

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 cot 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

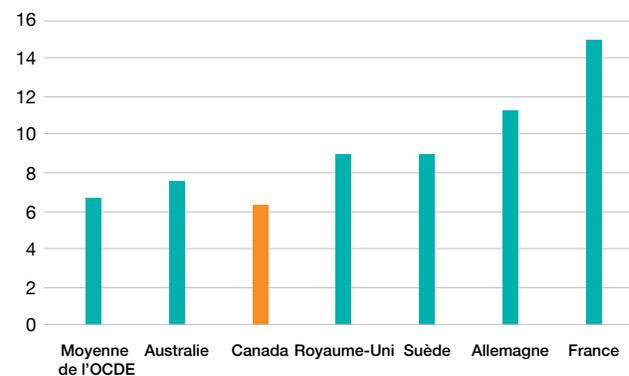


Financement

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

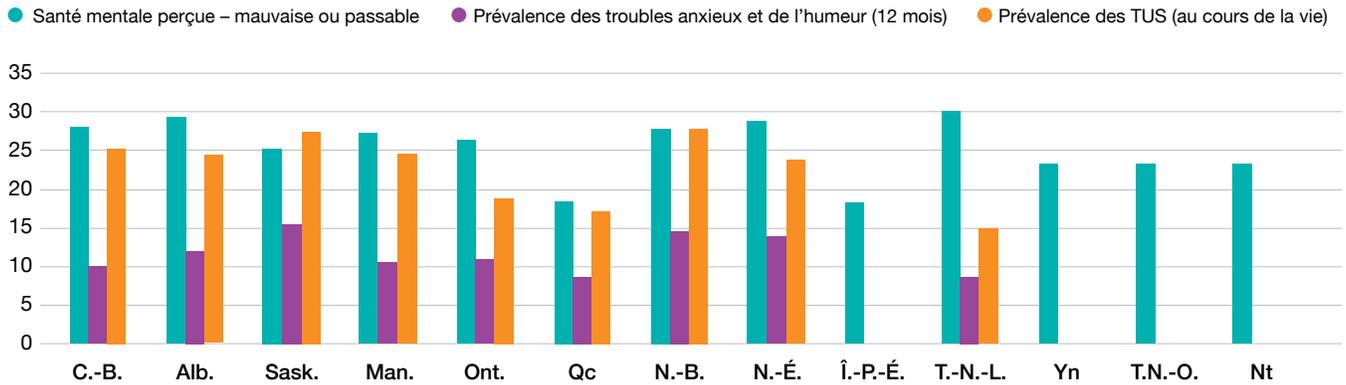
Les indicateurs de la santé mentale de la population canadienne, qui nous renseignent sur l'état de bien-être psychologique et émotionnel de différents groupes populationnels³⁹, mettent en lumière deux enjeux : le premier est que nous n'avons pas fait de progrès notables dans la prise en compte des facteurs 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.

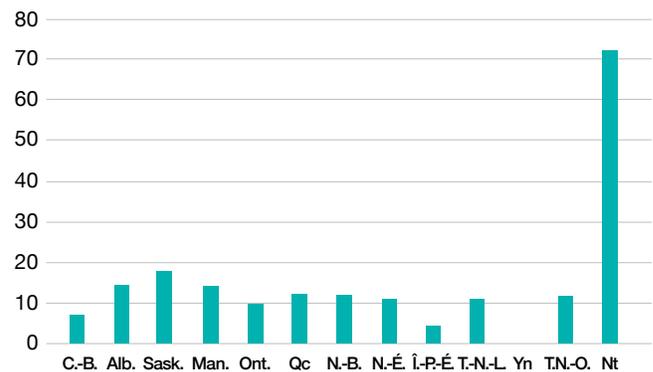
Statistique Canada. « Enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins », 2022.

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.

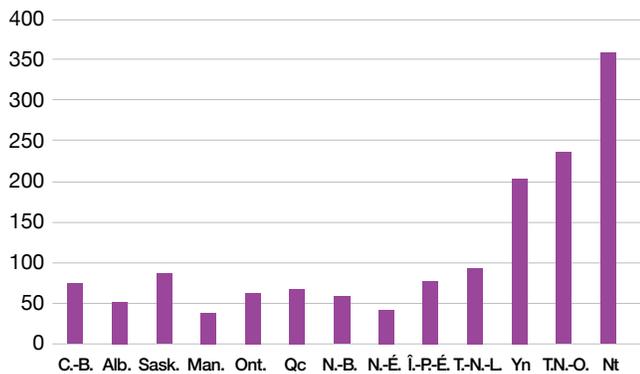


DANS LA MIRE : CANADA

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.

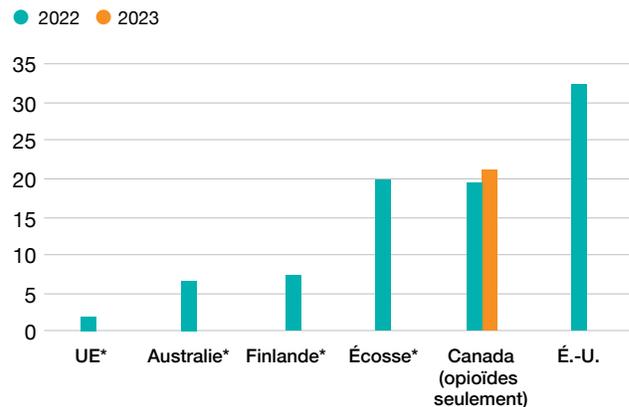


ALERTE ÉLEVÉE

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.

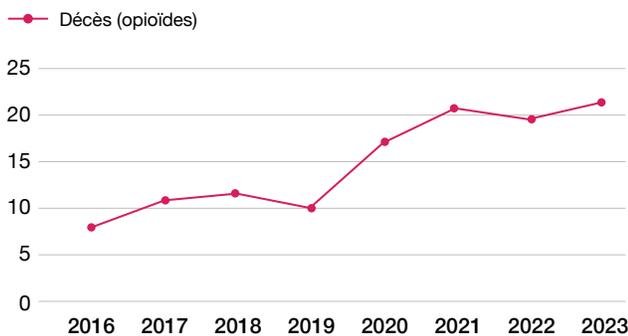
* Les données de l'Union européenne, de l'Écosse, de l'Australie et de la Finlande comprennent tous les décès pour lesquels les drogues étaient principalement en cause. L'indicateur « décès dus aux drogues » comprend donc les opioïdes, les stimulants et d'autres drogues. Il convient de noter que le taux 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 %.

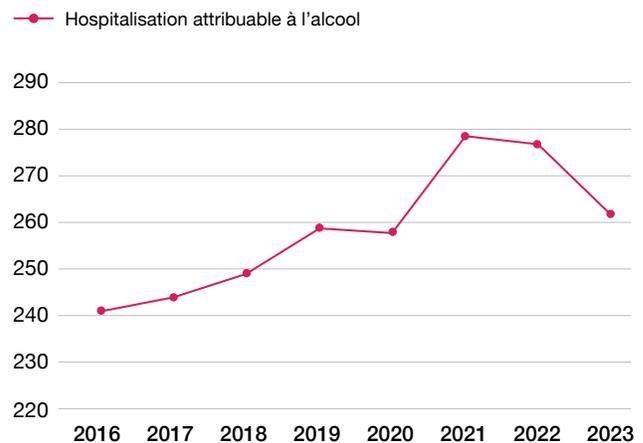


INQUIÉTANT

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).

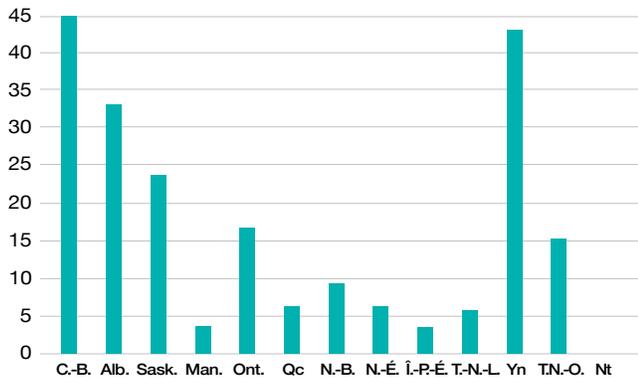


DANS LA MIRE : CANADA

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

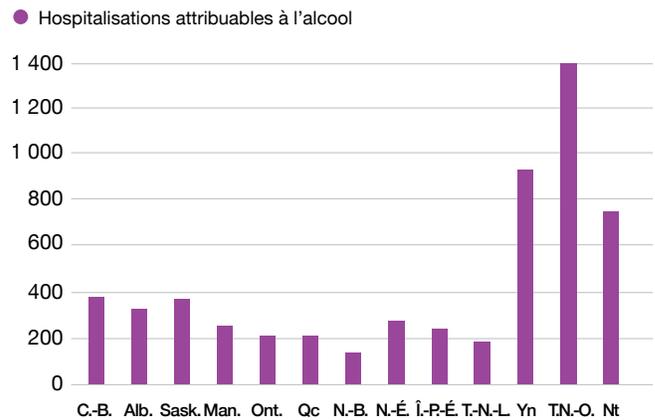
Décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes, taux par 100 000 hab., par province et territoire (2023)



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.

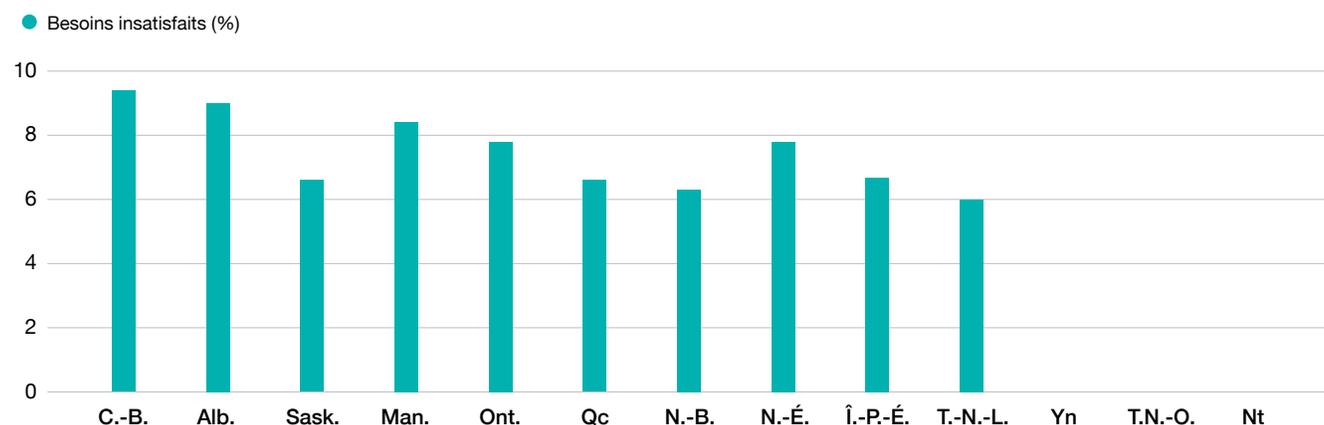
En ce qui concerne la répartition des psychiatres, le Canada se situe en deçà des pays européens : le taux y est de 13,1 psychiatres par 100 000 hab. alors que la moyenne de l'OCDE est de 16,8⁴⁹.

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.

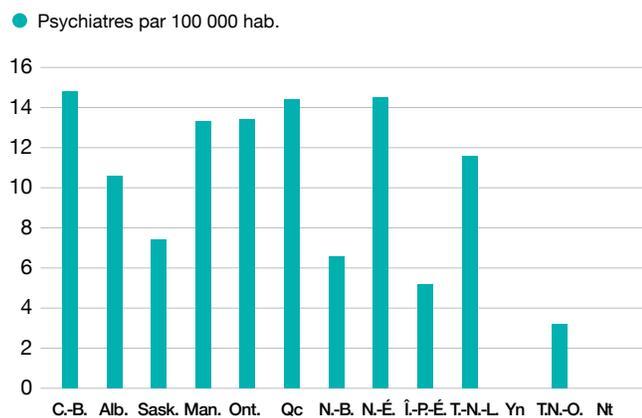


DANS LA MIRE : CANADA

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

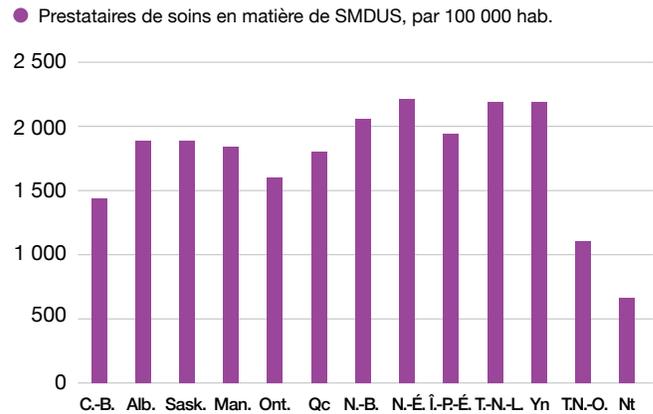
Répartition des psychiatres par 100 000 hab., par province et territoire (2019)



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)



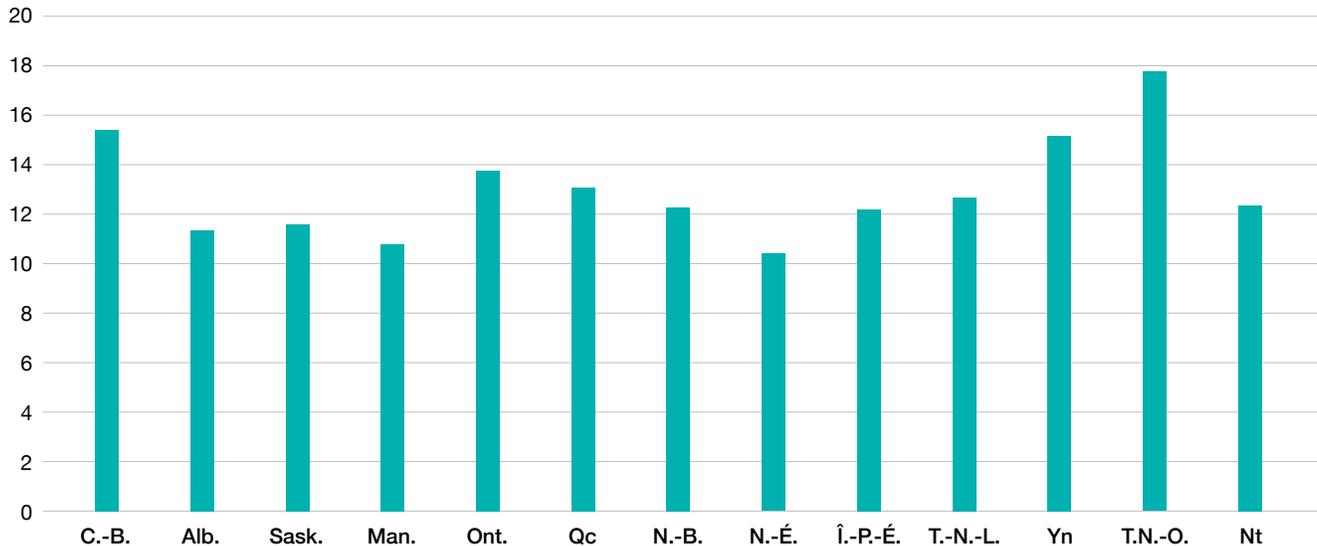
Source : Institut canadien d'information sur la santé, [Profil de certains dispensateurs de services liés à la santé mentale et à l'utilisation de substances au Canada \(2021\)](#).

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

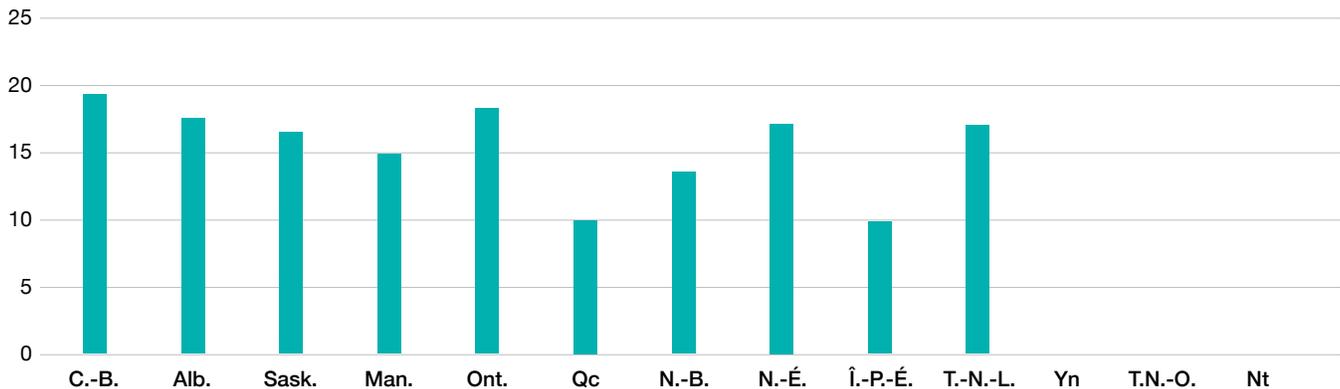
Le logement est un droit fondamental de la personne et est nécessaire pour avoir une bonne santé. Le droit au logement est protégé en vertu du droit international, conformément à la Déclaration universelle des droits de l'homme et au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels 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.



DANS LA MIRE : CANADA

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.



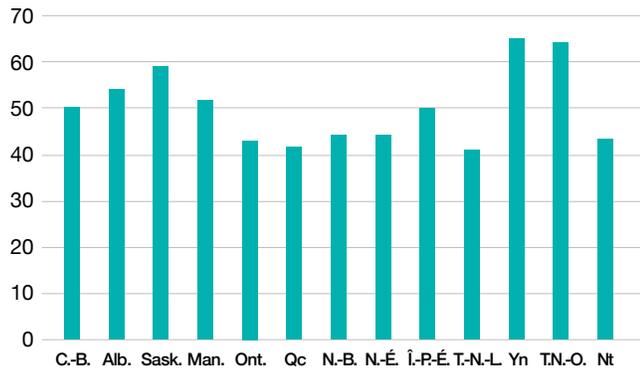
À NOTER

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.

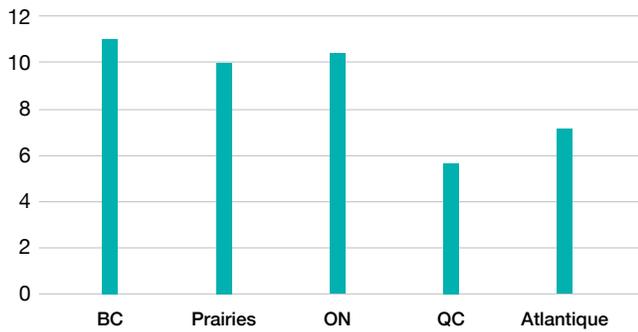
STIGMATISATION ET DISCRIMINATION

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

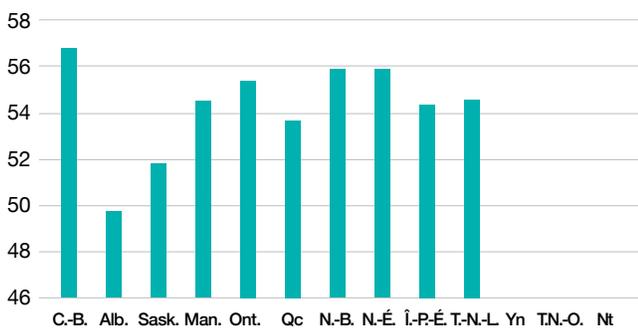
% des personnes ayant déclaré avoir une santé mentale mauvaise à passable qui font l'objet de discrimination et de victimisation, par province et territoire (2019)



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.



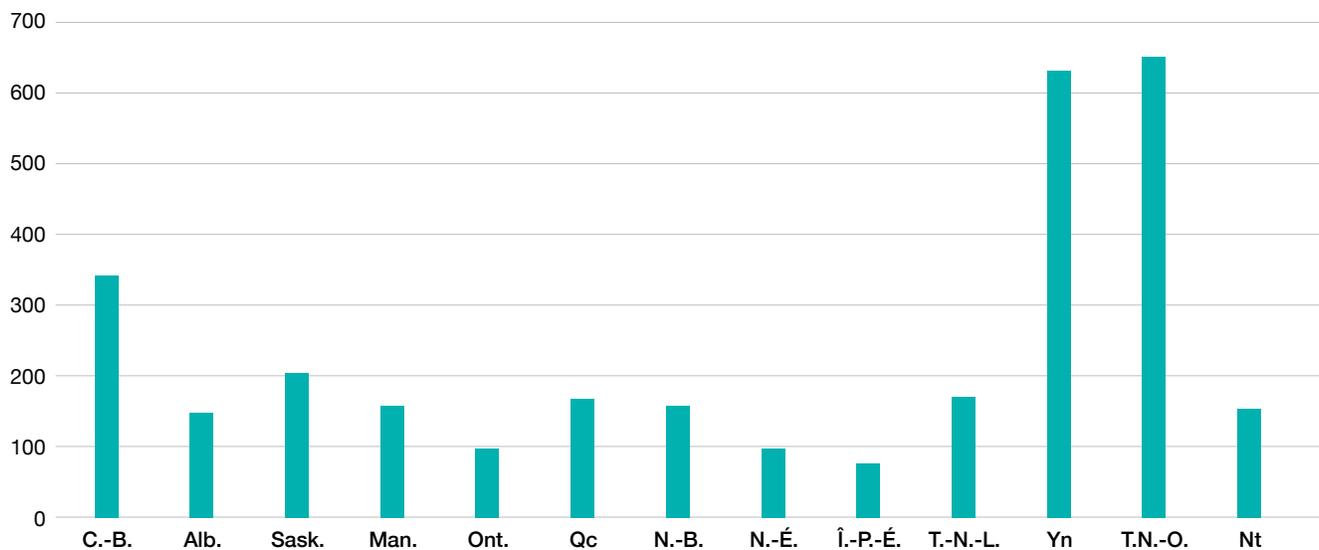
DANS LA MIRE : CANADA

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.](#)