



PRENDRE L'ARGENT ET S'ENFUIR?

Dans quelle mesure les provinces et les territoires sont-ils responsables de l'utilisation des fonds fédéraux consacrés aux soins de santé mentale et aux soins de santé liée à l'usage de substances psychoactives?

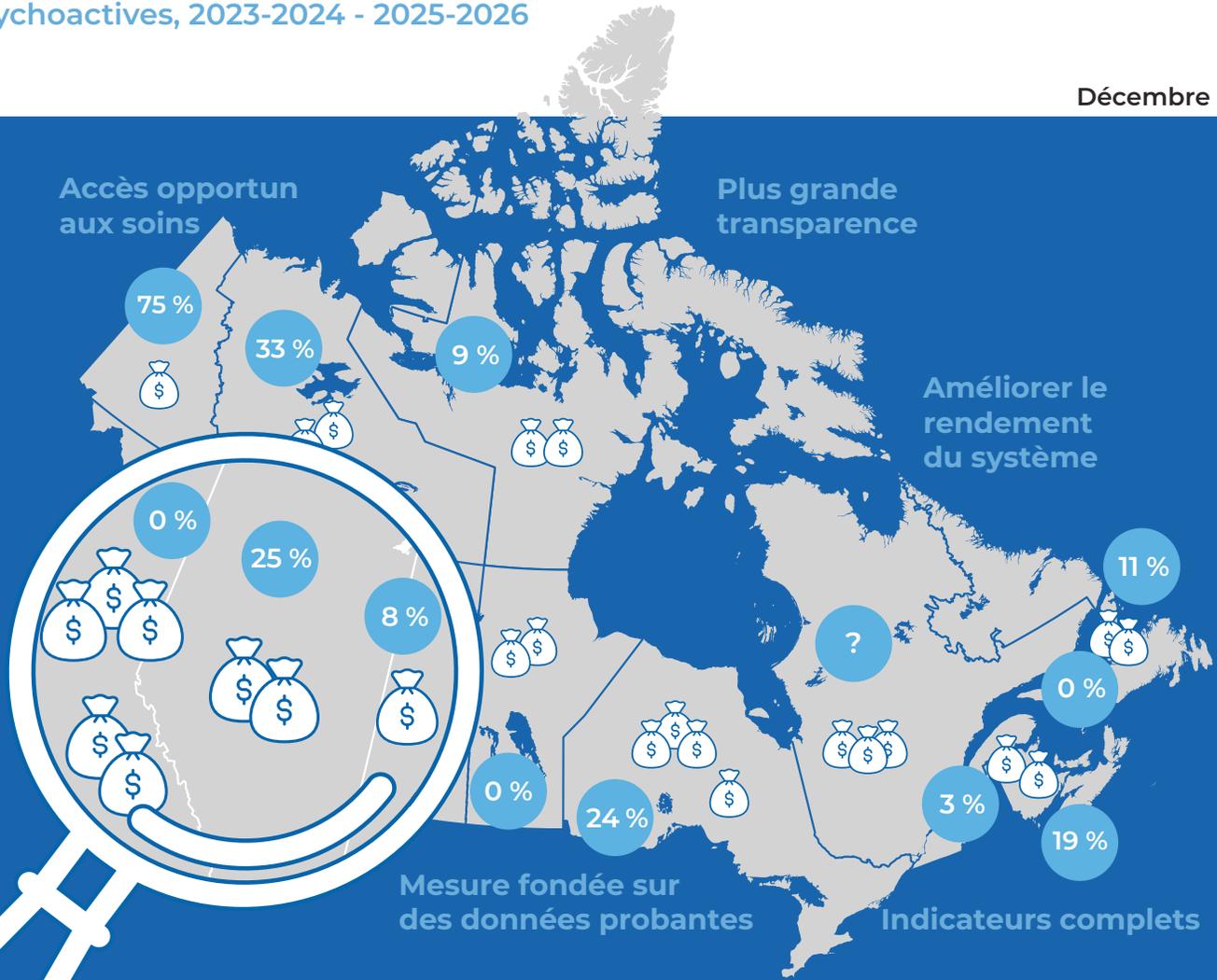
Examen des accords de financement bilatéraux de 2023 et 2017 destinés aux services en matière de santé mentale et d'utilisation de substances psychoactives, 2023-2024 - 2025-2026

Décembre 2024

Accès opportun
aux soins

Plus grande
transparence

Améliorer le
rendement
du système



Mesure fondée sur
des données probantes

Indicateurs complets



Qui nous sommes

L'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale (ACMMSM) est le porte-parole national de la santé mentale au Canada. Fondée en 1998, l'ACMMSM est une alliance dirigée par ses membres et composée de 18 organismes voués à la santé mentale et à la santé liée à l'usage de substances psychoactives qui représentent les personnes ayant des problèmes de santé mentale ou d'utilisation de substances psychoactives, leurs familles et leurs soignants, et les fournisseurs de soins de santé. L'ACMMSM s'intéresse au rôle de chef de file du gouvernement fédéral dans la résolution des problèmes de santé mentale et d'utilisation de substances psychoactives.

Vision

Nous désirons un pays où tous les Canadiens jouissent d'une bonne santé mentale et d'une bonne santé liée à l'usage de substances psychoactives.

Mission

Les Canadiens qui vivent avec des problèmes de santé mentale et d'utilisation de substances psychoactives, leurs familles et les prestataires de soins doivent avoir accès en temps utile aux soins, au soutien et au respect auxquels ils ont droit, au même titre que les autres problèmes de santé (physique).

Pour en savoir plus, veuillez visiter notre site Web à l'adresse www.CAMIMH.ca.

Table des matières

Résumé	4
Financement	4
Indicateurs communs provinciaux-territoriaux	4
Améliorer la production de rapports publics sur le rendement du système – La voie à suivre	5
1. Contexte	6
2. Objectif	7
3. Cadre financier fédéral pour les services en matière de santé mentale et d'utilisation de substances psychoactives, 2023-2024 à 2025-2026	8
4. Quelles sont les priorités des provinces et des territoires en ce qui concerne le système de santé?	9
5. Comment les provinces et les territoires mesurent-ils le rendement et se tiennent-ils responsables devant le public	11
Priorité n° 3 (a) Temps d'attente médians pour les services communautaires en matière de santé mentale et consommation de substances	12
Priorité n° 3 (b) Pourcentage de jeunes âgés de 12 à 25 ans ayant accès à des services intégrés pour les jeunes (SIJ) en matière de santé mentale et de consommation de substances	13
Priorité n° 3 (c) – Pourcentage des Canadiens aux prises avec des troubles mentaux dont les besoins en santé mentale ne sont pas comblés	15
6. Améliorer la production de rapports publics sur le rendement du système – la voie à suivre	18
1. Élaborer un ensemble complet d'indicateurs de rendement en matière de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances psychoactives	18
2. Établir des cibles et des critères de référence nationaux fondés sur des données probantes	19
3. Communiquer efficacement aux Canadiens – Créer un tableau de bord national sur la santé mentale et la santé liée à l'utilisation de substances psychoactives	20
4. Veiller à ce que l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) dispose du financement à long terme nécessaire pour remplir son mandat	20
7. Réflexions finales	20
Références	22

Résumé

En 2023, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont signé une série d'accords bilatéraux intitulés **Travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens**. Ces accords prévoyaient 25 milliards de dollars, sur 10 ans, à investir dans quatre domaines prioritaires (dont l'un est les soins santé mentale et les soins de santé liée à l'usage de substances psychoactives), ainsi que le financement restant de l'accord de 2017 sur les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances (5 milliards de dollars). Étant donné qu'il s'agit de documents longs et complexes, l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale (ACMMSM) a estimé qu'il serait utile de :

1. Exposer clairement les fonds engagés dans les deux accords en faveur de la santé mentale et de la santé liée à l'usage de substances psychoactives
2. Préciser les priorités provinciales et territoriales liées à ce financement
3. Déterminer comment les provinces et les territoires rendront compte au public des critères de référence et des objectifs qu'ils ont choisis relativement à la santé mentale et à la santé liée à l'usage de substances psychoactives
4. Définir la voie à suivre pour améliorer la production de rapports publics sur le rendement du système de santé

Étant donné que les provinces et les territoires exigent depuis longtemps du gouvernement fédéral un maximum d'argent pour les soins de santé sans aucune condition ni obligation de rendre des comptes, l'ACMMSM voulait mieux comprendre si les provinces et les territoires se contentent de prendre l'argent et de s'enfuir, ou s'ils joignent le geste à la parole lorsqu'il s'agit d'améliorer l'accès en temps opportun à des services en matière de santé mentale et d'utilisation de substances psychoactives à la fois accessibles et inclusifs. Voici nos conclusions :

Financement

En 2023-2024 et 2025-2026, les provinces et les territoires investiront un total de 9,3 milliards de dollars (7,5 milliards de dollars provenant de l'accord Travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens de 2023, et 1,8 milliard de dollars provenant de l'accord de 2017 sur les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances).

- Sur les 25 milliards de dollars qui ont été alloués aux provinces et aux territoires à partir de 2023, seulement **15,9 %** sont consacrés aux services de soins de santé mentale et de soins de santé liés à l'utilisation de substances psychoactives.
- L'Île-du-Prince-Édouard, le Manitoba et la Colombie-Britannique n'ont alloué aucun financement (**0 %**) aux services de santé mentale et de santé liée à l'usage de

substances psychoactives, et sept des 12 provinces et territoires déclarants allouent **10 % ou moins** du financement bilatéral disponible pour l'année 2023 (25 milliards de dollars) aux services en matière de santé mentale et d'utilisation de substances psychoactives. Le financement médian s'élève à **8,45 %**, la proportion la plus élevée étant observée au Yukon (75,1 %), dans les Territoires du Nord-Ouest (33,3 %), en Alberta (25,2 %) en Ontario (23,9 %) et en Nouvelle-Écosse (18,8 %).

- Compte tenu de la crise de l'accès aux soins en temps opportun pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances psychoactives, pourquoi tant de provinces et de territoires investissent-ils si peu de nouveaux fonds fédéraux pour améliorer et élargir l'accès aux services en matière de santé mentale et d'utilisation de substances psychoactives

Cela est très préoccupant étant donné que les données accessibles au public nous indiquent que les investissements en santé mentale au Canada représentent environ 5 % de leurs budgets de santé, ce qui est nettement inférieur aux **12 %** recommandés par la Société royale du Canada, que l'ACMMSM appuie. Il est clair qu'il est possible d'accroître nos investissements publics (fédéraux, provinciaux et territoriaux) dans les services en matière de santé mentale et d'utilisation de substances psychoactives.

Indicateurs communs provinciaux-territoriaux

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont convenu de trois indicateurs nationaux communs :

(1) Temps d'attente médians pour les services communautaires en matière de santé mentale et consommation de substances; (2) Pourcentage de jeunes de 12 à 25 ans qui ont accès à des services intégrés pour les jeunes en matière de santé mentale et de consommation de substances; (3) Pourcentage des Canadiens aux prises avec des troubles mentaux dont les besoins en santé mentale ne sont pas comblés. Lorsque l'on examine les critères de référence et les objectifs provinciaux et territoriaux, plusieurs observations s'imposent :

- Selon l'indicateur, certaines provinces et certains territoires n'ont pas indiqué de base de référence ni fixé de cible.
- Souvent, les provinces et les territoires qui ont indiqué un critère de référence ont également défini un objectif modeste (en précisant que les critères de référence et les objectifs peuvent varier considérablement). Compte tenu de ces aspirations plutôt modestes, les provinces et les territoires peuvent-ils faire davantage face aux problèmes d'accès aux services en matière de santé mentale et d'utilisation de substances psychoactives?

- Nous n'avons pas connaissance de discussions et/ou de consensus entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux sur la nécessité de mettre en place une série d'objectifs nationaux ou communs fondés sur des données probantes.
- Il sera important de déterminer si chaque province et territoire fournit les données qui ne figurent pas dans la liste et s'ils atteignent les objectifs qu'ils se sont fixés.

Améliorer la production de rapports publics sur le rendement du système – La voie à suivre

L'ACMMSM reconnaît que le travail entrepris par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux est extrêmement important et devrait être applaudi, mais il est loin d'être terminé. Rappelons que le deuxième rapport d'évaluation nationale de l'ACMMSM sur l'état de la santé mentale et de la santé liée à l'usage de substances psychoactives, publiée en 2023 par l'ACMMSM, mentionne que les Canadiens interrogés ont donné à leurs gouvernements une note d'échec à tous les niveaux en ce qui concerne l'accès aux soins en temps opportun. Il est évident que les gouvernements, à tous les échelons, ont encore beaucoup à faire pour mesurer le rendement du système et en rendre compte à la population du Canada. L'ACMMSM estime que quatre domaines particuliers nécessitent une attention particulière :

1. Élaborer un ensemble complet d'indicateurs de rendement en matière de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances psychoactives – Certains indicateurs nationaux communs ont été mis au point et sont très importants dans leur domaine d'application; ils deviendront encore plus importants au fil du temps grâce à l'analyse des tendances. Cependant, sont-ils suffisants pour fournir aux Canadiens un résumé complet du rendement des systèmes de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances psychoactives des provinces et des territoires? Existe-t-il d'autres indicateurs nationaux communs qui doivent être définis, qui existent déjà dans les fonds de données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (p. ex. le nombre de lits pour patients hospitalisés en santé mentale; le nombre de lits pour patients hospitalisés en toxicomanie) ou qui doivent être définis et élaborés (p. ex. temps d'attente avant d'obtenir des services en matière de santé mentale et d'utilisation de substances psychoactives en milieu hospitalier; prolongation du séjour à l'hôpital jusqu'à ce que les services de soutien communautaires soient prêts pour les cas de santé mentale et de toxicomanie [jours passés à un autre niveau de soins]; premier contact avec un service d'urgence pour un problème de santé mentale et de santé lié à l'usage de substances psychoactives; suivi par un médecin après la sortie de l'hôpital pour des problèmes de santé mentale et

de santé liée à l'usage de substances psychoactives; proportion de patients souffrant de problèmes de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances psychoactives qui déclarent avoir été traités avec courtoisie et respect)? Il est évident qu'il reste encore beaucoup à faire.

Dans le cadre de l'accord **Travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens** (Section 6, Mesure du rendement), il est clairement indiqué que les provinces et les territoires peaufineront les huit indicateurs communs de la santé de l'accord, travailleront à établir des indicateurs communs supplémentaires convenus d'un commun accord et amélioreront les rapports sur les indicateurs communs afin de mesurer les progrès réalisés à l'échelle pancanadienne en matière d'amélioration de l'accès aux services en santé mentale, en consommation de substances et en dépendances. L'ACMMSM serait heureuse de participer aux futurs processus de sélection et d'élaboration des indicateurs.

- 2. Établir des cibles et des critères de référence nationaux fondés sur des données probantes pour chacun des indicateurs de la santé mentale et de la santé liée à l'usage de substances psychoactives** – Les gouvernements peuvent-ils élaborer une série d'objectifs nationaux fondés sur des données probantes et applicables à la plupart ou à la totalité des indicateurs communs? Même si la plupart des provinces et territoires ont fourni une base de référence et une cible pour chacun des trois indicateurs de l'Accord de 2023, comment savoir s'ils sont en phase avec les attentes, s'ils dépassent le rendement attendu ou s'ils sont en deçà du rendement attendu? Nous savons que cette approche peut fonctionner et qu'elle a déjà été adoptée par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en 2005 pour réduire les temps d'attente au Canada dans le cas de cinq interventions (cancer, cardiologie, imagerie diagnostique, arthroplastie et rétablissement de la vue). Là encore, nous pouvons faire davantage, en nous appuyant sur des données probantes, pour évaluer et améliorer le rendement du système au fil du temps.
- 3. Communiquer efficacement aux Canadiens le rendement en matière de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances psychoactives au moyen d'un tableau de bord national sur la santé mentale et la santé liée à l'usage de substances psychoactives** – Un autre élément essentiel, qui complète naturellement le processus de définition et d'élaboration des indicateurs, consiste à adopter un format convivial permettant de communiquer au public le rendement du système de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances psychoactives de chaque province et territoire. Chaque accord bilatéral fédéral-provincial-territorial souligne clairement l'importance de rendre compte aux Canadiens, de manière ouverte, transparente, efficace et proactive, des progrès réalisés.

Cependant, dans l'état actuel, les données dont dispose l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) sont présentées de manière décousue, les indicateurs étant quelque peu déconnectés les uns des autres et ne nous permettant pas d'évaluer le rendement global du système. Ce qu'il faut, c'est un cadre qui présente les indicateurs nationaux sélectionnés d'une manière plus intégrée et plus conviviale au sein des provinces et des territoires et entre eux. En d'autres termes, l'ACMMSM se demande s'il serait possible d'élaborer un **tableau de bord national du rendement des systèmes de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances psychoactives**. Les tableaux de bord sont utilisés de plus en plus fréquemment dans le système de santé et dans d'autres secteurs pour résumer des informations complexes et constitueraient un moyen efficace de faire connaître au public le rendement du système.

À l'instar de l'identification, l'élaboration et la publication d'indicateurs de sécurité des patients (p. ex. un indice de mortalité normalisé), il ne s'agit pas de *condamner* ou *critiquer*, mais plutôt d'accélérer le partage des enseignements tirés et de l'impact des programmes, services et mesures de soutien novateurs; en d'autres termes, il s'agit d'une *course vers le sommet*, qui pourrait profiter à l'ensemble des Canadiens! Grâce à ces investissements, nous aiderons nos systèmes de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances psychoactives à devenir plus ouverts, plus transparents, plus innovants, plus responsables et, en fin de compte, plus performants. Les membres de l'ACMMSM se réjouissent à l'idée de travailler en collaboration avec tous les gouvernements et d'autres intervenants pour faire de ce plan une réalité.

4. Veiller à ce que l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) dispose du financement à long terme nécessaire pour remplir son mandat – Pour accélérer le rythme de développement d'un ensemble plus solide d'indicateurs nationaux communs de santé mentale et de la santé liée à l'usage de substances psychoactives, les gouvernements devraient fournir à l'ICIS – notre agence nationale de collecte de données et de statistiques sur la santé – les ressources à long terme dont il a besoin. En fin de compte, on ne peut pas gérer ce que l'on ne mesure pas; il est grand temps que les gouvernements investissent les ressources nécessaires pour s'assurer que nous disposons d'un ensemble solide d'indicateurs nationaux relatifs aux systèmes de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances psychoactives. En même temps, comme l'a déjà souligné l'ACMMSM à plusieurs reprises, nous devons comprendre beaucoup plus clairement comment les gouvernements, les employeurs, les employés et la population du Canada dépensent leur argent pour les programmes, les services et les mesures de soutien en matière de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances psychoactives. Dans l'état actuel des choses, le Canada ne dispose pas d'un cadre de

dépenses complet intégré aux données sur les dépenses nationales de santé, qui permette de recueillir toutes les dépenses engagées pour la santé mentale et la santé liée à l'usage de substances psychoactives (c.-à-d. les dépenses du secteur public, du secteur communautaire, des employeurs et les dépenses à la charge des individus).

En conclusion, si les provinces et les territoires ont reçu l'argent, nombre d'entre eux n'investissent pas ces ressources pour améliorer l'accès en temps opportun à des services de soins de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances psychoactives accessibles et inclusifs. Ce manque d'investissement continuera à limiter la capacité des Canadiens à accéder aux soins au moment et à l'endroit où ils en ont besoin. La santé mentale fait partie intégrante de la santé. Pendant trop longtemps, la santé mentale et la santé liée à l'usage de substances psychoactives ont été les parents pauvres du régime d'assurance-maladie; elles ont été évitées, négligées et n'ont pas bénéficié de ressources suffisantes. Il est temps non seulement d'investir les ressources nécessaires pour améliorer l'accès en temps opportun à des services en matière de santé mentale et d'utilisation de substances psychoactives accessibles et inclusifs, mais aussi de *mettre au point un ensemble significatif d'indicateurs nationaux complets* pour mesurer, suivre et gérer le rendement du système.

Bien qu'il y ait eu une amélioration en ce qui concerne la définition de certains indicateurs de santé mentale et de consommation de substances psychoactives pour mesurer les progrès, les provinces et les territoires n'ont pas tous fourni les informations sur les critères de référence et les objectifs, et ne proposent pas non plus des objectifs suffisamment audacieux. Même si les gouvernements doivent améliorer leurs rapports sur ces indicateurs, ils doivent également envisager d'élaborer d'autres indicateurs fondés sur des données probantes qui donneraient une image plus complète du rendement du système dans le domaine de la santé mentale et de la santé liée à l'usage de substances psychoactives. Pour que le public puisse comprendre facilement le rendement du système, l'ACMMSM recommande que les gouvernements élaborent un **tableau de bord national du rendement des systèmes de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances psychoactives**.

1. Contexte

Le 7 février 2023, à l'issue d'une série de discussions entre les premiers ministres, le gouvernement fédéral a annoncé un cadre financier décennal, Travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens. Au cours de la prochaine décennie, la valeur prévue du Transfert canadien en matière de santé devrait passer de 142,054 milliards de dollars à 161,4 milliards de dollars, ou 19,346 milliards de dollars (13,6 %), ce qui représente un total cumulé de 186,4 milliards de dollars. Dans ce cadre financier, le gouvernement fédéral a également réservé 25 milliards de dollars – 2,5 milliards de dollars sur 10 ans –

aux provinces et aux territoires à investir dans quatre priorités particulières en matière de soins de santé, à savoir :

1. Élargir l'accès à des services de santé familiale, y compris dans les régions rurales et éloignées
2. Soutenir nos travailleurs de la santé et réduire les arriérés de chirurgie
3. **Accroître l'accès à des services de qualité en matière de santé mentale et de consommation de substances psychoactives**
4. Moderniser les systèmes de santé au moyen de données sanitaires normalisées et d'outils numériques

À différents moments en 2023, les provinces et les territoires ont accepté le cadre financier décennal, qui prévoit des transferts pécuniaires qui doivent être distribués sur une base égale par habitant. Toutefois, pour avoir droit à leur part du montant annuel supplémentaire de 2,5 milliards de dollars, ils devaient signer un accord bilatéral officiel avec le gouvernement fédéral afin de définir clairement la manière dont les fonds devaient être investis dans les quatre domaines susmentionnés et de la façon de mesurer les progrès accomplis.

Par conséquent, chaque province et territoire et le gouvernement fédéral ont signé un accord intitulé Travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens. Chaque accord bilatéral, à l'exception de celui conclu avec le Québec sur la base du principe du fédéralisme asymétrique, fournit des détails sur la manière dont la part des 2,5 milliards de dollars sera investie au cours de la période 2023-2024 à 2025-2026, et sur la manière dont les progrès seront mesurés¹.

En plus des 25 milliards de dollars, chaque province et territoire a également représenté sa part des 5 milliards de dollars qui ont été fournis par le gouvernement fédéral dans le budget de 2017 au cours de la même période (2023-2024 à 2025-2026). À l'époque, le gouvernement fédéral a annoncé un cadre financier décennal prévoyant 5 milliards de dollars pour les services de santé mentale et de traitement des dépendances², et 6 milliards de dollars pour les soins à domicile et de proximité. Avant l'accord de financement de 2017, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux se sont mis d'accord, en août 2016, sur un **Énoncé de principes communs sur les priorités partagées en santé**, qui définissait des objectifs et des principes destinés à orienter les mesures à prendre pour améliorer l'accès aux services de soins à domicile et de proximité, ainsi qu'aux services de santé mentale et de traitement des dépendances³. Il soulignait également l'importance de définir un ensemble d'indicateurs communs et de rendre compte de ces indicateurs au public. L'énoncé concluait en reconnaissant l'importance de collaborer avec les communautés autochtones et de soutenir ces dernières pour réduire les écarts importants en matière de résultats cliniques et d'accès aux services de santé⁴.

2. Objectif

Étant donné que les provinces et les territoires exigent depuis longtemps du gouvernement fédéral un maximum d'argent pour les soins de santé sans aucune condition ni obligation de rendre des comptes, l'ACMMSM voulait mieux comprendre si les provinces et les territoires se contentent de prendre l'argent et de s'enfuir, ou s'ils joignent le geste à la parole lorsqu'il s'agit d'améliorer l'accès en temps opportun à des services en matière de santé mentale et d'utilisation de substances psychoactives à la fois accessibles et inclusifs. L'objectif du présent document est donc quadruple :

1. Exposer clairement les fonds que le gouvernement fédéral s'est engagé à verser aux provinces et aux territoires dans les accords de 2023 et de 2017 pour les services de santé mentale et de traitement des dépendances de 2023-2024 à 2025-2026. Pour ce faire, il faut notamment déterminer si les provinces et les territoires ont investi dans la santé mentale et le traitement des dépendances la totalité du montant qui leur a été accordé dans le cadre de 2017, et comprendre combien les fonds prévus par les accords bilatéraux de 2023 sont investis dans les quatre priorités particulières, en mettant l'accent sur la santé mentale et la santé liée à l'usage de substances psychoactives.
2. Préciser les priorités provinciales et territoriales liées à ce financement
3. Déterminer comment les provinces et les territoires rendront compte des critères de référence et des objectifs qu'ils ont choisis relativement à la santé mentale et à la santé liée à l'usage de substances psychoactives
4. Définir la voie à suivre pour améliorer la production de rapports publics sur le rendement du système de santé à l'intention du public

Bien que les nouveaux fonds fédéraux (ainsi que ceux des provinces et des territoires) soient toujours les bienvenus, ils ne constituent qu'un *moyen* en soi. Ce qui est clair, c'est que tout nouveau financement doit être investi de manière à améliorer et à élargir l'accès en temps opportun à des services en matière de santé mentale et d'utilisation de substances psychoactives accessibles et inclusifs, le rendement global de nos systèmes de santé, ainsi que la santé et le bien-être des Canadiens. Ce dernier point a été souligné par l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale (ACMMSM), qui ne cesse de réclamer un leadership fédéral fort au moyen d'une nouvelle législation (appelée *Loi sur la parité universelle en santé mentale et en toxicomanie*) reconnaissant le besoin crucial d'élargir et d'améliorer l'accès aux soins de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances psychoactives, comme nous le faisons pour la santé physique, au moyen d'une enveloppe de financement consacrée à cette fin (comme un Transfert canadien en matière de santé mentale et de santé liée

à l'usage de substances psychoactives⁵⁾, et la nécessité d'élaborer un ensemble solide d'indicateurs communs ou nationaux qui mesurent les résultats et/ou le rendement⁶⁾.

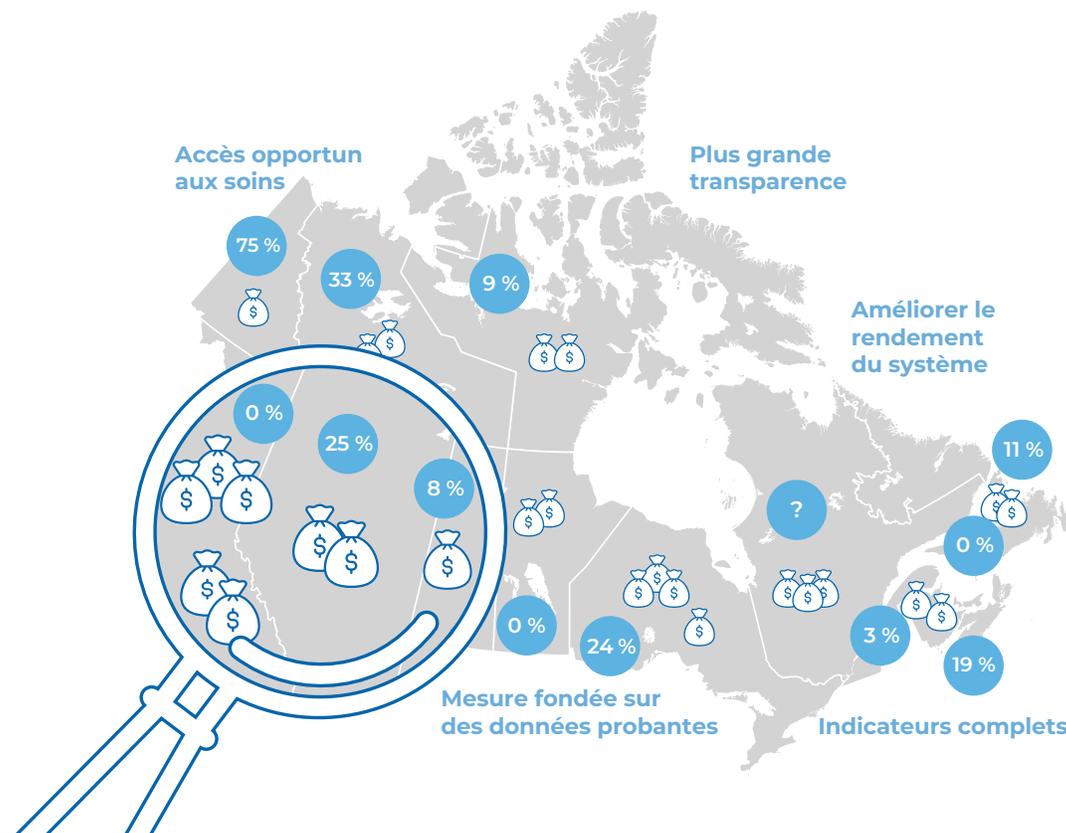
3. Cadre financier fédéral pour les services en matière de santé mentale et d'utilisation de substances psychoactives, 2023-2024 à 2025-2026

Le tableau 1 donne un aperçu général du montant total du financement fédéral accordé aux provinces et aux territoires au cours de la période de trois ans et destiné à l'ensemble du système de soins de santé dans le cadre de l'accord Travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023) et de l'accord de financement de 2017 pour les services de santé mentale et de traitement des dépendances. Il convient de noter que si, au total, 25 milliards de dollars proviennent du fonds *Travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens* et 5 milliards de dollars proviennent du fonds pour *la santé mentale et le traitement des dépendances*, au cours de la période de 2023-2024 à 2025-2026, seuls 9,3 milliards de dollars ont été affectés aux provinces et aux territoires sur la base d'un montant égal par habitant. Sur ces 9,3 milliards de dollars, un minimum de 1,8 milliard (19 %) doit être investi dans les services en matière de santé mentale

et d'utilisation de substances psychoactives. On suppose que le reste du financement consacré aux deux accords sera fourni par le gouvernement fédéral aux provinces et aux territoires à l'issue d'une nouvelle discussion sur les résultats obtenus au cours de la période en cours de trois ans.

Tableau 1
Financement fédéral accordé aux provinces et aux territoires dans le cadre des accords Travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens de 2023 et des accords de 2017 sur la santé mentale et le traitement des dépendances, 2023-2024 à 2025-2026

Année	2023 Travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (en milliards de dollars)	2017 Accord de financement pour la santé mentale et le traitement des dépendances (en milliards de dollars)	Total (milliards de dollars)
2023-2024	2,5	0,600	3,1
2024-2025	2,5	0,600	3,1
2025-2026	2,5	0,600	3,1
Total	7,5 (81 %)	1,8 (19 %)	9,3 (100 %)



4. Quelles sont les priorités des provinces et des territoires en ce qui concerne le système de santé?

Les accords de 2017 et les accords bilatéraux de 2023 conclus entre le gouvernement fédéral et les provinces et les territoires ont innové par le degré de spécificité de leur structure (par rapport aux précédents accords sur le renouvellement des soins de santé). Dans le passé, les montants étaient déterminés et affectés au moyen du Transfert canadien en matière de santé (TCS) sur la base d'un montant égal par habitant, les priorités provinciales et territoriales faisant l'objet d'un accord général; peut-être certains fonds affectés, limités dans le temps et propres à une problématique, étaient-ils inclus; et il pouvait y figurer une référence générale à la mesure et à l'information du public sur le rendement du système de santé.

Ces deux accords sont toutefois plus détaillés et plus structurés en ce qui concerne la destination des fonds, la manière dont les investissements seront suivis pour mesurer les progrès, les modalités de modification de l'accord, la résolution des différends entre les différents ordres de gouvernement et les modalités de résiliation de l'accord. Manifestement, tous les gouvernements, à l'exception du Québec, ont satisfait aux exigences relatives à la transparence et à l'obligation de rendre des comptes.

Le tableau 2 présente un résumé général, par province et territoire, de la manière dont le financement fédéral total est alloué à chacun des quatre domaines prioritaires définis dans l'accord *Travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens* de 2023, ainsi qu'au financement destiné à la santé mentale et aux dépendances dans le cadre de l'accord de 2017.

Tableau 2

Priorités financées par le gouvernement fédéral relatives aux services de santé mentale et de traitement des dépendances figurant dans les accords bilatéraux fédéraux-provinciaux-territoriaux de 2023 et les accords de 2017 sur la santé mentale et les dépendances par domaines prioritaires provinciaux-territoriaux 2023-2024 – 2025-2026 (Millions de dollars et répartition en pourcentage)

Priorité	T.-N.-L.	Î.P.É.	N.-É.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nt	Total
1. Élargir l'accès à des services de santé familiale, y compris dans les régions rurales et éloignées	31,19 (12,2 %)	61,76 (65,6 %)	144,462 (40,6 %)	60,0 (19,1 %)	??	102,750 (3,2 %)	0 (0 %)	71,1 (18,2 %)	539,0 (50,6 %)	0 (0 %)	5,12 (21,8 %)	9,2 (42,5 %)	13,589 (56,8 %)	1,038,17 (14,0 %)
2. Soutenir nos travailleurs de la santé et réduire les arriérés de chirurgie	73,97 (28,9 %)	24,62 (25,7 %)	51,789 (14,6 %)	119,1 (37,9 %)	??	1 722,0 (53,7 %)	368,7 (85,0 %)	185,1 (47,4 %)	45,0 (4,2 %)	891,0 (72,9 %)	0 (0 %)	3,02 (13,9 %)	6,09 (25,4 %)	3 490,4 (47,1 %)
3. Accroître l'accès à des services de qualité en matière de santé mentale et de consommation de substances psychoactives	48,95 (19,1 %)	7,8 (8,3 %)	105,189 (29,6 %)	46,2 (14,7 %)	??	1,293,0 (40,3 %)	65,1 (15,0 %)	81,6 (20,9 %)	427,0 (40,1 %)	246,0 (20,1 %)	18,379 (78,2 %)	9,45 (43,6 %)	4,263 (17,8 %)	2,352 (31,8 %)
4. Moderniser les systèmes de santé au moyen de données sanitaires normalisées et d'outils numériques	101,88 (39,8 %)	0 (0 %)	54,072 (15,2 %)	88,2 (28,1 %)	??	87,750 (2,7 %)	0 (0 %)	52,8 (13,5 %)	59,0 (5,5 %)	84,9 (7,0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	528,6 (7,1 %)
Total	255,99 (100 %)	94,18 (100 %)	355,512 (100 %)	313,5 (100 %)	1 886,4 (100 %)	3 205,5 (100 %)	433,80 (100 %)	390,60 (100 %)	1 070,0 (100 %)	1 221,9 (100 %)	23,499 (100 %)	21,67 (100 %)	23,939 (100 %)	9 296,49 (100,0 %)

Plusieurs observations peuvent être faites :

1. À l'examen de chacun des accords bilatéraux fédéraux-provinciaux-territoriaux, sur les 9,3 milliards de dollars affectés, 9,296 milliards de dollars (soit pratiquement 100 %), ont été comptabilisés.
2. Chaque province et territoire a alloué une proportion différente du financement fédéral aux quatre priorités. Cela n'est pas surprenant, étant donné que chaque province et territoire peut avoir un classement différent des priorités en matière de santé, en plus de ce qu'ils ont actuellement affecté à partir de leurs propres budgets provinciaux/territoriaux.
3. Bien que la moyenne nationale des fonds investis dans les services en matière de santé mentale et d'utilisation de substances psychoactives soit légèrement supérieure à 30 % (31,8 %), il existe des écarts importants entre les provinces et les territoires, le pourcentage le plus bas étant de 8,3 % à l'Île-du-Prince-Édouard et le plus élevé étant de 78,2 % au Yukon. Comme le Québec ne précise pas comment il répartira les fonds fédéraux, le montant de 1,8 milliard de dollars a été retiré des calculs du dénominateur « total » (c.-à-d. $9\,296,49 - 1\,886,4 = 7\,410,09$ \$). On notera que le niveau médian d'investissement est de 19,6 %.
4. Bien que chaque province et territoire ait clairement défini ses propres priorités, compte tenu des défis qui se posent dans le domaine de la santé mentale et de l'usage de substances psychoactives, on peut se demander pourquoi si peu d'entre eux ont augmenté leurs investissements dans ces domaines cruciaux.
5. Il y a probablement différentes raisons pour lesquelles certaines provinces et certains territoires ont si peu investi

dans la santé mentale et la santé liée à l'usage de substances psychoactives. Par exemple, il se peut qu'ils ne considèrent pas cela comme une priorité importante ou qu'ils investissent déjà des ressources à même le budget de la province ou du territoire. Cela dit, la proportion actuelle des investissements des provinces prévus à leurs budgets de santé se situe entre 5 et 7 %⁷, tandis que la Société royale du Canada estime qu'un investissement de l'ordre de 12 % est plus approprié⁸ et plus proche de ce que font d'autres pays développés (p. ex. la France [15 %] et le Royaume-Uni [13 %])⁹.

6. Compte tenu des défis auxquels tous les systèmes de santé sont confrontés pour ce qui est des temps d'attente, du recrutement et de la fidélisation des travailleurs de la santé, il n'est pas surprenant de constater que près de la moitié du financement fédéral total (47,1 %) est alloué à cette problématique.
7. Compte tenu de l'importance accordée à la nécessité de disposer de meilleures données pour comprendre le rendement des systèmes de santé, il est quelque peu surprenant de constater que le niveau d'investissement dans le développement de données sur la santé normalisées et d'outils numériques est si faible (7,1 %).

Une autre façon d'envisager les deux accords est le fait que nous savons, par définition, que tous les fonds de l'accord de 2017 sur la santé mentale et les dépendances seront dépensés dans ce domaine. Cependant, il serait important de déterminer quelle part des 25 milliards de dollars des accords *Travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens de 2023* est investie dans les priorités en matière de santé mentale et d'usage de substances psychoactives – le tableau 3 en fournit un résumé.

Priorité	T.-N.-L.	Î.P.É.	N.-É.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nt	Total
Montant total reçu en vertu de l'accord Travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens de 2023	231,66	86,52	308,34	276,09	1 488,0	2 496,18	368,82	335,52	855,45	975,99	21,81	22,08	21,3	7,487
Montant investi dans les priorités en matière de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances psychoactives	24,65	0,0	58,029	8,7	??	595,905	0,0	26,4	215	0,0	16,369	7,35	1,92	954,368
Pourcentage investi dans les priorités en matière de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances psychoactives	10,6 %	0,0 %	18,8 %	3,2 %	??	23,9 %	0,0 %	7,9 %	25,1 %	0,0 %	75,1 %	33,3 %	9,0 %	15,9 %

Quelques observations :

1. À l'examen de chacun des accords bilatéraux fédéraux-provinciaux-territoriaux de 2023, sur les 7,5 milliards de dollars affectés, 7,487 milliards de dollars, soit pratiquement 100 %, ont été comptabilisés.
2. Fait intéressant, l'Île-du-Prince-Édouard, le Manitoba et la Colombie-Britannique ont alloué **0 \$ (0 %)** aux services en matière de santé mentale et d'utilisation de substances psychoactives. En réalité, sept des 12 provinces et territoires déclarants allouent **10 % ou moins** du financement bilatéral disponible aux services en matière de santé mentale et d'utilisation de substances psychoactives.
3. Sur les 7,5 milliards de dollars disponibles pour la période de trois ans (et en tenant compte du fait que le Québec n'a pas précisé l'affectation des fonds), les provinces et les territoires allouent, en moyenne, seulement **15,9 %** du financement aux services en matière de santé mentale et d'utilisation de substances psychoactives, la proportion la plus élevée étant observée au Yukon (75,1 %), en Alberta (25,2 %), en Ontario (23,9 %) et en Nouvelle-Écosse (18,8 %)¹⁰. Le financement médian est de **8,45 %**.
4. Compte tenu de la crise de l'accès aux soins en temps opportun pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances psychoactives, pourquoi tant de provinces et de territoires investissent-ils si peu de nouveaux fonds fédéraux pour améliorer et élargir l'accès aux services en matière de santé mentale et d'utilisation de substances psychoactives?

Cela est très préoccupant étant donné que les données accessibles au public nous indiquent que les investissements en santé mentale au Canada représentent environ 5 % de leurs budgets de santé¹¹, ce qui est nettement inférieur aux **12 %** recommandés par la Société royale du Canada¹², que l'ACMMSM appuie. Il est clair qu'il est possible d'accroître nos investissements publics (fédéraux, provinciaux et territoriaux) dans les services en matière de santé mentale et d'utilisation de substances psychoactives.

5. Comment les provinces et les territoires mesurent-ils le rendement et se tiennent-ils responsables devant le public

À ce stade, le présent rapport se concentre uniquement sur l'ampleur et la répartition des fonds fédéraux transférés aux provinces et aux territoires dans les quatre domaines prioritaires convenus en 2023, ainsi que sur l'accord de 2017. Si l'ordre de grandeur des niveaux de financement indique généralement la priorité qu'un gouvernement accorde à une question, il est tout aussi important, sinon plus, d'avoir une

idée claire de l'impact que ces investissements auront sur le terrain en ce qui concerne l'amélioration de l'accès en temps opportun à des soins de qualité en matière de santé mentale et d'utilisation de substances psychoactives. Dans le cadre du plan *Travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens* de 2023, les provinces et les territoires ont convenu d'une série de huit indicateurs communs dans les quatre domaines prioritaires, à savoir :

1. **Priorité n° 1 : Services de santé familiale –** Pourcentage de Canadiens qui déclarent disposer d'une équipe de santé familiale habituelle, d'un médecin de famille ou d'une infirmière praticienne, y compris dans les zones rurales et éloignées.
2. **Priorité n° 2 (a) : Travailleurs de la santé et arriérés –** Taille de l'arriéré de chirurgies causé par la COVID-19.
3. **Priorité n° 2 (b) : Travailleurs de la santé et arriérés –** Nouveaux médecins de famille, infirmières et infirmières praticiennes.
4. **Priorité n° 3 (a) : Santé mentale et toxicomanie – Temps d'attente médians pour les services communautaires en matière de santé mentale et consommation de substances.**
5. **Priorité n° 3 (b) : Santé mentale et toxicomanie – Pourcentage de jeunes âgés de 12 à 25 ans ayant accès à des services intégrés pour les jeunes (SIJ) en matière de santé mentale et de consommation de substances.**
6. **Priorité n° 3 (c) : Santé mentale et toxicomanie – Pourcentage des Canadiens aux prises avec des troubles mentaux dont les besoins en santé mentale ne sont pas comblés.**
7. **Priorité n° 4 (a) : Système de données de santé moderne –** Pourcentage de Canadiens pouvant accéder à leur dossier médical complet par voie électronique.
8. **Priorité n° 4 (b) : Système de données de santé moderne –** Pourcentage de fournisseurs de services de santé familiale et d'autres professionnels de la santé (pharmaciens, spécialistes, etc.) qui peuvent partager électroniquement des renseignements médicaux sur un patient.

Compte tenu de l'objet du présent rapport, les tableaux 4, 5 et 6 se concentrent sur chaque indicateur national de la priorité n° 3, par province et territoire, y compris le critère de référence actuel (c.-à-d. où nous en sommes actuellement) et l'objectif (c.-à-d. où nous aimerions être) que les provinces et territoires souhaiteraient atteindre.

Priorité n° 3 (a) Temps d'attente médians pour les services communautaires en matière de santé mentale et consommation de substances

As one measure of quality, having accurate and precise and actualized information on waiting times for mental health and substance use services, it is essential to have accurate and actualized information on waiting times for mental health and substance use services

pour les services communautaires en matière de santé mentale et consommation de substances. Bien que l'attente elle-même puisse être mesurée de différentes manières (p. ex. à partir du premier point de contact avec les soins, à partir du jour où le médecin de famille oriente le patient vers un spécialiste, temps d'attente moyen ou médian) et dans différents contextes (p. ex. communauté, soins primaires, hôpital), l'Institut canadien d'information sur la santé a choisi comme point de départ les temps d'attente médians pour les services communautaires en matière de santé mentale et consommation de substances.

Tableau 4

Priorité n° 3 (a) : Temps d'attente médians pour les services communautaires en matière de santé mentale et consommation de substances Indicateur provincial-territorial avec base de référence et cible à atteindre 2023-2024 – 2025-2026

Priorité n° 3 : Accroître l'accès à des services de qualité en matière de santé mentale et de consommation de substances psychoactives

Indicateur ¹³	Province	Base de référence	Cible
Temps d'attente médians pour les services communautaires en matière de santé mentale et consommation de substances ¹⁴	Terre-Neuve-et-Labrador	33 jours	32 jours (mars 2026)
Temps d'attente pour des services communautaires de counseling en santé mentale ¹⁵	Île-du-Prince-Édouard	s. o. (données non disponibles)	s. o. (données non disponibles)
Temps d'attente pour des services communautaires de counseling en santé mentale	Nouvelle-Écosse	22 jours	20 jours ¹⁶ (2025-2026)
Temps d'attente pour des services communautaires de counseling en santé mentale	Nouveau-Brunswick	62 jours	55 jours (mars 2026)
Temps d'attente médians pour les services communautaires en matière de santé mentale et consommation de substances	Québec	Pas de base de référence établie	Aucun objectif établi
Temps d'attente médians pour les services communautaires en matière de santé mentale et consommation de substances	Ontario	s. o. ¹⁷	Adultes : 103 jours ¹⁸ (mars 2024); santé mentale des enfants et des adolescents : 62 jours ¹⁹ (mars 2024)
Temps d'attente médians pour les services communautaires en matière de santé mentale et consommation de substances	Manitoba	En cours d'élaboration	En cours d'élaboration ²⁰
Temps d'attente médians pour les services communautaires en matière de santé mentale et consommation de substances ²¹	Saskatchewan	12 jours	11 jours (mars 2026)
Temps d'attente médians pour les services communautaires en matière de santé mentale et consommation de substances ²²	Alberta	19 jours (2022-2026)	17 jours (mars 2026)
Temps d'attente médians pour les services communautaires en matière de santé mentale et consommation de substances	Colombie-Britannique	15 jours (2021-2022)	14 jours (2025-2026)
Temps d'attente médians pour les services communautaires en matière de santé mentale et consommation de substances	Yukon	6 jours (d'après le rapport de l'ICIS)	5 jours ²³ (2025-2026) ²⁴
Temps d'attente médians pour les services communautaires en matière de santé mentale et consommation de substances	Territoires du Nord-Ouest	4 jours (ICIS, 2020-2026)	4 jours ²⁵ (mars 2026)
Temps d'attente médians pour les services communautaires en matière de santé mentale et consommation de substances	Nunavut	Données non disponibles sur le territoire	Données non disponibles sur le territoire

Quelques observations :

1. Il est important de mentionner que la plupart des provinces et des territoires, à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Nouvelle-Écosse, font référence à des temps d'attente « médians ». La médiane représente le 50^e percentile de la distribution du temps d'attente, la moitié des patients attendant moins longtemps et l'autre moitié plus longtemps que le nombre indiqué.
2. Bien qu'il s'agisse d'indicateurs nationaux communs, il est frappant de constater que cinq provinces et territoires (l'Île-du-Prince-Édouard, le Québec, l'Ontario, le Manitoba et le Nunavut) n'ont pas indiqué de base de référence et que l'Île-du-Prince-Édouard, le Québec, le Manitoba et le Nunavut n'ont pas fixé de cible.
3. Il existe des variations importantes en ce qui concerne les critères de référence (de 4 à 33 jours) et les objectifs (de 4 à 103 jours) entre les provinces et les territoires. Pourquoi est-ce le cas?
4. Dans le cas des provinces et des territoires qui ont établi une base de référence et une cible, les progrès réalisés pour réduire les temps d'attente médians pour les services communautaires en matière de santé mentale et consommation de substances varient d'un seuil inchangé de deux jours (c.-à-d. Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Saskatchewan, Alberta, Colombie-Britannique, Yukon, Territoires du Nord-Ouest) à un sommet de sept jours (c.-à-d. Nouveau-Brunswick). Compte tenu de ces aspirations plutôt modestes, les provinces et les territoires peuvent-ils faire davantage face aux problèmes d'accès aux services en matière de santé mentale et d'utilisation de substances psychoactives?

5. À notre connaissance, les provinces et les territoires, en collaboration avec le gouvernement fédéral et l'Institut canadien d'information sur la santé, n'ont pas encore déterminé si un objectif national commun était nécessaire pour cet indicateur.
6. Il sera important de surveiller chaque province et territoire pour voir s'ils fournissent les données qui ne figurent pas dans le tableau 4, et pour voir comment chaque province et territoire atteint son objectif.

Priorité n° 3 (b) Pourcentage de jeunes âgés de 12 à 25 ans ayant accès à des services intégrés pour les jeunes (SIJ) en matière de santé mentale et de consommation de substances

Le modèle de services intégrés pour les jeunes (SIJ) offre aux jeunes âgés de 12 à 25 ans des services intégrés et multidisciplinaires qui englobent la santé mentale, les soins liés à l'usage de substances psychoactives et les soins primaires, ainsi qu'une variété de services sociaux, comme des services d'hébergement, du soutien scolaire et et/ou professionnel, le tout dans un cadre pratique et adapté aux jeunes. Ces services sont fournis par des cliniciens de même que par des fournisseurs de services sociaux, des membres de la famille et d'autres jeunes. Les SIJ mettent l'accent sur les soins communautaires axés sur les jeunes au moyen d'une approche étape par étape qui varie en intensité en fonction de leurs besoins plutôt que selon un diagnostic²⁶.

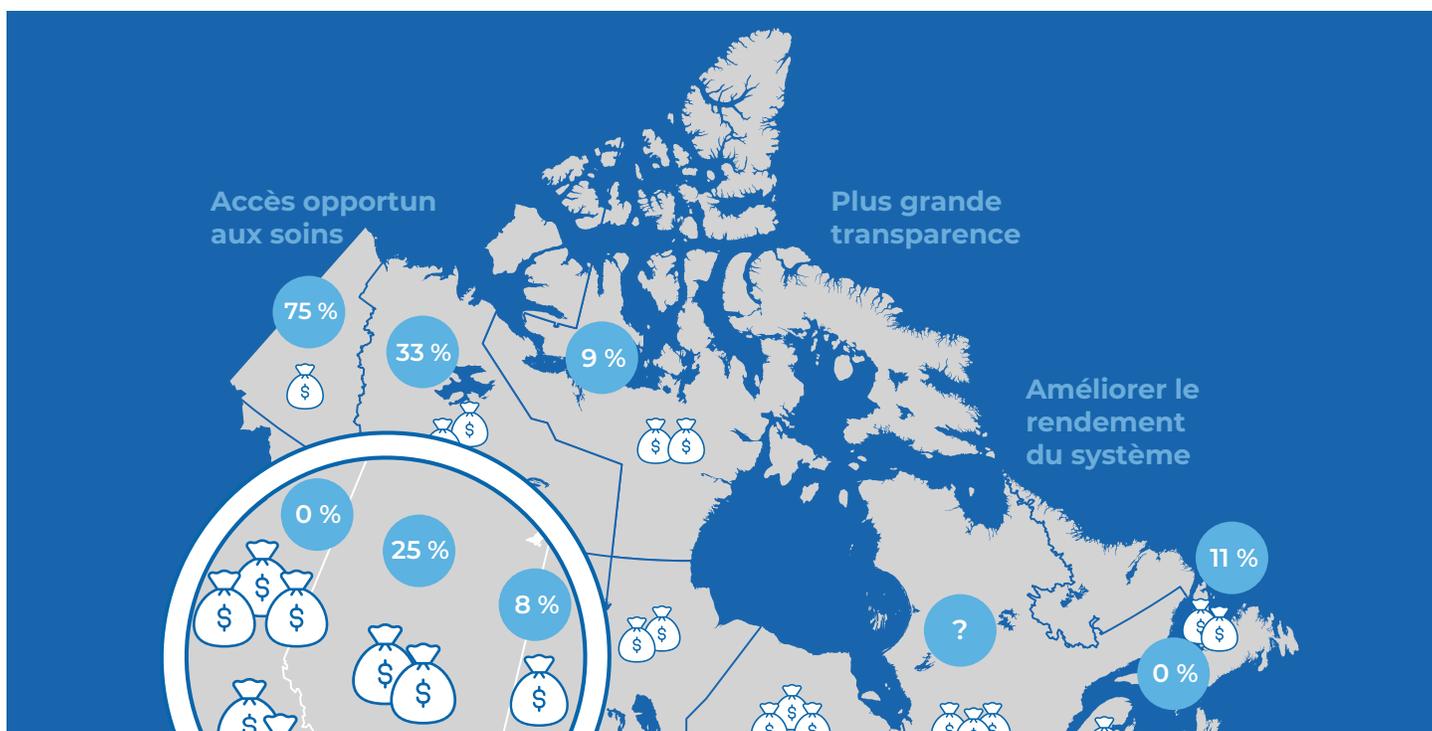


Tableau 5

Priorité no 3 (b) : Pourcentage de jeunes âgés de 12 à 25 ans ayant accès à des services intégrés pour les jeunes en matière de santé mentale et de consommation de substances Indicateur provincial-territorial avec base de référence et cible à atteindre 2023-2024 – 2025-2026

Priorité n° 3 : Accroître l'accès à des services de qualité en matière de santé mentale et de consommation de substances psychoactives

Indicateur ²⁷	Province	Base de référence	Cible
Pourcentage de jeunes âgés de 12 à 25 ans ayant accès à des services intégrés pour les jeunes (SIJ) en matière de santé mentale et de consommation de substances	Terre-Neuve-et-Labrador	1 site actif	Au moins 2 sites actifs (mars 2026)
Disponibilité des services intégrés pour les jeunes ²⁸	Île-du-Prince-Édouard	s.o.	s.o.
Disponibilité des services intégrés pour les jeunes (SIJ)	Nouvelle-Écosse	0 site, 1 en cours de développement	33 sites et 5 en cours de développement ²⁹ (2025-2026)
Disponibilité des services intégrés pour les jeunes	Nouveau-Brunswick	0	3 (mars 2026)
Pourcentage de jeunes âgés de 12 à 25 ans ayant accès à des services intégrés pour les jeunes (SIJ) en matière de santé mentale et de consommation de substances	Québec	Pas de base de référence établie	Pas de cible établie
Pourcentage de jeunes âgés de 12 à 25 ans ayant accès à des services intégrés pour les jeunes (SIJ) en matière de santé mentale et de consommation de substances ³⁰	Ontario	22 établissements actifs des SIJ ³¹ (au total); 8 établissements actifs des SIJ en cours de préparation	27 établissements actifs des SIJ ³² (mars 2025)
Disponibilité des services intégrés pour les jeunes	Manitoba	6 sites actifs de services intégrés pour les jeunes en 2023	Maintenir les 6 sites en plus de continuer l'expansion des services des jeunes jusqu'en 2025-2026 ³³
Pourcentage de jeunes âgés de 12 à 25 ans ayant accès à des services intégrés pour les jeunes en matière de santé mentale et de consommation de substances ³⁴	Saskatchewan	Aucun site actif et quatre en cours de développement	Au moins trois sites de SIJ seront opérationnalisés (mars 2026)
Pourcentage de jeunes âgés de 12 à 25 ans ayant accès à des services intégrés pour les jeunes en matière de santé mentale et de consommation de substances ³⁵	Alberta	4	102 (2026)
Pourcentage de jeunes âgés de 12 à 25 ans ayant accès à des services intégrés pour les jeunes en matière de santé mentale et de consommation de substances	Colombie-Britannique	15 sites de services intégrés pour les jeunes en activité; 9 sites de services intégrés pour les jeunes en cours de développement (2023)	20 sites de services intégrés pour les jeunes en activité ³⁶ (2025-2026)
Pourcentage de jeunes âgés de 12 à 25 ans ayant accès à des services intégrés pour les jeunes en matière de santé mentale et de consommation de substances	Yukon	Ne s'applique pas ³⁷	Ne s'applique pas
Nombre de sites de services intégrés pour les jeunes (SIJ) pour la santé mentale et la consommation de substances	Territoires du Nord-Ouest	1 (Ulukhaktok)	1 ³⁸ (mars 2026)
Pourcentage de jeunes âgés de 12 à 25 ans ayant accès à des services intégrés pour les jeunes en matière de santé mentale et de consommation de substances	Nunavut	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas

Quelques observations :

1. Au cours des dernières années, un certain nombre de provinces ont investi dans le modèle des services intégrés pour les jeunes (SIJ), mais le grand public n'est pas nécessairement au courant des objectifs de ce modèle. Pour de plus amples renseignements sur le modèle des SIJ, veuillez consulter le site Web de la Fondation Graham Boeckh à l'adresse suivante : <https://grahamboeckhfoundation.org/fr/>. Au total, les provinces et les territoires passeront de 49 à 164 sites actifs (dont 102 [ou 62 %] en Alberta seulement) au cours des trois pro-

chaines années. Lorsqu'on examine les chiffres de plus près, on constate une augmentation modeste dans la plupart des provinces (p. ex. Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Manitoba, Saskatchewan), ou aucune augmentation, aucune mesure de référence ou aucune cible (p. ex. Î.-P.-É. et Québec).

2. En tant que moteur des modèles de prestation de SIJ au Canada, la Fondation Graham Boeckh espère voir apparaître un minimum de 110 points de services à la grandeur du Canada d'ici deux à trois ans³⁹.

3. À notre connaissance, les provinces et les territoires, en collaboration avec le gouvernement fédéral et l'Institut canadien d'information sur la santé, n'ont pas encore déterminé si un objectif national commun était nécessaire pour cet indicateur.
4. Il sera important de surveiller chaque province et territoire pour voir s'ils fournissent les données qui ne figurent pas dans le tableau 5, et pour voir comment chaque province et territoire atteint son objectif.

Priorité no 3 (c) – Pourcentage des Canadiens aux prises avec des troubles mentaux dont les besoins en santé mentale ne sont pas comblés

Le calcul du pourcentage de Canadiens aux prises avec des troubles mentaux dont les besoins en santé mentale ne sont pas comblés permet de quantifier le nombre de personnes qui ont besoin d'un traitement en matière de santé mentale, mais qui n'ont pas accès aux soins dont elles ont besoin. Plus le nombre est élevé, plus l'écart entre les besoins et l'accès aux soins est grand. Les chiffres qui figurent dans la présente section sont soit fournis par le gouvernement de la province ou du territoire, soit tirés de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada⁴⁰.

<p align="center">Tableau 6</p> <p align="center">Priorité 3 (c) : Pourcentage des Canadiens aux prises avec des troubles mentaux dont les besoins en santé mentale ne sont pas comblés</p> <p align="center">Indicateur provincial-territorial avec base de référence et cible à atteindre</p> <p align="center">2023-2024 – 2025-2026</p>			
<p align="center">Priorité n° 3 : Accroître l'accès à des services de qualité en matière de santé mentale et de consommation de substances psychoactives</p>			
Indicateur ⁴¹	Province	Base de référence	Cible
Pourcentage de Canadiens atteints de troubles mentaux qui ont un besoin non satisfait en matière de soins de santé mentale ⁴²	Terre-Neuve-et-Labrador	6 %	5 % (mars 2026)
Pourcentage des résidents de l'Î. P. É. âgés de 12 ans et plus qui déclarent avoir un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux diagnostiqué et des besoins en soins de santé mentale non satisfaits	Île-du-Prince-Édouard	7 %	7 % ⁴³
Pourcentage de Canadiens qui signalent un trouble anxieux ou de l'humeur diagnostiqué et dont les besoins en soins de santé mentale ne sont pas satisfaits	Nouvelle-Écosse	10 %	9 % ⁴⁴ (2025-2026)
Pourcentage de Néo-Brunswickois qui déclarent avoir un trouble anxieux ou de l'humeur diagnostiqué et dont les besoins en soins de santé mentale ne sont pas satisfaits	Nouveau-Brunswick	6 %	6 % ⁴⁵ (mars 2026)
Pourcentage des Canadiens aux prises avec des troubles mentaux dont les besoins en santé mentale ne sont pas comblés	Québec	Pas de référence nationale définie	Pas de cible nationale définie
Pourcentage de Canadiens aux prises avec des troubles mentaux dont les besoins en santé mentale ne sont pas comblés	Ontario	7 % ⁴⁶	À déterminer ⁴⁷
Pourcentage des Canadiens aux prises avec des troubles mentaux dont les besoins en santé mentale ne sont pas comblés	Manitoba	8 % en 2018 ⁴⁸	7 % d'ici la fin de 2025-2026 ⁴⁹
Pourcentage de Canadiens atteints d'un trouble de santé mentale ayant des besoins non satisfaits en soins de santé ⁵⁰	Saskatchewan	7 % (2018)	6.3 % (mars 2026)
Pourcentage de personnes en Alberta atteintes de troubles mentaux qui ont un besoin non satisfait en matière de soins de santé mentale ⁵¹	Alberta	8.7 %	7 % (2026)
Pourcentage de Canadiens atteints de troubles mentaux qui ont un besoin non satisfait en matière de soins de santé	Colombie-Britannique	8 % (2018)	7 % ⁵² (2025/2026)
Pourcentage des Canadiens aux prises avec des troubles mentaux dont les besoins en santé mentale ne sont pas comblés	Yukon	Données non disponibles sur le territoire ⁵³	Données non disponibles sur le territoire
Pourcentage des Canadiens aux prises avec des troubles mentaux dont les besoins en santé mentale ne sont pas comblés	Territoires du Nord-Ouest	Données non disponibles sur le territoire (ESCC, 2018) ⁵⁴	Données non disponibles sur le territoire
Pourcentage de Canadiens atteints de troubles mentaux qui ont un besoin non satisfait en matière de soins de santé	Nunavut	Données non disponibles sur le territoire	Données non disponibles sur le territoire

Quelques observations :

1. Quatre provinces et territoires n'ont pas défini de base de référence ou de cible (Québec) ou ne disposent pas de données (Ontario, Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut).
2. L'Île-du-Prince-Édouard et le Nouveau-Brunswick ne prévoient aucune amélioration dans la réduction du nombre de Canadiens atteints de troubles mentaux et dont les besoins en soins de santé ne sont pas satisfaits, et toutes les autres provinces prévoient une amélioration marginale, c'est-à-dire très modeste, allant d'un maximum de 1,7 % (Alberta) à un minimum de 0,7 % (Saskatchewan).
3. Compte tenu de la crise de l'accès aux services de santé mentale et en matière d'utilisation de substances psychoactives, comment se fait-il que les provinces et les territoires ne prennent pas les mesures nécessaires pour réduire de manière significative les besoins non satisfaits?
4. À notre connaissance, les provinces et les territoires qui travaillent avec le gouvernement fédéral et l'Institut canadien d'information sur la santé n'ont pas déterminé s'il était nécessaire d'établir une cible nationale commune pour cet indicateur.

En complément des indicateurs nationaux communs que toutes les provinces et tous les territoires ont convenu d'utiliser pour mesurer les progrès, les accords bilatéraux contiennent également divers indicateurs propres aux provinces et aux territoires, qui sont énumérés au tableau 7. L'examen de ces indicateurs soulève plusieurs questions :

1. Est-il possible de définir une série plus complète d'indicateurs nationaux communs de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances psychoactives (en plus des trois indicateurs qui font partie du présent rapport) sur lesquels les provinces et les territoires pourraient s'entendre pour mesurer, de façon normalisée, l'efficacité de leurs systèmes de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances psychoactives?
2. Un cadre de rendement normalisé pour les systèmes de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances psychoactives (avec des indicateurs communs) favoriserait-il un plus grand degré de transparence et de responsabilisation en permettant au public de mieux comprendre l'efficacité des provinces et territoires, individuellement et en comparaison avec les autres?
3. Un cadre de rendement commun accélérerait-il le partage des innovations éprouvées sur le terrain entre les provinces et les territoires?
4. Les provinces et territoires devraient-ils créer un *Conseil canadien de l'innovation en santé* pour favoriser le partage des leçons apprises et des innovations dans l'ensemble du secteur de la santé⁵⁵?

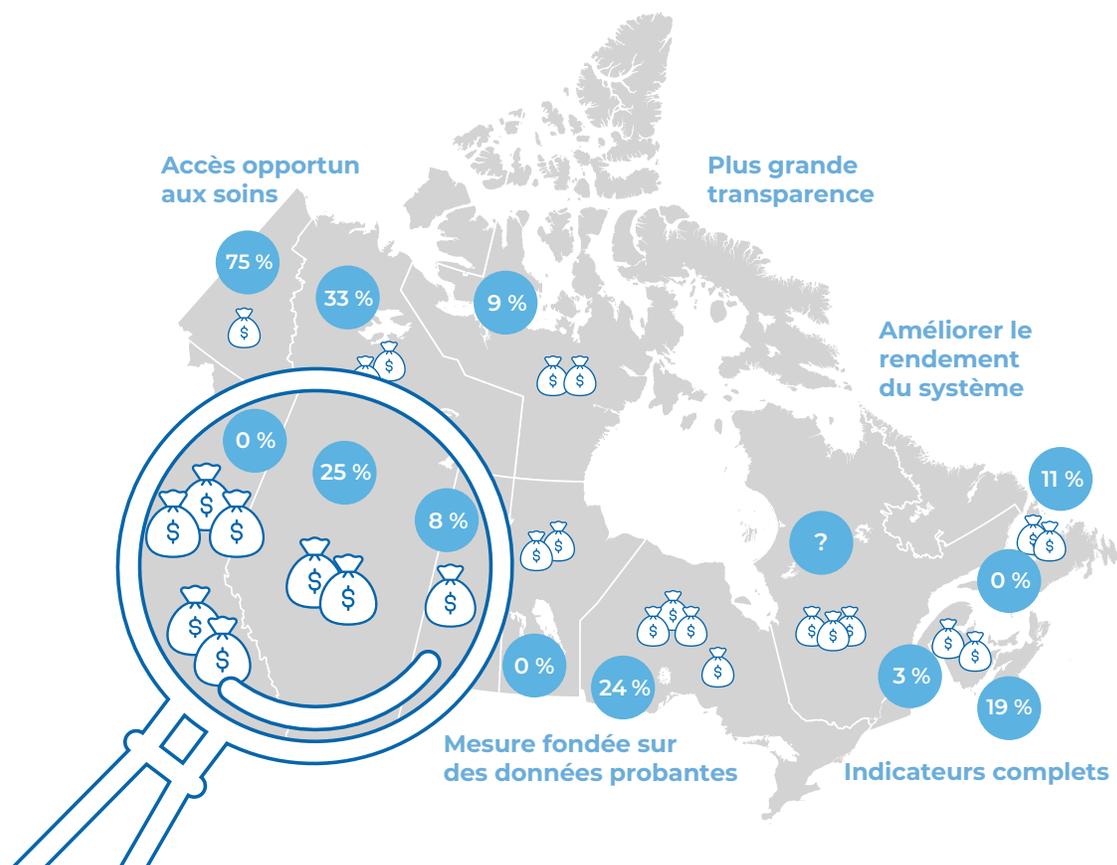


Tableau 7
Indicateurs selon les provinces et territoires liés à la santé mentale et à l'utilisation de substances psychoactives
2023-2024 – 2025-2026

Priorité 3 : Accroître l'accès à des services de qualité en matière de santé mentale et d'utilisation de substances psychoactives

Indicateur ⁵⁶	Province	Base de référence	Cible
Nombre de personnes rattachées aux équipes de traitement communautaire dynamique flexible (FACT) ou aux équipes de traitement communautaire dynamique (ACT)	Terre-Neuve-et-Labrador	Au 1 ^{er} avril 2023, 1 167 personnes étaient rattachées à une équipe FACT/ACT	Augmentation pouvant s'élever à 30 % (1 517) (mars 2026)
Nombre d'emplacements de sans rendez-vous ⁵⁷ dans la province	Terre-Neuve-et-Labrador	Au 1 ^{er} avril 2023, 69 sites dans l'ensemble de la province	Augmentation du nombre de sites de sans rendez-vous de cinq (74) (mars 2026)
Nombre de clients vus par le service mobile d'intervention en santé mentale (annuel) ⁵⁸	Île-du-Prince-Édouard	2 500	5 000 (mars 2026)
Pourcentage de visites à l'urgence pour des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie (annuel)	Île-du-Prince-Édouard	8,3 %	8,3 % ⁵⁹ (mars 2026)
Pourcentage du temps d'attente pour des soins en santé mentale et de lutte contre les dépendances dans les limites du point de repère — non urgent	Nouvelle-Écosse	51,9 %	65 % (2025-2026)
Taux de réadmission de 30 jours en matière de santé mentale ou de toxicomanie	Nouvelle-Écosse	6,9 %	5,0 % (2025-2026)
Temps d'attente médian pour une thérapie à séance unique (en jours) – adultes	Nouveau-Brunswick	27,5 jours	Moins de 10 jours (mars 2026)
Temps d'attente médian pour une thérapie à séance unique (en jours) – enfants et adolescents	Nouveau-Brunswick	23 jours	Moins de 10 jours (mars 2026)
Pourcentage de clients en santé mentale hospitalisés trois fois ou plus au cours d'une année	Nouveau-Brunswick	14,3 %	13,5 % (mars 2026)
Proportion des usagers ayant reçu des soins et services en santé mentale dans les délais prescrits	Québec	60 %	65 % (2024-2025); 70 % (2025-2026); 75 % (2026-2027)
Nouveaux clients inscrits au programme de psychothérapie structurée de l'Ontario (PSO)	Ontario	12 281 à partir de mars 2023	17 100 (mars 2026)
Nombre et taux de visites aux urgences pour des problèmes de santé mentale et/ou de toxicomanie	Manitoba	33 053 – nombre de visites aux urgences; 2 345 – taux de visites aux urgences pour 100 000 personnes en 2022-2023	Réduire de 2 % le taux de visite par année (pour un total de 6 % de réduction [14]) d'ici 2025-2026 ⁶⁰
Augmenter le nombre de places de traitement en toxicomanie	Saskatchewan	En 2022-2023, il y avait 475 places de traitement de la toxicomanie	D'ici le 31 mars 2028, ajouter 500 places de traitement en toxicomanie
Premier contact avec le service des urgences (pourcentage de personnes vues au service des urgences pour des raisons de santé mentale et de dépendance et n'ayant pas eu recours aux services d'un médecin au cours des deux années précédentes ⁶¹)	Alberta	24,9 % (2021-2022)	20,8 % (2026)
Nombre d'Albertains recevant des soins de niveau approprié (spécifique aux soins de santé mentale et de toxicomanie)	Alberta	En développement	En développement
Scores du capital de rétablissement des communautés albertaines	Alberta	En développement	En développement
Scores du Recovery Capital Index (RCI) des Albertains ayant accès à un traitement en matière de toxicomanie ou de santé mentale du régime publique et participant à la plateforme My Recovery	Alberta	En développement	En développement
Nombre de centres Foundry ouverts	Colombie-Britannique	16 ⁶²	35 (2025-2026)
Pourcentage de personnes traitées par agonistes opioïdes (TAO) pendant 12 mois	Colombie-Britannique	49,9 % (août 2021)	Augmentation de 2 à 5 % ⁶³ (2025-2026)
PPourcentage de personnes admises pour des maladies mentales ou la consommation de substances, qui ont été réadmis dans les 30 jours suivants	Colombie-Britannique	15,4 % (2021-2022)	13,6 % (2025-2026)
Mise en œuvre d'un projet de modèle islandais de prévention (MIP) dans deux collectivités du Yukon	Yukon	0	2 (mars 2026)
Nombre de communautés ayant accès à la gestion du sevrage au niveau communautaire	Territoires du Nord-Ouest	0 communauté	6 communautés (mars 2026)
Nombre de bénéficiaires du Fonds de prévention du suicide chaque année, par organisation	Territoires du Nord-Ouest	Nord-Ouest 9 bénéficiaires (2022-2023)	10 bénéficiaires (mars 2026)

Pendant trop longtemps, la santé mentale et la santé liée à l'usage de substances psychoactives ont été les parents pauvres de l'assurance-maladie; elles ont été évitées, négligées et n'ont pas bénéficié de ressources suffisantes. Il est temps non seulement d'investir les ressources nécessaires pour améliorer l'accès en temps utile à des services en matière de santé mentale et d'utilisation de substances psychoactives accessibles et inclusifs, mais aussi de mettre au point un ensemble d'indicateurs nationaux complets et significatifs pour mesurer, suivre et gérer l'efficacité du système. Pendant longtemps, cela était considéré comme une abomination par les provinces et les territoires, qui craignent d'être comparés les uns aux autres. De l'avis de l'ACMMSM, et à l'instar de l'identification, l'élaboration et la publication d'indicateurs de sécurité des patients (p. ex. un indice de mortalité normalisé), il ne s'agit pas de condamner ou critiquer, mais plutôt d'accélérer le partage des enseignements tirés et de l'impact des programmes, services et mesures de soutien novateurs; il s'agit d'une course vers le sommet, qui pourrait profiter à l'ensemble des Canadiens!

6. Améliorer la production de rapports publics sur le rendement du système – la voie à suivre

Le travail entrepris par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux est extrêmement important et précieux, et devrait être applaudi, mais il est loin d'être terminé. Rappelons que le deuxième rapport d'évaluation nationale sur l'état de la santé mentale et de la santé liée à l'usage de substances psychoactives, publiée en 2023 par l'ACMMSM, mentionne que les Canadiens interrogés ont donné à leurs gouvernements une note d'échec à tous les niveaux en ce qui concerne l'accès aux soins en temps opportun. Il est évident que les gouvernements, à tous les échelons, ont encore beaucoup à faire lorsqu'il s'agit de l'accès aux programmes, aux services et aux mesures de soutien en matière de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances psychoactives, et de mesurer le rendement du système et en rendre compte à la population du Canada.

L'ACMMSM estime que quatre domaines particuliers nécessitent une attention particulière : 1) Élaborer un ensemble complet d'indicateurs de rendement en matière de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances psychoactives; 2) Établir des cibles et des critères de référence nationaux fondés sur des données probantes pour chacun des indicateurs de la santé mentale et de la santé liée à l'usage de substances psychoactives; 3) Communiquer efficacement aux Canadiens le rendement en matière de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances psychoactives au moyen d'un tableau de bord national sur la santé mentale et la santé

liée à l'usage de substances psychoactives; 4) Veiller à ce que l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) dispose du financement à long terme nécessaire pour remplir son mandat.

1. Élaborer un ensemble complet d'indicateurs de rendement en matière de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances psychoactives

Dans le contexte de la santé mentale et de la santé liée à l'usage de substances psychoactives, et sur la base de l'*Énoncé de principes communs sur les priorités partagées en santé* de 2017 et des accords bilatéraux de 2023 entre le fédéral et les provinces et territoires, l'ICIS a mis au point les neuf indicateurs nationaux communs suivants :

1. Séjours à l'hôpital en raison de méfaits causés par l'utilisation de substances (2019)
2. Visites fréquentes à l'urgence pour des problèmes de santé mentale et d'utilisation de substances (2019)
3. Blessures auto-infligées, incluant le suicide (2020)
4. Temps d'attente pour des services communautaires de counseling en santé mentale (2021)
5. Niveau d'utilisation des services liés à la santé mentale et à l'utilisation de substances (2022)
6. Intervention précoce liée à la santé mentale et à l'utilisation de substances chez les enfants et les jeunes (2022)
7. Temps d'attente médian pour des services communautaires de counseling en santé mentale et pour des services liés à l'utilisation de substances (2023)
8. Pourcentage de jeunes de 12 à 25 ans ayant accès à des services intégrés pour les jeunes liés à la santé mentale et à l'utilisation de substances (2023)
9. Pourcentage de Canadiens atteints d'un trouble mental dont un besoin en santé mentale n'est pas comblé (2023)

En plus de ces indicateurs, deux autres indicateurs communs ont été annoncés en 2024⁶⁴ :

10. Temps d'attente pour des services liés à l'utilisation de substances
11. Soins de suivi après un séjour à l'hôpital en raison de problèmes de santé mentale ou d'utilisation de substances

Ces indicateurs nationaux communs ont été mis au point et sont très importants dans leur domaine d'application; ils deviendront encore plus importants au fil du temps grâce à l'analyse des tendances. Cependant, sont-ils suffisants pour fournir aux Canadiens un résumé complet du rendement des systèmes de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances psychoactives des provinces et des territoires?

Existe-t-il d'autres indicateurs nationaux communs qui doivent être définis, qui existent déjà dans les fonds de données de l'ICIS (p. ex. le nombre de lits pour patients hospitalisés en santé mentale; le nombre de lits pour patients hospitalisés en toxicomanie) ou qui doivent être définis et élaborés (p. ex. temps d'attente avant d'obtenir des services en matière de santé mentale et d'utilisation de substances psychoactives en milieu hospitalier; prolongation du séjour à l'hôpital jusqu'à ce que les services de soutien communautaires soient prêts pour les cas de santé mentale et de toxicomanie [jours passés à un autre niveau de soins]; premier contact avec un service d'urgence pour un problème de santé mentale et de santé lié à l'usage de substances psychoactives; suivi par un médecin après la sortie de l'hôpital pour des problèmes de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances psychoactives; proportion de patients souffrant de problèmes de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances psychoactives qui déclarent avoir été traités avec courtoisie et respect)? Il est évident qu'il reste encore beaucoup à faire.

En outre, il est à noter que l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a recommandé les indicateurs suivants pour surveiller la qualité des soins de santé mentale : 1) réadmissions à l'hôpital pour les patients psychiatriques; 2) durée du traitement pour les troubles liés à l'usage de substances psychoactives; 3) mortalité pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques graves; 4) utilisation d'antidépresseurs anticholinergiques chez les patients âgés; 5) continuité des visites après une hospitalisation pour des troubles psychiatriques et liés à l'usage de substances psychoactives; 6) continuité des visites après une hospitalisation liée à la santé mentale; 7) suivi ambulatoire en temps voulu après une hospitalisation médicale; 8) gestion des cas pour les patients souffrant de troubles psychiatriques graves; 9) traitement antidépresseur continu en phase aiguë; 10) traitement antidépresseur continu en phase de continuation; 11) visites pendant la phase aiguë du traitement de la dépression; et 12) disparités raciales/ethniques dans les taux de suivi de la santé mentale⁶⁵.

Dans le cadre de l'accord *Travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens* (Section 6, Mesure du rendement), il est clairement indiqué que les provinces et les territoires peaufineront les huit indicateurs communs de la santé de l'accord, travailleront à établir des indicateurs communs supplémentaires convenus d'un commun accord et amélioreront les rapports sur les indicateurs communs afin de mesurer les progrès réalisés à l'échelle pancanadienne en matière d'amélioration de l'accès aux services en santé mentale, en consommation de substances et en dépendances⁶⁶. L'ACMMSM serait heureuse de participer aux futurs processus de sélection et d'élaboration des indicateurs.

2. Établir des cibles et des critères de référence nationaux fondés sur des données probantes

Un élément essentiel qui nécessite un débat plus approfondi et qui est absent des accords de 2017 et 2023 est la possibilité de développer une série de critères de référence et/ou de cibles nationales fondés sur des données probantes pour chaque indicateur. Même si la plupart des provinces et territoires ont fourni un critère de référence et une cible pour chacun des trois indicateurs de l'Accord de 2023, comment savoir s'ils sont en phase avec les attentes, s'ils dépassent le rendement attendu ou s'ils sont en deçà du rendement attendu? Nous savons que cette approche peut fonctionner et qu'elle a déjà été adoptée par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en 2005. Là encore, nous pouvons faire davantage, en nous appuyant sur des données probantes, pour évaluer et améliorer les performances du système au fil du temps. Plus précisément, les gouvernements, en s'appuyant sur les recherches et les données cliniques disponibles, ont élaboré des points de repère nationaux communs pour les services de santé suivants^{67 68} :

1. *Cancer* – radiothérapie pour traiter le cancer (en moins de quatre semaines)
2. *Maladies cardiaques* – le point de repère n'était pas encore établi
3. *imagerie diagnostique* – examen de dépistage du cancer du sein pour les femmes de 50 à 69 ans (tous les deux ans); examen de dépistage du cancer du col utérin pour les femmes âgées de 18 à 69 ans (tous les trois ans)
4. *Arthroplasties* – fracture de la hanche (dans les 48 heures), remplacement de la hanche (en moins de 26 semaines)
5. *Restauration de la vue* – extraction de la cataracte pour les patients à risque élevé (en moins de 16 semaines)

Pour illustrer ce point, il est recommandé dans un récent rapport de l'Association médicale canadienne (AMC) que : 1) 80 % des jeunes de 12 à 24 ans aient accès à des services essentiels en santé mentale et en matière d'utilisation de substances psychoactives, ce chiffre devant être porté à 90 % d'ici 10 ans; 2) sachant que la population générale ayant un besoin non satisfait en matière de santé mentale est de 45 %, il est recommandé de réduire ce chiffre à 25 % d'ici cinq ans et à 10 % d'ici 10 ans; et 3) en ce qui concerne les temps d'attente médians pour obtenir des services communautaires en santé mentale (voir tableau 4), nous devrions viser un temps d'attente qui n'atteint pas plus de 14 jours (d'ici cinq ans), et qui n'atteint pas plus d'une semaine d'ici 10 ans⁶⁹. Dans un rapport plus récent, on indique que, pour les deux derniers indicateurs, une seule province ou un seul territoire a un objectif plus ambitieux que l'AMC, et que trois atteignent l'objectif de l'AMC⁷⁰.

Par ailleurs, l'Association des psychiatres du Canada a établi des points de repère dans le cadre du rapport 2011 de l'Alliance sur les temps d'attente : 1) premiers stades de la psychose (en moins de deux semaines); 2) troubles de l'humeur graves post-partum (en moins de quatre semaines); et 3) problèmes de santé mentale aigus/urgents (en moins d'une semaine). Il est regrettable qu'aucune province ne fasse état des temps d'attente pour l'un ou l'autre de ces services⁷¹. L'utilisation de données probantes permet de construire un système de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances psychoactives plus ouvert et plus réactif.

Bien que l'ACMMSM comprenne l'importance d'identifier les bons indicateurs de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances psychoactives, d'avoir les données nécessaires pour les mesurer et d'analyser les données probantes pour étayer les points de repère et les cibles appropriées, il s'agit d'un processus dans lequel les gouvernements se sont déjà engagés et dans lequel ils devraient continuer d'investir.

3. Communiquer efficacement aux Canadiens – Créer un tableau de bord national sur la santé mentale et la santé liée à l'utilisation de substances psychoactives

Un autre élément essentiel, qui complète naturellement le processus de définition et d'élaboration des indicateurs, consiste à élaborer un format convivial permettant de communiquer au public le rendement du système de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances psychoactives de chaque province et territoire. Chaque accord bilatéral fédéral-provincial-territorial souligne clairement l'importance de rendre compte aux Canadiens, de manière ouverte, transparente, efficace et proactive, des progrès réalisés⁷².

Cependant, dans l'état actuel, les données dont dispose l'ICIS sont présentées de manière décousue, les indicateurs étant quelque peu déconnectés les uns des autres et ne nous permettant pas d'évaluer le rendement global du système⁷³. Ce qu'il faut, c'est un cadre qui présente les indicateurs nationaux sélectionnés d'une manière plus intégrée et plus conviviale au sein des provinces et des territoires et entre eux. En d'autres termes, l'ACMMSM se demande s'il serait possible d'élaborer un **tableau de bord national du rendement des systèmes de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances psychoactives**. Les tableaux de bord sont utilisés de plus en plus fréquemment dans le système de santé et dans d'autres secteurs pour résumer des informations complexes et constitueraient un moyen efficace de faire connaître au public le rendement du système. Encore une fois, l'ACMMSM serait ravie de contribuer à l'élaboration de ce tableau de bord.

4. Veiller à ce que l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) dispose du financement à long terme nécessaire pour remplir son mandat

Pour accélérer le rythme de développement d'un ensemble plus solide d'indicateurs nationaux communs de santé mentale et de la santé liée à l'usage de substances psychoactives, les gouvernements devraient fournir à l'ICIS – notre agence nationale de collecte de données et de statistiques sur la santé – les ressources à long terme dont il a besoin. En fin de compte, on ne peut pas gérer ce que l'on ne mesure pas; il est grand temps que les gouvernements investissent les ressources nécessaires pour s'assurer que nous disposons d'un ensemble solide d'indicateurs nationaux relatifs aux systèmes de santé mentale et de santé liés à l'usage de substances psychoactives. En même temps, comme l'a déjà souligné l'ACMMSM à plusieurs reprises, nous devons comprendre beaucoup plus clairement comment les gouvernements, les employeurs, les employés et la population du Canada dépensent leur argent pour les programmes, les services et les mesures de soutien en matière de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances psychoactives. Dans l'état actuel des choses, le Canada ne dispose pas d'un cadre de dépenses complet intégré aux données sur les dépenses nationales de santé, qui permette de recueillir toutes les dépenses engagées pour la santé mentale et la santé liée à l'usage de substances psychoactives (c.-à-d. les dépenses du secteur public, du secteur communautaire, des employeurs et les dépenses à la charge des individus)⁷⁴. Cela doit changer.

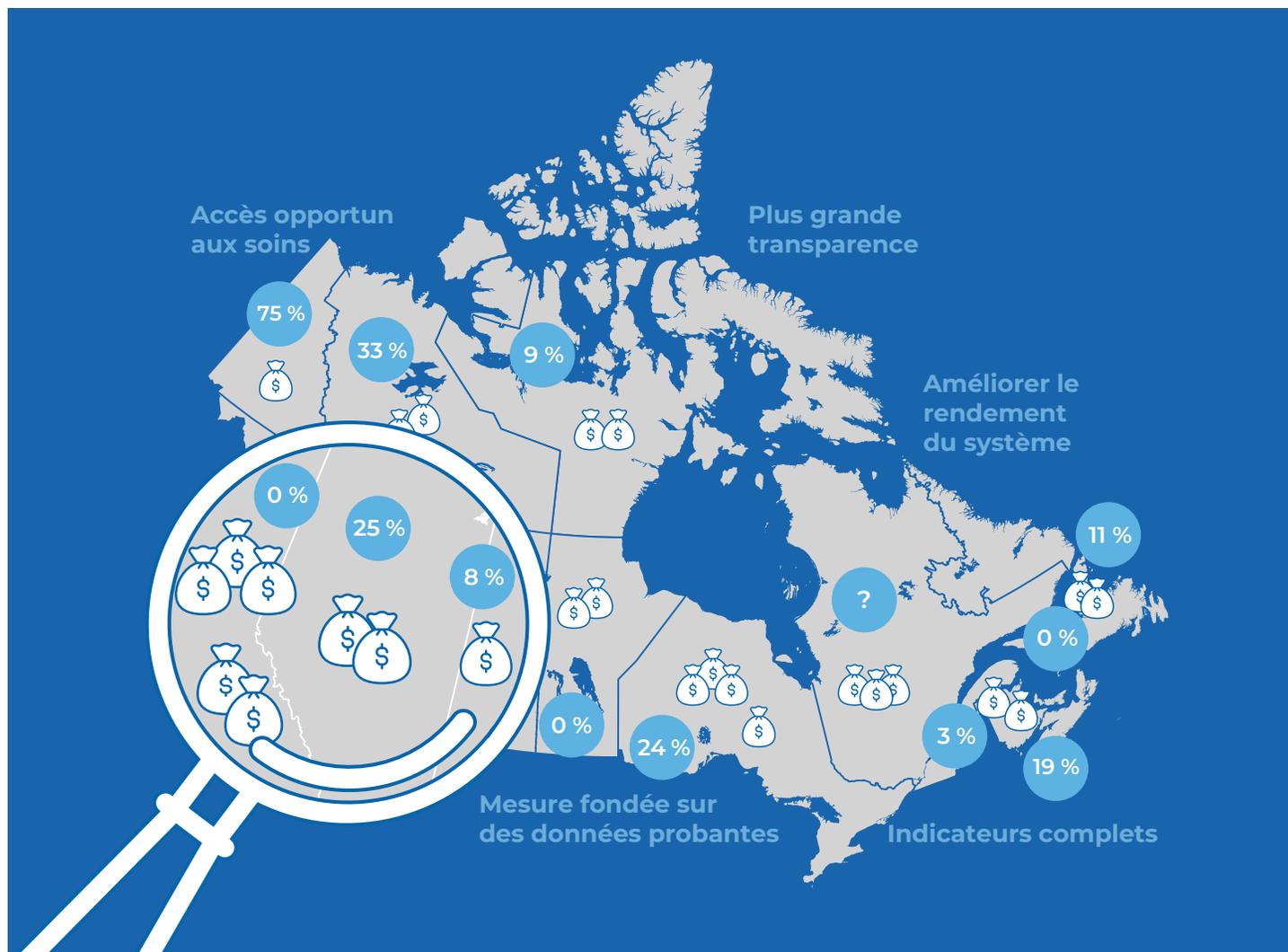
7. Réflexions finales

Depuis des années, l'ACMMSM demande au gouvernement fédéral, et de plus en plus aux provinces et aux territoires, de placer la santé physique sur un pied d'égalité avec la santé mentale en augmentant considérablement leurs investissements publics afin d'élargir et d'améliorer l'accès en temps opportun à des services en matière de santé mentale et d'utilisation de substances psychoactives accessibles et inclusifs (y compris en introduisant une nouvelle loi fédérale, qui s'intitulera *Loi sur la parité universelle en santé mentale et en toxicomanie*).

Il ne peut y avoir de santé sans santé mentale, et bien que les gouvernements reconnaissent nos besoins collectifs en matière de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances psychoactives et prennent des mesures pour y répondre, ils n'agissent pas assez rapidement lorsqu'il s'agit d'intégrer les programmes, les services et les mesures de soutien en matière de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances psychoactives dans leurs systèmes de santé respectifs.

Parallèlement, et à mesure que nous augmentons nos investissements, nous devons également nous assurer d'avoir une idée claire du rendement de ces systèmes grâce à l'élaboration et à la mise en œuvre d'indicateurs nationaux communs, en plus de comprendre comment nous dépensons nos fonds publics et privés dans ce domaine, qui peuvent mettre en lumière les regroupements d'excellence ainsi que les domaines qui nécessitent des améliorations. Ce faisant, l'ACMMSM imagine un processus qui encouragera une course vers le sommet et la recherche de l'excellence des systèmes de santé provinciaux et territoriaux. De plus, grâce à ces investissements, nous aiderons nos systèmes de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances psychoactives à devenir plus ouverts, plus transparents, plus innovants, plus responsables et, en fin de compte, plus performants.

Les membres de l'ACMMSM se réjouissent à l'idée de travailler en collaboration avec tous les gouvernements et d'autres intervenants pour faire de ce plan une réalité.



Références

¹ Les accords bilatéraux fédéraux-provinciaux-territoriaux peuvent être consultés ici : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/priorites-partagees-matiere-sante/accords-bilateraux-travailler-ensemble.html>.

² Jusqu'à la fin du présent rapport, le terme « services en matière d'utilisation de substances psychoactives » sera utilisé à la place de « toxicomanie », terme qui stigmatise les personnes qui consomment des substances psychoactives. Lorsque le terme « toxicomanie » est mentionné, c'est en raison de la référence originale trouvée dans les documents gouvernementaux.

³ L'Énoncé de principes communs sur les priorités partagées en santé est accessible à l'adresse suivante : https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/transparency_229055456/health-agreements/principes-priorites-partagees-sante.pdf.

⁴ Pour consulter l'évaluation externe du cadre financier de 2017 sur la santé mentale et les dépendances réalisée par la Société canadienne de psychologie, rendez-vous à l'adresse <https://cpa.ca/docs/File/Government%20Relations/FMHA%20Overview%202017-18%20to%202021-22%20March%2030%202020.pdf>.

⁵ Rappelons que dans le cadre des dernières élections fédérales, le Parti libéral du Canada a promis la mise en place d'un *Transfert canadien en matière de santé mentale*, d'une valeur de 4,6 milliards de dollars sur cinq ans. Bien que tous les grands partis politiques nationaux aient pris des engagements financiers importants pour améliorer et élargir l'accès aux services de soins de santé mentale, le gouvernement en place n'a pas tenu sa promesse faite il y a longtemps.

⁶ 6 Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale. *De l'ombre à la lumière : Atteindre la parité d'accès aux soins entre la santé mentale, la toxicomanie et la santé physique*. Juin 2021.

⁷ Institute for Health Economics. *IHE Mental Health In Your Pocket – A Handbook of Mental Health Statistics*. 2019.

⁸ Société royale du Canada. *Atténuer les perturbations engendrées par la pandémie de la COVID-19 : comment soutenir la santé mentale de la population canadienne*. Octobre 2020.

⁹ Institut canadien d'information sur la santé. *Ressources des systèmes de santé pour les soins en santé mentale et en toxicomanie au Canada – Recueil de graphiques*. Juillet 2019, page 13.

¹⁰ Ce chiffre global est confirmé par une analyse récente de l'Association canadienne pour la santé mentale intitulée *Trop de promesses, trop peu de résultats : analyse des investissements fédéraux dans les soins de santé mentale en vertu des Accords bilatéraux Travailler ensemble de 2023*, août 2024.

¹¹ Institute for Health Economics. *IHE Mental Health In Your Pocket – A Handbook of Mental Health Statistics* (2019).

¹² Société royale du Canada. *Atténuer les perturbations engendrées par la pandémie de la COVID-19 : comment soutenir la santé mentale de la population canadienne*. Octobre 2020.

¹³ Les formulations utilisées pour chaque indicateur provincial sont tirées textuellement de chaque accord bilatéral fédéral-provincial-territorial.

¹⁴ Le 1er avril 2023, Terre-Neuve-et-Labrador est passée à une autorité sanitaire provinciale unique et adoptera à court terme un nouveau système provincial d'information sur la santé. La collecte de données sur les temps d'attente différerait selon les anciennes autorités sanitaires régionales. Les changements apportés par la province auront une incidence sur la base de référence actuelle et, à ce titre, l'objectif de Terre-Neuve-et-Labrador est provisoire et pourra être révisé pour tenir compte des changements relatifs aux rapports. Source : *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)*.

¹⁵ On ne dispose pas actuellement de données sur les temps d'attente pour des services communautaires de counseling en santé mentale. Cet indicateur sera mis à jour au fur et à mesure que les données seront disponibles. Source : *Accord entre le Canada et l'Île-du-Prince-Édouard pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026)*.

¹⁶ Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse et ses partenaires de la santé travaillent à la mise en œuvre d'un système universel de soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances (UMHAC) qui améliorera l'accès aux services et aux ressources liés à la santé mentale et à la toxicomanie. À mesure que les améliorations au système de soins de santé mentale de la Nouvelle-Écosse se poursuivent, cet indicateur devrait suivre une tendance à la baisse. Source : *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)*.

¹⁷ L'Ontario s'est engagé à collaborer avec l'Institut canadien d'information sur la santé afin d'établir les données de référence et les données cibles pour ces indicateurs d'ici mars 2024. Source : *Accord entre le Canada et l'Ontario pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026)*.

¹⁸ Les cibles pour les adultes sont établies en fonction des services de counseling de haute intensité offerts dans le cadre du programme de psychothérapie structurée de l'Ontario (PSO) et excluent le programme Retrouver son entrain (que l'Institut canadien d'information sur la santé excluait auparavant de sa définition des temps d'attente en counseling) et la bibliothérapie assistée par un clinicien. Source : *Accord entre le Canada et l'Ontario pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026)*.

¹⁹ Les projections relatives à la santé mentale des enfants et des jeunes s'harmonisent avec les temps d'attente médians de 2022-2023 pour les services de counseling. Veuillez prendre note que le terme « counseling » a été utilisé étant donné qu'il s'agissait de la définition précédente de cet indicateur. Source : *Accord entre le Canada et l'Ontario pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026)*.

²⁰ Les données de référence actuelles de l'ICIS ne reflètent pas les temps d'attente actuels pour les services communautaires de santé mentale et de toxicomanie dans la province. Le Manitoba élabore actuellement un processus de déclaration normalisé pour recueillir des informations permettant de mesurer cet indicateur en conjonction avec les travaux en cours avec la gestion et l'analyse de l'information provinciale (PIMA) et l'ICIS pour définir davantage cet indicateur. La référence et l'objectif seront fournis au premier trimestre de 2024/25. Source : *Accord entre le Canada et le Manitoba pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026)*.

²¹ Systèmes de collecte de données provinciaux et territoriaux, 2020. Pour la Saskatchewan, les résultats sont fondés sur des données partielles. Source : *Accord entre le Canada et la Saskatchewan pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026)*.

²² Indicateur particulier à l'Alberta – De nouvelles mesures de performance spécifiques à l'Alberta sont en cours d'élaboration pour 2024-2025 et seront reflétées dans les révisions du plan d'action, le cas échéant. Source : *Accord entre le Canada et l'Alberta pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026)*.

²³ L'objectif sous-jacent est de rester parmi les cinq provinces ou territoires les plus bas du pays et en dessous de la moyenne nationale. Source : *Accord entre le Canada et le Yukon pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026)*.

²⁴ L'objectif sera maintenu pendant toute la durée de la période de financement. Source : *Accord entre le Canada et le Yukon pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026)*.

²⁵ Bien que cet objectif représente la même valeur que le niveau de référence, le temps d'attente médian dans les Territoires du Nord-Ouest est déjà le plus bas au Canada. Le maintien de ce temps d'attente médian pour le territoire faisant face à une augmentation potentielle de la demande liées aux nouvelles approches décrites dans le présent plan d'action serait considéré comme une amélioration globale. Source : *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)*.

²⁶ Société de recherche sociale appliquée. *Les services intégrés pour les jeunes au Canada : Un portrait*. Juillet 2022. Pages 1-6.

²⁷ Les formulations utilisées pour chaque indicateur provincial sont tirées textuellement de chaque accord bilatéral fédéral-provincial-territorial.

²⁸ L'Î.-P.-É. n'utilise pas le financement fédéral provenant de ce plan d'action pour les initiatives de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie au-delà de celles qui ont été cernées pour le financement existant dans le cadre de l'accord sur l'Énoncé de principes communs de 2017. Toutefois, on continuera d'investir le financement provincial dans la mise au point de services intégrés pour les jeunes dans la province. Source : *Accord entre le Canada et l'Île-du-Prince-Édouard pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026)*.

²⁹ La Nouvelle-Écosse s'est engagée à financer huit sites de services intégrés pour les jeunes dans toute la province (deux par zone de santé), le premier devant ouvrir en 2023-2024. Source : *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)*.

³⁰ Comme il est indiqué dans le rapport sur l'aperçu de la situation au Canada du 2 août 2023 de l'Institut canadien d'information sur la santé, cet indicateur mesure le type et le nombre d'établissements des SIJ. Source : *Accord entre le Canada et l'Ontario pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026)*.

³¹ Veuillez prendre note que ces 22 établissements actifs des SIJ comprennent les 8 établissements des SIJ en cours de préparation (c'est-à-dire qu'ils ne s'excluent pas l'un l'autre). Source : *Accord entre le Canada et l'Ontario pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026)*.

³² Projections établies en fonction de la mise en place et du fonctionnement de cinq établissements des SIJ approuvés par le fonds pédiatrique d'ici la fin de l'exercice suivant. Veuillez prendre note que les cibles seront atteintes d'ici mars 2025 et qu'elles seront maintenues par la suite. Source : *Accord entre le Canada et l'Ontario pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026)*.

³³ Objectif à confirmer au troisième trimestre 2024/25. Des mesures sur l'accès aux services de santé mentale dans les sites de services intégrés des jeunes et le nombre d'enfants servis dans les sites sont également à l'étude. Source : *Accord entre le Canada et le Manitoba pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026)*.

³⁴ Ministère de la Santé de la Saskatchewan. En janvier 2024, le gouvernement de la Saskatchewan, avec l'SIJ-SK Backbone, a annoncé quatre sites SIJ financés par la province. Auparavant, un site nommé fonctionnait comme un projet Access Open Minds jusqu'à la fin du financement du projet. Cette agence principale est actuellement en cours de développement selon le modèle provincial actuel de SIJ. Source : *Accord entre le Canada et la Saskatchewan pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026)*.

³⁵ Indicateurs généraux nationaux (Institut canadien d'information sur la santé). Source : *Accord entre le Canada et l'Alberta pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026)*.

³⁶ Cible fondée sur les renseignements contenus dans l'aperçu du plan de 18 mois du ministère de la Santé mentale et des Dépendances (publié le 4 avril 2023). Voir la page 5. Source : *Accord entre le Canada et la Colombie-Britannique pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026)*.

³⁷ Le Yukon n'utilise pas les fonds fédéraux de ce plan d'action pour les sites de services intégrés pour les jeunes. Source : *Accord entre le Canada et le Yukon pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026)*.

³⁸ Présentement, il n'y a pas d'autres sites de services intégrés officiels en cours de développement ou planifiés sur le territoire. Cet objectif sera révisé si nécessaire. Source : *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)*.

³⁹ Fondation Graham Boeckh. *Integrated Mental Health Services: A Pan-Canadian Strategy for Supporting Youth & Young Adults*. Novembre 2020.

⁴⁰ Bien que l'indicateur se lise « Pourcentage des Canadiens aux prises avec des troubles mentaux dont les besoins en santé mentale ne sont pas comblés » (que Statistique Canada mesure dans une fourchette de 34 à 40 % [septembre 2023]), certains termes employés par les provinces - « Pourcentage de résidents qui déclarent avoir un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux diagnostiqué et des besoins en soins de santé mentale non satisfaits » - semblent différents. Il conviendrait de clarifier cet indicateur.

⁴¹ Les formulations utilisées pour chaque indicateur provincial sont tirées textuellement de chaque accord bilatéral fédéral-provincial-territorial.

⁴² L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) a fait l'objet d'un remaniement important en 2022 comprenant une mise à jour du contenu et de la méthodologie. Ces changements donneront lieu à une base de référence révisée. Compte tenu de ces changements, la cible de Terre-Neuve-et-Labrador est provisoire et pourrait être révisée en fonction des données de 2022 et de 2023. Source : *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)*.

⁴³ L'objectif de l'Î.-P.-É. est de maintenir le pourcentage actuel en tenant compte de la croissance démographique rapide dans la province. Source : *Accord entre le Canada et l'Île-du-Prince-Édouard pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026)*.

⁴⁴ La cible tient compte du fait que les données disponibles les plus récentes (10 %) datent de 2018, et on suppose que ce taux aurait pu augmenter pendant la pandémie, alors que de nombreux facteurs de santé mentale se sont aggravés. De plus, cet indicateur est fondé sur les estimations de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, qui a un vaste intervalle de confiance de plus de +/- deux points de pourcentage, ce qui rend difficile la mesure exacte des changements dans l'estimation au fil du temps. Source : *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)*.

⁴⁵ L'objectif du Nouveau-Brunswick est de maintenir le pourcentage actuel compte tenu de la croissance démographique rapide de la province. Source : *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)*.

⁴⁶ Ces données, bien que publiées en 2023, sont tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2018 – composante annuelle, et il existe des données plus récentes dans l'« Enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins de 2022 », publiée en 2023, qui montre que 10,7 % des besoins des Canadiens ne sont pas comblés. Source : *Accord entre le Canada et l'Ontario pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026)*.

⁴⁷ L'Ontario s'est engagé à collaborer avec l'Institut canadien d'information sur la santé afin d'établir les données de référence et les données cibles pour ces indicateurs d'ici mars 2024. Source : *Accord entre le Canada et l'Ontario pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026)*.

⁴⁸ Les données de référence de l'ICIS sont fondées sur les estimations de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, qui présentent un large intervalle de confiance de plus de +/- deux points de pourcentage, ce qui rend difficile la mesure précise des changements dans les estimations au fil du temps. Les données de l'enquête ne sont peut-être pas entièrement représentatives de la situation actuelle au Manitoba. Source : *Accord entre le Canada et le Manitoba pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026)*.

⁴⁹ Le Manitoba élabore actuellement un processus de déclaration normalisé pour recueillir des informations permettant de mesurer cet indicateur, en conjonction avec les travaux en cours avec la gestion et l'analyse provinciales de l'information (PIMA) et l'ICIS. La référence et la cible seront mises à jour lorsque les données seront disponibles. Source : *Accord entre le Canada et le Manitoba pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026)*.

⁵⁰ Statistique Canada. La totalisation personnalisée est fondée sur la composante annuelle de l'ESCC de 2018. 2023. Source : *Accord entre le Canada et la Saskatchewan pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026)*.

⁵¹ Indicateur clé national (Institut canadien d'information sur la santé). Source : *Accord entre le Canada et l'Alberta pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026)*.

⁵² Ces estimations fondées sur l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes présentent de larges intervalles de confiance de plus de +/- deux points de pourcentage, de sorte que les variations des estimations au fil des ans sont pratiquement sans signification. On ignore pour l'instant quel effet aura le fait de doubler la taille de l'échantillon sur les intervalles de confiance lors des futures enquêtes. Source : *Accord entre le Canada et la Colombie-Britannique pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026)*.

⁵³ Les données relatives au Yukon ne sont actuellement pas incluses dans les rapports de l'ICIS. L'objectif sera fixé dès que les données seront disponibles. Source : *Accord entre le Canada et le Yukon pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026)*.

⁵⁴ Les données relatives aux Territoires du Nord-Ouest ne sont actuellement pas incluses dans cette section de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada. L'objectif sera fixé dès que les données seront disponibles. Source : *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)*.

⁵⁵ Dans le passé, un tel mécanisme a été créé par les provinces et les territoires, sous la direction de leurs premiers ministres respectifs (p. ex. Brad Wall [Saskatchewan] et Robert Ghiz [Î.-P.-É.]), mais il a malheureusement fini par faire l'objet d'un manque d'intérêt et d'élan.

⁵⁶ Les formulations utilisées pour chaque indicateur provincial sont tirées textuellement de chaque accord bilatéral fédéral-provincial-territorial.

⁵⁷ Les emplacements de sans rendez-vous offrent un accès rapide à des services de counseling en santé mentale et relativement à l'utilisation de substances psychoactives, « une séance à la fois ».

⁵⁸ Cela comprend le nombre d'interventions cliniques de télésanté et le nombre de visites effectuées par le service mobile d'intervention en santé mentale. Source : *Accord entre le Canada et l'Île-du-Prince-Édouard pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026)*.

⁵⁹ Moyenne sur trois ans (2020 2021 à 2022 2023) des visites aux urgences de l'Hôpital Queen Elizabeth et de l'Hôpital du comté de Prince pour des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie. L'objectif de l'Î.-P.-É. est de maintenir ce niveau compte tenu de la croissance démographique rapide dans la province. Source : *Accord entre le Canada et l'Île-du-Prince-Édouard pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026)*.

⁶⁰ Même si un taux plus faible de visites aux urgences pour des problèmes de santé mentale et/ou de toxicomanie est généralement considéré comme le signe d'un système de services de santé mentale et de toxicomanie plus performant, l'interprétation de cet indicateur doit tenir compte d'un accès plus large aux soins, de la disponibilité de services de prévention et de lutte contre les toxicomanies. Les services d'intervention précoce ainsi que la capacité et l'efficacité globales du système de santé mentale, qui reflètent directement l'investissement du gouvernement dans le système de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Source : *Accord entre le Canada et le Manitoba pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026)*.

⁶¹ Indicateur particulier à l'Alberta – De nouvelles mesures de performance spécifiques à l'Alberta sont en cours d'élaboration pour 2024-2025 et seront reflétées dans les révisions du plan d'action, le cas échéant. Source : *Accord entre le Canada et l'Alberta pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026)*.

⁶² On ouvrira 12 nouveaux centres Foundry afin d'offrir aux jeunes âgés de 12 à 24 ans ainsi qu'à leurs familles et soignants des services gratuits et confidentiels adaptés à leurs besoins particuliers. Cela s'ajoute à des investissements antérieurs qui ont appuyé le réseau Foundry dans toute la province et la création des services virtuels Foundry pour les jeunes qui n'ont pas accès aux centres. Actuellement, il existe 16 centres Foundry, et on est en train d'en aménager sept autres, ce qui équivaut à 35 centres au total dans toute la province. Source : *Accord entre le Canada et la Colombie-Britannique pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026)*.

⁶³ Cible basée sur le plan de service 2023-2024 à 2025-2026 du ministère de la Santé mentale et des Dépendances (publié en février 2023). Voir la page 11. Source : *Accord entre le Canada et la Colombie-Britannique pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026)*.

⁶⁴ Institut canadien d'information sur la santé. *Indicateurs liés aux priorités partagées en santé*, juin 2024. 8 juillet 2024.

⁶⁵ Organisation de coopération et de développement économiques. *Focus on Health*, juillet 2014. (version anglaise seulement)

⁶⁶ Extrait de la section 6.0 (Mesure du rendement) des accords entre le fédéral et les provinces et territoires pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026).

⁶⁷ Gouvernement du Canada. *Les tout Premiers repères permettront aux Canadiens de mesurer les progrès réalisés en vue de réduire les temps d'attente*. 12 décembre 2005.

⁶⁸ Santé Canada. *Rapport final du conseiller fédéral sur les temps d'attente*. Juin 2006.

⁶⁹ Association médicale canadienne. *Améliorer la reddition de comptes à la population canadienne dans le secteur des soins de santé*. Juillet 2023.

⁷⁰ Association médicale canadienne. *Évaluation détaillée du plan Travailler ensemble du Canada : Analyse comparative économique et politique des accords bilatéraux sur les services de soins de santé au Canada conclus entre le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires*. Juin 2024, page 6.

⁷¹ Alliance sur les temps d'attente. *Report Card on Wait Times in Canada*. Juin 2017. (en anglais seulement)

⁷² Sections 7.0 (Établissement de rapports à l'intention des Canadiens) et 8.0 (Communications) des accords entre le fédéral et les provinces et territoires pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026).⁷³ Section Sections 7.0 (Reporting to Canadians) and 8.0 (Communications) of the *Federal-Provincial-Territorial Agreement to Work Together to Improve Health Care for Canadians (2023-24 to 2025-26)*.

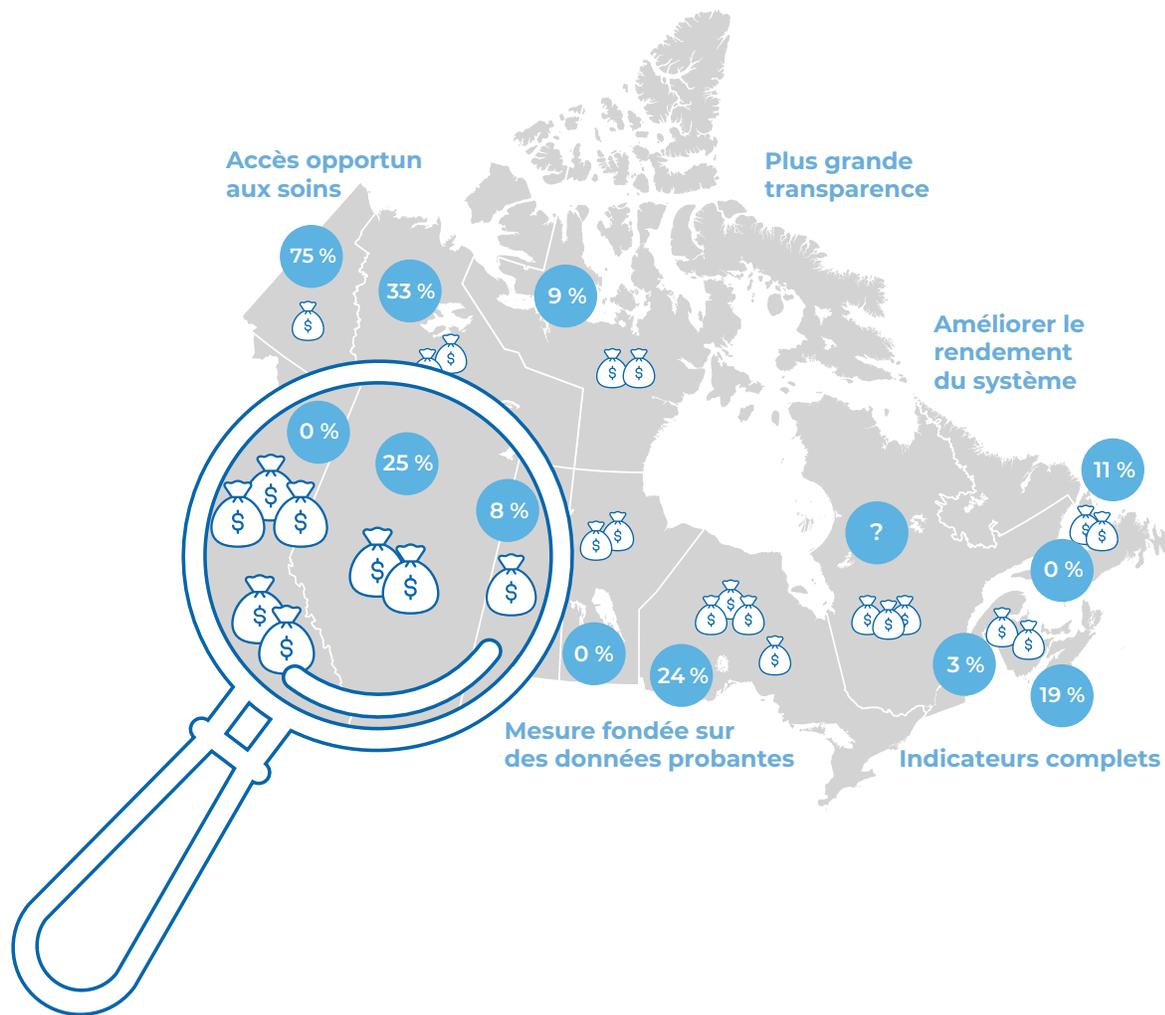
⁷³ Sections 7.0 (Établissement de rapports à l'intention des Canadiens) et 8.0 (Communications) des accords entre le fédéral et les provinces et territoires pour travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens (2023-2024 à 2025-2026).

⁷⁴ Dans son mémoire en vue du budget 2025 présenté au Comité permanent des finances de la Chambre des communes, l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale (ACMMSM) recommande : « *Que l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) soit muni des ressources nécessaires pour travailler en collaboration avec les provinces et les territoires, ainsi qu'avec d'autres intervenants, afin d'élaborer : (1) une banque nationale de données sur les dépenses de santé publiques, communautaires et privées; et (2) des indicateurs de performance complets du système de santé mentale et de toxicomanie.* »

PRENDRE L'ARGENT ET S'ENFUIR?

Dans quelle mesure les provinces et les territoires sont-ils responsables de l'utilisation des fonds fédéraux consacrés aux soins de santé mentale et aux soins de santé liée à l'usage de substances psychoactives?

Examen des accords de financement bilatéraux de 2023 et 2017 destinés aux services en matière de santé mentale et d'utilisation de substances psychoactives, 2023-2024 - 2025-2026



CANADIAN ALLIANCE
ON MENTAL ILLNESS
AND MENTAL HEALTH



ALLIANCE CANADIENNE
POUR LA MALADIE MENTALE
ET LA SANTÉ MENTALE

CONTACTEZ-NOUS

Pour de plus amples informations sur l'ACMMSM, veuillez consulter notre site Web à l'adresse www.camimh.ca