Services ». <https://waittimes.novascotia.ca/procedure/mental-health-addictions-adult-services#waittimes-non-urgent>
- 158 Mathias, Holly, Lois Jackson, Jean Hughes, et Mark Asbridge. « Access to Mental Health Supports and Services: Perspectives of Young Women Living in Rural Nova Scotia (Canada) », *Canadian Journal of Community Mental Health* 40.2 (2001): 89-103.
- 159 Hampshire, Gareth. 5 mai 2023. « N.S. Health Launches Program to Speed Up Access to Mental Health Care ». CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/nova-scotia/ns-health-launches-mental-health-care-program-1.6831939>
- 160 King, Megan et Alex Cook. 24 janvier 2024. « "Quite Dire": N.S. Has the Highest Poverty Rate in Canada, Says New Report ». Global News. <https://globalnews.ca/news/10247945/united-way-report-poverty-ns-halifax>
- 161 Byard, Matthew. 4 juillet 2023. « Stats Canada Data Show Income, Housing Disparities between Black, White Nova Scotians ». Halifax Examiner. <https://www.halifaxexaminer.ca/black-nova-scotia/stats-canada-data-show-income-housing-disparities-between-black-white-nova-scotians>
- 162 Gallant, Isabelle. 23 février 2024. « Health P.E.I.'s New Mental Health and Addictions ER Expected to be "Game Changer." ». CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/prince-edward-island/pei-new-mental-health-emergency-department-1.7123896>
- 163 Malheureusement, la municipalité de Charlottetown a rejeté le projet. Voir Davis, Tony. 26 septembre 2023. « Charlottetown Council Votes against Supervised Injection Site ». CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/prince-edward-island/pei-charlottetown-homeless-emergency-housing-extended-outreach-centre-1.6977926>

NOTES EN FIN DE TEXTE >

- 164 Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard. 6 mars 2024. « Programme d'échange de seringues et trousse des (sic) naloxone ». <https://www.princeedwardisland.ca/fr/information/sante-i-p-e/programme-dechange-seringues-et-trousses-naloxone>
- 165 Yarr, Kevin. 10 février 2024. « Anxiety and Depression Far above the Norm for P.E.I. Farmers, Doctor Finds ». CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/prince-edward-island/pei-farmers-mental-health-1.7108899>
- 166 Aziz, Connolly, Tim Lomas et Scarlett Mattoli. « Well-being on Prince Edward Island, Canada: A Statistical Case-Study of Well-Being Related Community Factors », *International Journal of Community Well-Being* 5.3 (2022): 617-655.
- 167 Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard. 4 novembre 2016. « Stratégie relative à la santé mentale et à la toxicomanie 2016-2026 ». <https://www.princeedwardisland.ca/fr/publication/strategie-relative-a-sante-mentale-et-a-toxicomanie-2016-2026>
- 168 Gallant, Isabelle. 23 février 2024. « Health P.E.I.'s New Mental Health and Addictions ER Expected to be "Game Changer." ». CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/prince-edward-island/pei-new-mental-health-emergency-department-1.7123896>
- 169 Goodsell, Devon. 5 mai 2023. « P.E.I. Leads the Country in Food Insecurity. Again ». CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/prince-edward-island/pei-food-insecurity-report-1.6832893>
- 170 Gouvernement du Canada. 23 février 2024. « Accord entre le Canada et Terre-Neuve-et-Labrador pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025 2026) ». <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/priorites-partagees-matiere-sante/accords-bilateraux-travailler-ensemble/terre-neuve-labrador-travailler-ensemble-ameliorer-soins.html#a5>; Santé Canada. 25 mars 2024. « Le Canada signe un accord bilatéral de près de 256 millions de dollars avec Terre-Neuve-et-Labrador pour améliorer les soins de santé sur trois ans ». <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2024/03/le-canada-signe-un-accord-bilateral-de-pres-de-256-millions-de-dollars-avec-terre-neuve-et-labrador-pour-ameliorer-les-soins-de-sante-sur-trois-ans.html>
- 171 Gouvernement de Terre-Neuve. « Our Path of Resilience Action Plan ». <https://www.gov.nl.ca/hcs/mentalhealth-committee/mentalhealth/action-plan-and-updates>
- 172 Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador. 11 juillet 2023. « Towards Recovery: The Mental Health and Addictions Action Plan for Newfoundland and Labrador ». <https://www.gov.nl.ca/hcs/files/mentalhealth-committee-mentalhealth-pdf-mentalhealth-addictions-plan.pdf>
- 173 Tobin, Natasha. 2023. « Exploring the Experiences of Individuals who are Prescribed Involuntary Community Treatment in Newfoundland and Labrador ». Brandon University. https://arcabc.ca/islandora/object/irbu%3A888?solr_nav%5Bid%5D=8a37705b68e9b97edaa6&solr_nav%5Bpage%5D=4457&solr_nav%5Boffset%5D=16
- 174 Smellie, Sarah. 25 août 2023. « As Newfoundland Drug Deaths Soar, Calls Grow for Overdose Prevention Site ». The Globe and Mail. <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-as-newfoundland-drug-deaths-soar-calls-grow-for-overdose-prevention/>
- 175 Kennedy, Alex. 1^{er} septembre 2023. « Following Rash of Overdoses, N.L.'s Health Minister Says All-Party Committee Will Work on Solutions ». CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/newfoundland-labrador/nl-addictions-all-party-committee-1.6954724>

NOTES EN FIN DE TEXTE >

- 176 Wilhelm, Henrike. 11 octobre 2022. « N.L. Suicide Numbers Up 25% in 2021, More than Doubled in Labrador-Grenfell ». CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/newfoundland-labrador/nl-labrador-suicide-numbers-2021-1.6588668>
- 177 Pollock, Nathaniel J., Shree Mulay, James Valcour et Michael Jong. « Suicide Rates in Aboriginal Communities in Labrador, Canada », *American Journal of Public Health* 106.7 (2016): 1309-1315.
- 178 Moores, Lisa et Pamela Button. 18 juin 2021. « APNL Psychologist Feedback: Changes to Provision of Provincial Mental Health Services ». Association of Psychology in Terre-Neuve-et-Labrador. <http://www.apnl.ca/assets/PDFS/Stepped-Care-in-NL-APNL-Final-Report.pdf>
- 179 Yun, Tom. 29 juin 2022. « "Crisis Level": N.L. Faces Shortage of Psychologists as they Leave the Public System ». CTV News. <https://www.ctvnews.ca/health/crisis-level-n-l-faces-shortage-of-psychologists-as-they-leave-public-system-1.5967841>
- 180 Gouvernement du Canada. 6 juillet 2023. « Accord entre le Canada et le Yukon pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026) ». <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/priorites-partagees-matiere-sante/accords-bilateraux-travailler-ensemble/yukon-ensemble-ameliorer-soins.html>
- 181 Comité consultatif du Yukon. 10 décembre 2020. « Changer la donne pour défendre la dignité et la justice : la Stratégie du Yukon sur les femmes, les filles et les personnes bispirituelles+ autochtones disparues et assassinées ». <https://yukon.ca/sites/yukon.ca/files/wged/wd-yukons-missing-murdered-indigenous-women-girls-two-spirit-people-strategy-fr.pdf>
- 182 Gouvernement du Yukon. 2023. « La population d'abord : Rapport annuel 2023 ». <https://yukon.ca/sites/yukon.ca/files/hss/hss-population-dabord-rapport-annuel-2023.pdf>
- 183 Gouvernement du Yukon. 22 août 2023. « Stratégie d'urgence de santé publique liée à l'usage de substances du Yukon ». <https://yukon.ca/sites/yukon.ca/files/hss-substance-use-health-emergency-strategy-2023-fr.pdf>
- 184 Gouvernement du Yukon. 28 octobre 2021. « Le gouvernement du Yukon élargit le programme d'approvisionnement sûr ». <https://yukon.ca/fr/news/le-gouvernement-du-yukon-elargit-le-programme-dapprovisionnement-sur>
- 185 Comme le Yukon est moins peuplé que les autres provinces, nous incluons un taux par 50 000 habitants afin de tenir compte de la taille réduite de la population. Cependant, nous conservons le taux par 100 000 habitants afin que les données du Yukon soient comparables à celles des autres provinces et territoires du Canada.
- 186 Joannou, Ashley. 30 mars 2023. « "It's Going to Take the Community": Yukon Faces Canada's Worst Toxic Drug Death Rate ». CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/north/yukon-opioid-crisis-1.6795922#:~:text=Across%20the%20territory%2C%20First%20Nations,as%2022.3%20per%20cent%20Indigenous>
- 187 Joannou, Ashley. 30 mars 2023. « "It's Going to Take the Community": Yukon Faces Canada's Worst Toxic Drug Death Rate ». CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/north/yukon-opioid-crisis-1.6795922#:~:text=Across%20the%20territory%2C%20First%20Nations,as%2022.3%20per%20cent%20Indigenous>
- 188 Hong, Jackie. 19 août 2021. « Work Ongoing to Improve Mental Health Services in Rural Yukon, Officials Tell Committee ». CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/north/yukon-rural-mental-health-report-update-1.6146677>

NOTES EN FIN DE TEXTE >

- 189 Connors, Sara. 5 février 2024. « Yukon Government to Open Managed Alcohol Program this Spring ». APTN News. <https://www.aptnnews.ca/national-news/yukon-government-to-open-managed-alcohol-program-this-spring/>
- 190 Gouvernement du Canada. 6 juillet 2023. « Accord entre le Canada et le Yukon pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026) ». <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/priorites-partagees-matiere-sante/accords-bilateraux-travailler-ensemble/yukon-ensemble-ameliorer-soins.html>
- 191 Proulx, Michel. 6 septembre 2022. « No Vacancy ». CBC News. <https://www.cbc.ca/newsinteractives/features/yukon-housing-crisis>
- 192 Hatherly, Dana. 1^{er} février 2024. « New Plan Needed to Deal with Changing Housing Situation: Yukon Housing Corp ». Yukon News. <https://www.yukon-news.com/news/new-plan-needed-to-deal-with-changing-housing-situation-yukon-housing-corp-7312620>
- 193 Gouvernement du Canada. 6 juillet 2023. « Accord entre le Canada et les Territoires du Nord-Ouest pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025 2026) ». <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/priorites-partagees-matiere-sante/accords-bilateraux-travailler-ensemble/territoires-nord-ouest-travailler-ensemble-ameliorer-soins.html>
- 194 Blake, Emily. 12 avril 2024. « NWT Launches Fentanyl Test Strips in Response to Drug Poisonings ». Cabin Radio. https://cabinradio.ca/177664/news/health/nwt-launches-fentanyl-test-strips-in-response-to-drug-poisonings/_cldee=DDMmnFsgFeKwh0pLzLZDQsaPGJDOT8J1OzofHQFXNB5dr8JD4ZZ71H8csS40Eryj&recipientid=contact-57013cfe0a05e811813b480fcff4b171-a59256d1efdd42df8c92fd698ca29090&esid=7dd1af3f-f4fb-ee11-9f89-002248af54f2
- 195 Comme les Territoires du Nord-Ouest sont moins peuplés que les autres provinces, nous incluons un taux par 50 000 habitants afin de tenir compte de la taille réduite de la population. Toutefois, nous conservons le taux par 100 000 habitants afin de garantir que les données des Territoires du Nord-Ouest soient comparables à celles des autres provinces et territoires du Canada.
- 196 Office of the Chief Coroner of the Northwest Territories. 2022. « Early Release of Suicide Data ». <https://www.justice.gov.nt.ca/en/files/coroner-service/Annual%20Reports/2021-2022%20Early%20Release%20of%20Suicide%20Data.pdf>
- 197 Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. 22 août 2011. « Northwest Territories Health Status Report ». <https://www.gov.nt.ca/en/newsroom/health-status-report>.
- 198 Pressman, Natalie. 23 mars 2023. « N.W.T. Gov't Rejects Motion for Regional Suicide Prevention Funds ». CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/north/nwt-legislature-suicide-prevention-1.6793169> <https://www.cbc.ca/news/canada/north/n-w-t-gov-t-rejects-motion-for-regional-suicide-prevention-funds-1.6787931>
- 199 Inuvialuit Regional Corporation. 2024. « Aulaaqatigiikta, Illumun Ikayuqatigiikluta (Moving Forward, Healing Together) – Inuvialuit Settlement Region Suicide Prevention Strategy ». <https://irc.inuvialuit.com/documents/healingtogether/>
- 200 Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. Mars 2023 « Stratégie de gestion de l'alcool pour les Territoires du Nord-Ouest : Rapport définitif ». <https://www.hss.gov.nt.ca/sites/hss/files/resources/alcohol-strategy-nwt-final-report.pdf>
- 201 Carroll, Luke. 20 novembre 2023. « Majority of Incoming MLAs Want Addiction Treatment Facilities in the N.W.T. ». CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/north/a-majority-of-mla-elects-support-addiction-treatment-facilities-in-the-n-w-t-1.7033754>

NOTES EN FIN DE TEXTE >

- 202 Bureau du vérificateur général du Canada. 2022. « Les services de prévention et de traitement des dépendances dans les Territoires du Nord-Ouest ». https://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/nwt_202205_f_44082.html
- 203 Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. 22 août 2011. « Northwest Territories Health Status Report ». <https://www.gov.nt.ca/fr/newsroom/health-status-report>
- 204 Webster, Paul. « Language Barriers Restricting Access to Health Care for Indigenous Populations », *CMAJ* 190.24 (2018): E754; Zerehi, Sima Sahar. 13 mai 2016. « Patients Decry Nunavut's Lack of French Mental Health Services ». CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/north/patients-decry-lack-of-french-mental-health-services-1.3580099>; Elman, Aviva, Meghan Etter, Kimberly Fairman et Susan Chatwood. « Mental Health Services in the Northwest Territories: A Scoping Review », *International Journal of Circumpolar Health* 78 (2019): 1.
- 205 Société canadienne d'hypothèques et de logement. 2022. « Rapport sur le logement dans le Nord 2022 ». <https://assets.cmhc-schl.gc.ca/sites/cmhc/professional/housing-markets-data-and-research/market-reports/northern-housing-report/northern-housing-report-2022-fr.pdf?rev=48c601e2-31ad-4428-b4f4-0b90a26919e0>
- 206 Gouvernement du Canada. 6 juillet 2023. « Accord entre le Canada et le Nunavut pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026) ». <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/priorites-partagees-matiere-sante/accords-bilateraux-travailler-ensemble/nunavut-ensemble-ameliorer-soins.html#a4>
- 207 Gouvernement du Nunavut. Juin 2017. « Inuusivut Anninaqtuq : Plan d'action 2017-2022 ». https://www.gov.nu.ca/sites/default/files/documents/2021-11/inuusivut_anninaqtuq_francais.pdf
- 208 Ritchot, Mélanie 9 juin 2021. « Nunavut MLAs Adopt New Mental Health Act ». <https://nunatsiaq.com/stories/article/nunavut-mlas-adopt-new-mental-health-act/>
- 209 Comme le Nunavut est moins peuplé que les autres provinces, nous incluons un taux par 50 000 habitants afin de tenir compte de la taille réduite de la population. Toutefois, nous conservons le taux par 100 000 habitants afin que les données du Nunavut soient comparables à celles des autres provinces et territoires du Canada.
- 210 CBC News. 15 novembre 2023. « Nunavut MLA Renews Calls to Declare Territorial Suicide Emergency ». CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/north/nunavut-mla-brewster-suicide-emergency-1.7029358>
- 211 Inuit Tapiriit Kanatmi. 2016. « National Inuit Suicide Prevention Strategy ». <https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2016/07/ITK-National-Inuit-Suicide-Prevention-Strategy-2016.pdf>
- 212 Lauzière, Julie, Christopher Fletcher et Isabelle Gaboury, « Cultural Safety as an Outcome of a Dynamic Relational Process: The Experience of Inuit in a Mainstream Residential Addiction Rehabilitation Centre in Southern Canada », *Qualitative Health Research* 32.6 (2022). DOI : 10.1177/10497323221087540
- 213 Webster, Paul. « Language Barriers Restricting Access to Health Care for Indigenous Populations », *CMAJ* 190.24 (2018): E754; Zerehi, Sima Sahar. 13 mai 2016. « Patients Decry Nunavut's Lack of French Mental Health Services ». CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/north/patients-decry-lack-of-french-mental-health-services-1.3580099>
- 214 Nunatsiaq News. 14 mars 2022. « Nunavummiut Being Trained for Local Mental Health Work ». <https://nunatsiaq.com/stories/article/nunavummiut-being-trained-for-local-mental-health-work/>
- 215 Nunavut Tunngavik. 14 août 2023. « Tundra Turning Celebrates Historic \$83.7 Million Investment to Build Aqqusariaq (Formerly the Nunavut Recovery Centre) in Iqaluit ». <https://www.tunngavik.com/news/tundra-turning-celebrates-historic-83-7m-investment-to-build-aqqusariaq-formerly-the-nunavut-recovery-centre-in-iqaluit/>

NOTES EN FIN DE TEXTE >

- 216 Le gouvernement du Canada travaille actuellement à l'élaboration d'une méthodologie pour la MPC au Nunavut, adaptée selon la taille de la famille et d'autres considérations uniques à la population inuite.
- 217 Amautiit Nunavut Inuit Women's Association. 2023. « Unveiling Poverty: Beyond Numbers, Beneath Lives ». <https://acrobat.adobe.com/id/urn:aaid:sc:US:cb996395-f690-4e0f-85c9-d612d4968312>
- 218 Statistique Canada. 2022. « Le taux de besoins impérieux en matière de logement diminue dans l'ensemble des provinces et des territoires, de 2016 à 2021 ». <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220921/mc-b005-fra.htm>
- 219 Gouvernement du Nunavut. Septembre 2023 « Representative for Children and Youth 2022-2023 Annual Report ». https://assembly.nu.ca/sites/default/files/2023-10/RCYO_2022-2023%20Annual%20Report_EN.pdf
- 220 Gouvernement du Nunavut. Septembre 2023 « Representative for Children and Youth 2022-2023 Annual Report ». https://assembly.nu.ca/sites/default/files/2023-10/RCYO_2022-2023%20Annual%20Report_EN.pdf