



# Rapport Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2017-2024)

## Soins de santé

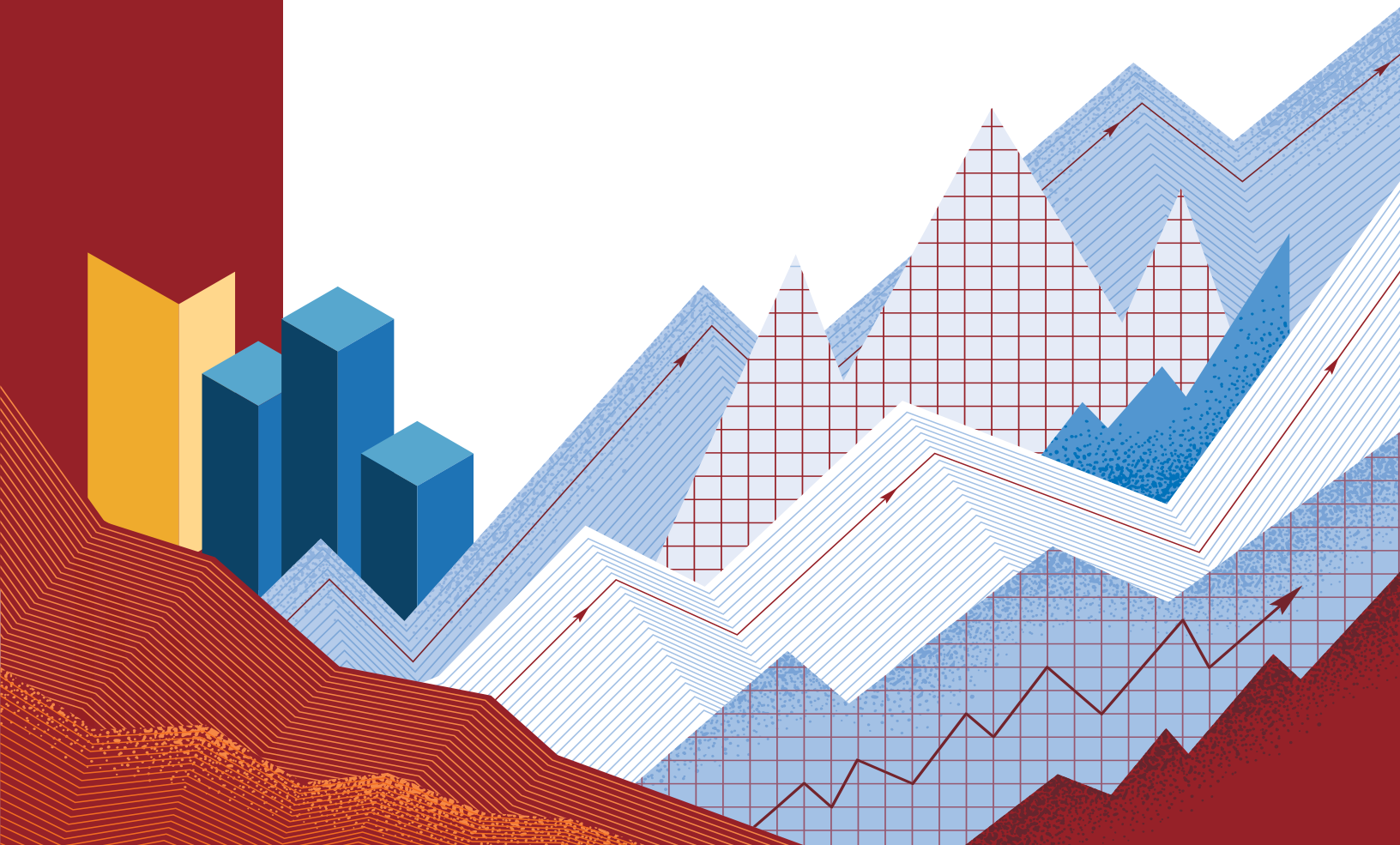


Centre canadien sur  
les dépendances et  
l'usage de substances



University  
of Victoria

Institut canadien  
de recherche sur  
l'usage de substances



# Rapport Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada : soins de santé (2017-2024)

## Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada

### Institut canadien de recherche sur l'usage de substances (ICRUS)

Tim Stockwell, Ph.D., chercheur principal  
Scientifique, ICRUS  
Professeure émérite, Université de Victoria

Jinhui Zhao, Ph.D.  
Keegan Lawrence, M.Sc.

### Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS)

Pamela Kent, Ph.D., chercheuse principale  
Recherche et nouvelles tendances, CCDUS

Anat Ziv, Ph.D.  
Adam Sherk, Ph.D.  
Aisha Giwa, Ph.D.  
Raadiya Malam, MSP  
Chandini Sondagar, MSP

© Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2026.

CCDUS, 75, rue Albert, bureau 500  
Ottawa (Ontario) K1P 5E7  
613-235-4048  
info@ccsa.ca

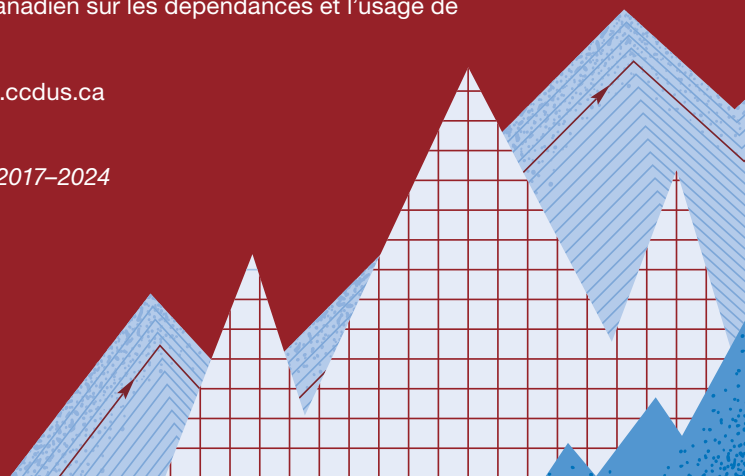
Ce document a été publié par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances.

Citation proposée : Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. *Rapport Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada : soins de santé (2017-2024)*, préparé par l'Institut canadien de recherche sur l'usage de substances et le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2026.

Ce document peut aussi être téléchargé en format PDF au [www.ccdus.ca](http://www.ccdus.ca)

This document is also available in English under the title:  
*Canadian Substance Use Costs and Harms Report: Healthcare 2017–2024*

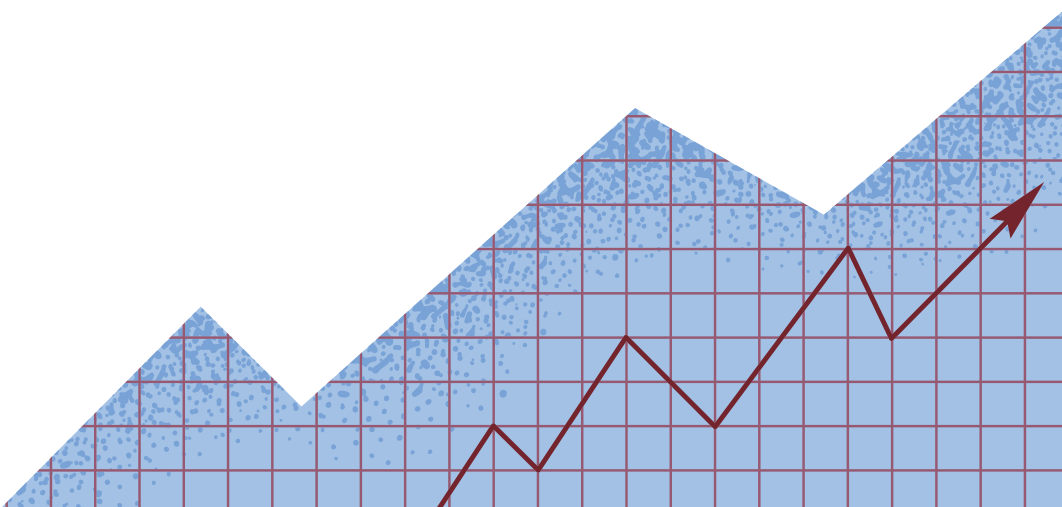
ISBN 978-1-77871-267-8





## TABLE DES MATIÈRES

<b>PRINCIPAUX CONSTATS</b> .....	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>2</b>
Portée des estimations .....	2
Méthodes et sources de données .....	3
<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>5</b>
Limites .....	14
Implications et conclusions .....	14
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>16</b>





## PRINCIPAUX CONSTATS

Au Canada, l'usage de substances entraîne des coûts de soins de santé considérables. En 2024, les coûts de soins de santé attribuables à l'usage de substances ont atteint 16,4 milliards de dollars, l'alcool représentant 7,8 milliards et le tabac, 6,8 milliards. Ensemble, ces deux substances représentent donc environ 90 % des coûts totaux.

Ces coûts couvrent de nombreux problèmes de santé, pas seulement le trouble lié à l'usage de substances ou des méfaits aigus (p. ex. intoxications). L'usage de substances contribue à l'apparition de cancers, de maladies cardiovasculaires, de maladies hépatiques, de blessures, de maladies infectieuses et d'autres affections aiguës et chroniques, dans l'ensemble du système de santé.

Les médicaments sur ordonnance et les hospitalisations sont des facteurs importants des coûts de soins de santé. Ensemble, ces deux catégories représentent environ 60 % des coûts totaux de soins de santé liés à l'usage de substances, après quoi viennent la rémunération des médecins et le traitement spécialisé.

Les coûts par personne varient d'une région à l'autre. À l'échelle nationale (en excluant le Québec), les coûts annuels par personne étaient de 440 \$. Les coûts étaient les plus élevés dans les Territoires du Nord-Ouest (983 \$), au Nunavut (959 \$) et au Yukon (779 \$), puis dans les provinces atlantiques, reflétant les différences dans les taux de prévalence de l'usage de substances et l'accès aux soins de santé selon les régions.

Les coûts des soins de santé par personne attribuables à l'usage de substances sont demeurés relativement stables dans l'ensemble, passant de 406 \$ en 2017 à 396 \$ en 2024 (-2,5 %). Cependant, cette diminution masque des changements importants dans les substances, y compris des hausses de coûts associés aux opioïdes et aux stimulants, ainsi que des diminutions des coûts associés au tabac.

Les coûts associés aux opioïdes connaissent la plus forte hausse. Ainsi, même s'ils se classent au troisième rang des coûts totaux (4,4 %), les coûts de soins de santé par personne liés aux opioïdes ont augmenté d'environ 30 % de 2017 à 2024, ce qui est probablement attribuable aux drogues non réglementées, toxiques et instables, entre autres facteurs.

Les hospitalisations sont principalement dues à la consommation d'alcool et de tabac. En 2024, on estime que 694 hospitalisations pour 100 000 personnes étaient attribuables à l'usage de substances, le tabac (48,6 %) et l'alcool (42,2 %) contribuant à la majorité d'entre elles.

Les tendances soulignent le besoin de politiques et de surveillance. Les substances légales demeurent les principales causes des coûts de soins de santé, alors que les méfaits liés aux opioïdes (usage médical et non médical), aux stimulants et à d'autres substances demandent une attention soutenue. La surveillance en continu est essentielle pour guider les interventions et réduire la morbidité.



## INTRODUCTION

Le projet Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (CEMUSC) présente des estimations comparables, valides et à jour des coûts et méfaits de la consommation au pays. Il couvre les coûts de soins de santé, de perte de productivité, de justice pénale et d'autres coûts directs, et génère des données probantes servant à orienter les politiques publiques et à guider les réponses sociétales à l'usage de substances (US). Ces estimations servent de référence pour évaluer l'incidence des politiques, des services et des mesures de soutien dans l'ensemble du continuum de soins et pour guider les investissements futurs afin de réduire les coûts de soins de santé et les méfaits.

Le présent rapport fournit des estimations des coûts de soins de santé liés à l'US au Canada de 2017 à 2024, la dernière année pour laquelle des données complètes étaient disponibles. Il est destiné aux responsables des politiques et aux décideurs, aux planificateurs du système de santé, aux professionnels de la santé publique, aux chercheurs et aux groupes de pression, et aux communautés qui cherchent de l'information à jour pour orienter et améliorer les réponses du système de santé à l'US au Canada.

Pour faciliter l'accès rapide aux résultats clés, le projet CEMUSC publie des rapports distincts examinant les grands domaines de coûts, dont les soins de santé, la perte de productivité et la justice pénale, avant la publication prochaine d'un rapport national complet qui intégrera les résultats de tous les domaines. Cette approche graduelle reflète une volonté de fournir des données probantes pertinentes pour les politiques en temps opportun, avant que le travail sur l'ensemble des domaines ne soit terminé.

Ce rapport se concentre précisément sur les coûts de soins de santé liés à l'US. Les sections qui suivent fournissent de l'information sur la portée des estimations et les méthodes.

### Portée des estimations

Les estimations sont présentées par année, de 2017 à 2024, par province et territoire, et par catégorie de substance (alcool, tabac, cannabis, opioïdes, autres dépresseurs du système nerveux central [SNC], cocaïne, autres stimulants du SNC et autres substances). Les coûts de soins de santé sont estimés dans sept catégories de services (hospitalisations, chirurgies d'un jour, visites à l'urgence, services ambulanciers, traitement spécialisé pour des troubles de l'US, rémunération des médecins et médicaments sur ordonnance). Les hospitalisations et les services ambulanciers sont présentés à la fois en coûts et en méfaits (nombre d'incidents attribuables à l'US). Les données sur les hospitalisations sont aussi ventilées par catégorie de problèmes de santé pour montrer les types d'affections et de maladies contribuant au fardeau des soins de santé attribuables à l'US.



## Méthodes et sources de données

Ce rapport sur les soins de santé s'appuie sur les études CEMUSC précédentes et intègre des changements méthodologiques qui améliorent la précision et l'exhaustivité des estimations. Par exemple, nous avons mis à jour notre approche pour l'estimation des coûts du traitement spécialisé lié à l'US en adoptant une nouvelle source nationale de données (Institut canadien d'information sur la santé, 2025d) pour améliorer la couverture et l'exactitude. Au fil de l'évolution des méthodes et des sources de données, les estimations présentées ici devraient être considérées comme les plus précises à ce jour et ne devraient **pas** être comparées directement à celles des rapports CEMUSC précédents (Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada, 2018, 2020, 2023) ou à des études canadiennes antérieures sur les coûts (Rehm et coll., 2006).

Des estimations des coûts sont fournies pour ces catégories de soins de santé mentionnées ci-dessus : hospitalisations, chirurgies d'un jour, visites à l'urgence, services ambulanciers, traitement spécialisé pour des troubles de l'US (p. ex. services de traitement des dépendances et de gestion du sevrage en milieu communautaire), rémunération des médecins et médicaments sur ordonnance.

L'utilisation de l'approche de la fraction attribuable populationnelle est essentielle pour estimer la proportion des divers types de maladies ou de blessures attribuables à l'usage d'une substance précise (Centers for Disease Control and Prevention, 2008; Organisation mondiale de la Santé, 2018). Pour calculer les fractions attribuables, nous avons utilisé les dernières méthodes d'évaluation du fardeau des maladies de l'Organisation mondiale de la Santé (Ferrari et coll., 2014; Lushniak et coll., 2014; Shield et coll., 2020; Organisation mondiale de la Santé, 2024), ainsi qu'une ressource libre d'accès largement utilisée, soit le modèle international en matière de méfaits et de politiques liés à l'alcool, pour les fractions attribuables à l'alcool (Sherk et coll., 2017; Sherk et coll., 2020).

Les renseignements diagnostiques de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) pour les hospitalisations et les chirurgies d'un jour fournissent les données cliniques les plus complètes et fiables dans le domaine. Des données administratives tirées des dossiers ont servi pour estimer les coûts de différents types d'admissions à l'hôpital, y compris pour des affections entièrement attribuables à l'US et pour d'autres qui n'y sont que partiellement attribuables. Ces données ont été combinées pour générer des comptes, taux et coûts totaux d'hospitalisations attribuables à l'usage de substances. Elles ont aussi servi à estimer les coûts de soins de santé attribuables à l'US dans d'autres domaines. Les sources de données utilisées pour établir les estimations des coûts de soins de santé sont présentées dans le tableau 1. Une description complète des méthodes, y compris les sources de données et les hypothèses, et une liste de problèmes de santé jugés entièrement ou partiellement attribuables à l'US se trouvera dans le rapport technique CEMUSC (à venir, disponible sur demande).



Tableau 1. Sources de données utilisées pour calculer les coûts de soins de santé liés à l'US

Coûts et méfaits	Sources de données
<b>Fractions attribuables à l'US</b>	Alcool : calculées à l'aide du modèle international en matière de méfaits et de politiques liés à l'alcool (Sherk et coll., 2017; Sherk et coll., 2020) Tabac : risques relatifs tirés du <i>Surgeon General's Report</i> des États-Unis (King et coll., 2014) Autres substances : divers risques relatifs tirés de la littérature, par maladie spécifique (voir le rapport technique CEMUSC)
<b>Hospitalisations</b>	Base de données sur les congés des patients (BDCP) de 2016-2017 à T1/2024-T4/2024 (comptes) (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2025a); Coût d'un séjour standard à l'hôpital (indicateur) (ICIS, 2025b)
<b>Chirurgies d'un jour</b>	BDCP de 2016-2017 à T1/2024-T4/2024 (ICIS, 2025a); Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) de 2016-2017 à T1/2024-T4/2024 (ICIS, 2025c) (comptes); Coût d'un séjour standard à l'hôpital (indicateur) (ICIS, 2025b)
<b>Visites à l'urgence</b>	SNISA de 2016-2017 à T1/2024-T4/2024 (comptes) (ICIS, 2025c); Coût d'un séjour standard à l'hôpital (indicateur) (ICIS, 2025b)
<b>Services ambulanciers</b>	BDCP de 2016-2017 à T1/2024-T4/2024 (ICIS, 2025a); SNISA de 2016-2017 à T1/2024-T4/2024 (comptes) (ICIS, 2025c); Rapports provinciaux et territoriaux sur les frais de transport par ambulance pour les personnes non assurées (coûts) (voir le rapport technique CEMUSC)
<b>Traitement spécialisé des troubles liés à l'US</b>	Base de données canadienne sur les systèmes d'information de gestion de 2016-2017 à 2023-2024 (coûts) (ICIS, 2025d); Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2012 et Enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins 2022, ont servi à estimer la proportion des services professionnels en santé mentale et en US (Statistique Canada, 2013, 2023)
<b>Rémunération des médecins</b>	Base de données nationale sur les médecins de 2017 à 2022 (ICIS, 2025e); BDCP de 2016-2017 à T1/2024-T4/2024 (comptes) (ICIS, 2025a); Séjours hospitaliers au Canada, 2017-2024 (ICIS, 2025f)
<b>Médicaments sur ordonnance</b>	Tendances des dépenses nationales de santé 2017-2024 (ICIS, 2025g)

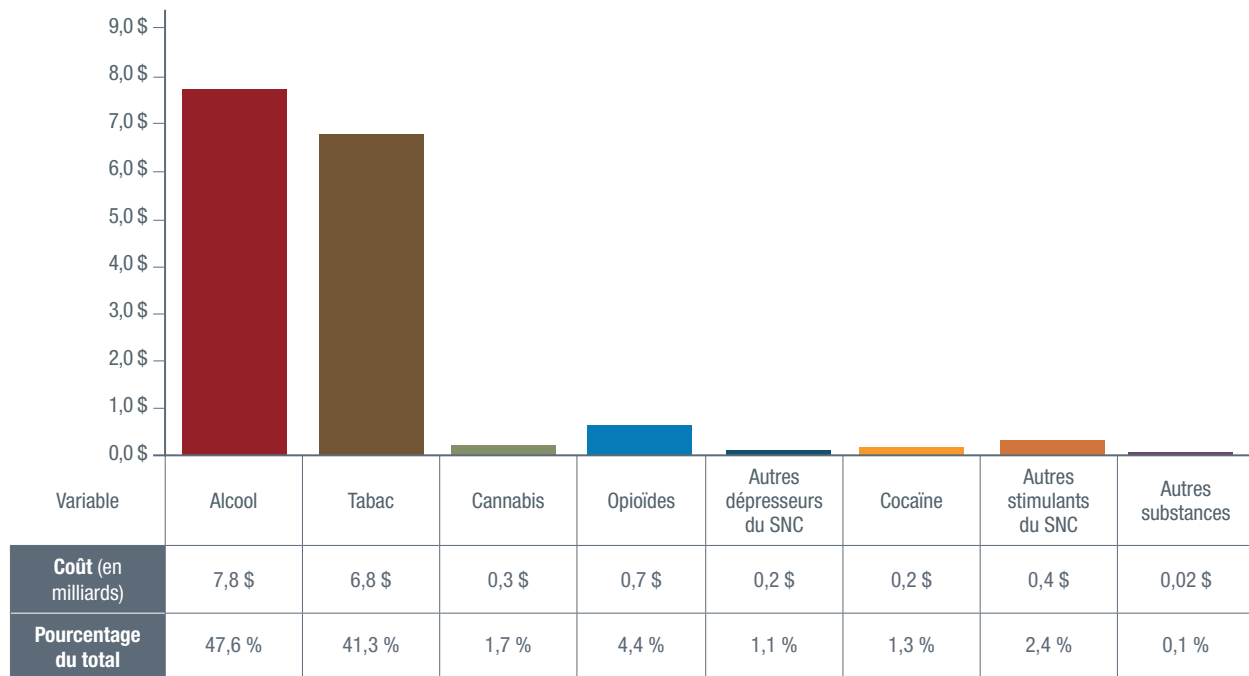
Tous les montants en dollars présentés dans le rapport ont été ajustés en dollars canadiens de 2024 selon l'indice des prix à la consommation.



## RÉSULTATS

En 2024, les coûts de soins de santé attribuables à l'US se chiffraient à 16,4 milliards de dollars. Ces estimations reflètent un large éventail de conséquences de l'US sur le système de santé, qui vont bien au-delà des intoxications et du trouble lié à l'US et incluent aussi cancers, maladies cardiovasculaires, maladies hépatiques, diabète, blessures, maladies infectieuses et autres affections aiguës et chroniques qui sont entièrement ou partiellement attribuables à l'US. Nous avons estimé que les coûts associés à la consommation d'alcool et de tabac représentaient environ 90 % de tous les coûts de soins de santé attribuables à l'US (7,8 et 6,8 milliards de dollars, respectivement). L'usage d'opioïdes se classe au troisième rang des coûts de soins de santé liés à l'US (0,7 milliard de dollars, 4,4 %). Ces coûts sont ventilés par substance (figure 1) et par catégorie de coûts (figure 2). Ensemble, les médicaments sur ordonnance (4,9 milliards de dollars, 30 %) et les hospitalisations (4,6 milliards de dollars, 28 %) étaient responsables d'environ 60 % des coûts totaux de soins de santé attribuables à l'US. Fait important, les coûts des médicaments sur ordonnance ne sont pas limités aux médicaments utilisés pour traiter le trouble de l'US; ils comprennent aussi des médicaments servant à traiter les nombreux problèmes de santé aigus et chroniques attribuables à l'US. Ces coûts étaient suivis par les coûts associés à la rémunération des médecins (3,9 milliards de dollars, 24 %) et au traitement spécialisé (1,8 milliard de dollars, 11 %).

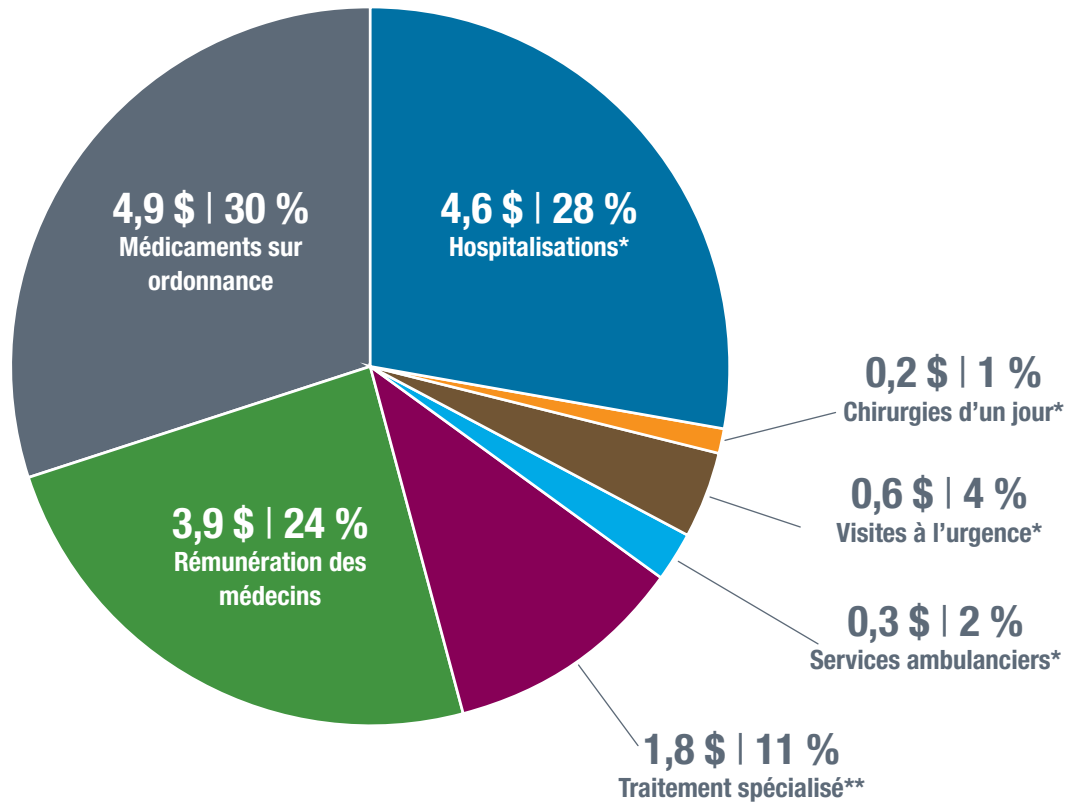
**Figure 1. Coûts de soins de santé (en milliards de dollars) attribuables à l'US au Canada, par substance, 2024**



**Remarque :** Ces estimations n'incluent pas les coûts associés aux hospitalisations, aux chirurgies d'un jour, aux visites à l'urgence et aux services ambulanciers pour le Québec.



Figure 2. Coûts de soins de santé (en milliards de dollars) attribuables à l'US au Canada, par catégorie de coûts, 2024



\* En raison de limites à la collecte de données, le Québec n'est pas inclus.

\*\* Services avec et sans hébergement.

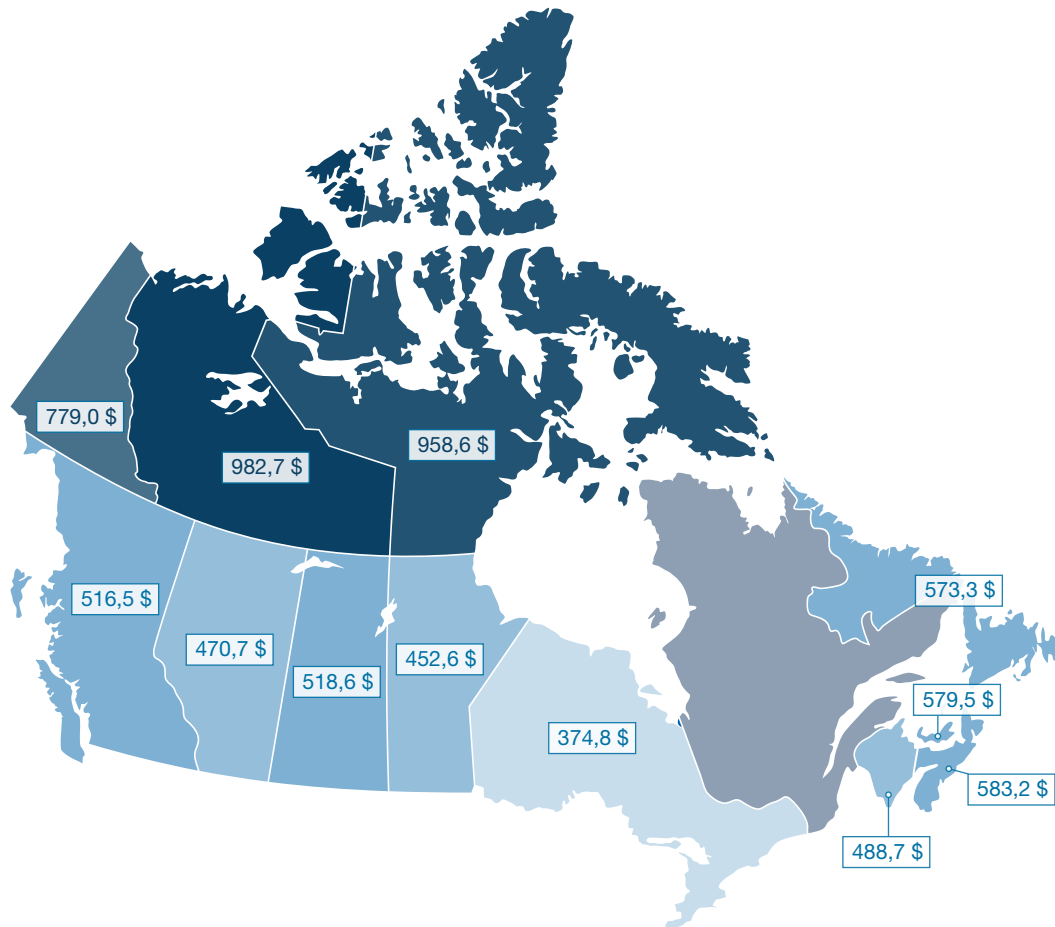
Les coûts annuels par personne estimés sont généralement inversement proportionnels à la population des provinces et territoires : plus la population est petite, plus les coûts sont élevés. Il est donc possible de comparer directement les données de la figure 3, qui présente les coûts de soins de santé par personne estimés attribuables à l'US. La figure montre que pour l'ensemble du Canada (sauf le Québec), ces coûts étaient de 440 \$ par personne en 2024<sup>1</sup>. C'est dans les territoires que les coûts par personne étaient les plus élevés; ils étaient aussi relativement élevés au Canada atlantique.

**Remarque :** Nous n'avons pas pu calculer les coûts exacts par personne du Québec. Un calcul brut – fondé sur les coûts par personne en Ontario et sur les données disponibles du Québec – suggérerait que les coûts nationaux par personne étaient conservateurs d'environ 8,8 %. De plus, les hospitalisations et leurs coûts pour l'Ontario et le Manitoba sont sous-estimés puisque certaines hospitalisations liées à la santé mentale et aux dépendances n'ont pas été comptées. Plus précisément, nous n'avons pas pu inclure les hospitalisations enregistrées dans le Système d'information ontarien sur la santé mentale.

<sup>1</sup> Ces coûts n'incluent pas les coûts ni la population du Québec. Seules quelques données sur les soins de santé étaient disponibles pour la province.



Figure 3. Carte des coûts de soins de santé par personne liés à l'US au Canada, par province et territoire (sauf le Québec), 2024



Nous estimons que 694 hospitalisations pour 100 000 personnes en 2024 étaient attribuables à l'US (figure 4, tableau 2). Le tabac et l'alcool étaient à l'origine de la majorité de ces hospitalisations, avec des taux de 337 pour 100 000 personnes (48,6 % du total) et de 293 pour 100 000 personnes (42,2 %), respectivement (figure 5, tableau 2). Ensemble, les deux substances avaient entraîné plus de 90 % des hospitalisations attribuables à l'US, reflétant leur contribution dominante aux coûts de soins de santé. Les hospitalisations attribuables aux opioïdes ont été estimées au rang suivant des taux d'hospitalisations, soit 25 pour 100 000 personnes.

Les taux d'hospitalisations attribuables à la plupart des substances ont diminué entre 2017 et 2024, bien que les tendances varient et que plusieurs catégories aient connu des hausses à court terme durant la pandémie de COVID-19 et les années suivantes. La baisse relative la plus importante concerne les autres substances, pour lesquelles les hospitalisations ont diminué de 55 % (de 1,4 à 0,6 pour 100 000 personnes), suivies par les autres déprimeurs du SNC, qui ont connu une baisse de 30 % (de 11 à 7 pour 100 000 personnes). Le cannabis (de 12 à 10 pour 100 000 personnes) et la cocaïne (de 9 à 7 pour 100 000 personnes) ont également vu leur taux d'hospitalisations diminuer de plus de 20 % au cours de la période étudiée.

En revanche, les hospitalisations liées aux opioïdes étaient plus variables dans le temps. Le taux est tombé à 21 pour 100 000 personnes en 2019, puis a augmenté pendant la période de la pandémie, atteignant des pics de 28 pour 100 000 personnes en 2021 et à nouveau en 2023, avant de retomber à 25 pour 100 000 personnes en 2024. Cela représente une augmentation globale d'environ 19 % depuis 2019.



Figure 4. Taux d'hospitalisations pour 100 000 personnes au Canada (sauf le Québec) attribuables à l'US, 2017-2024, par type de substances (sauf l'alcool et le tabac)

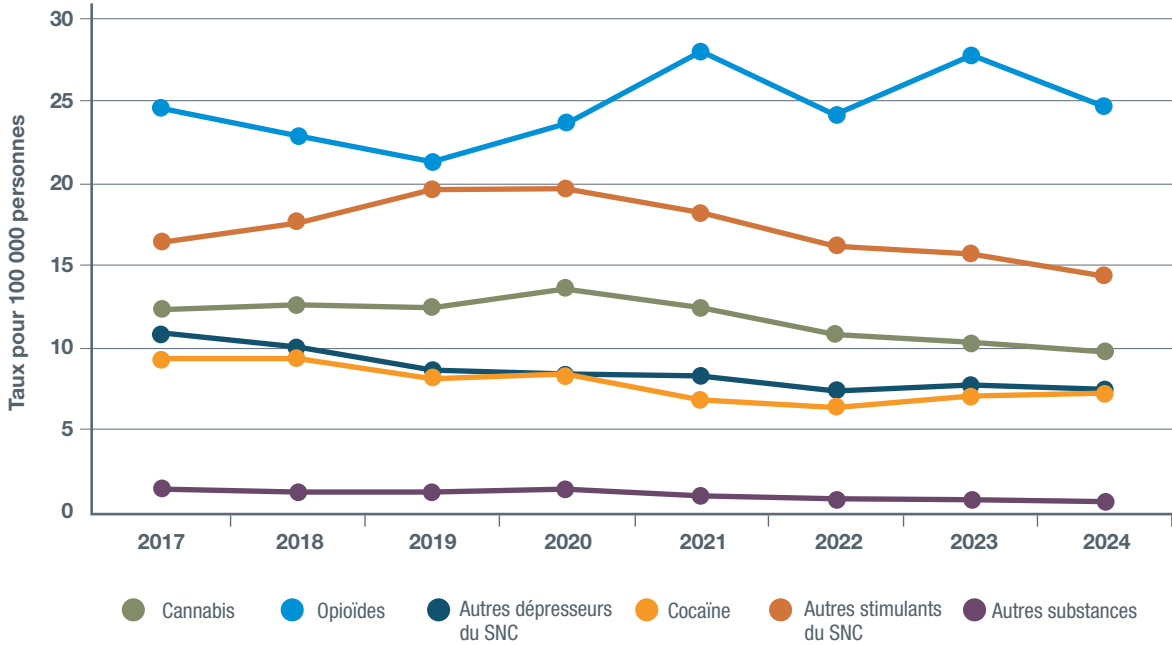
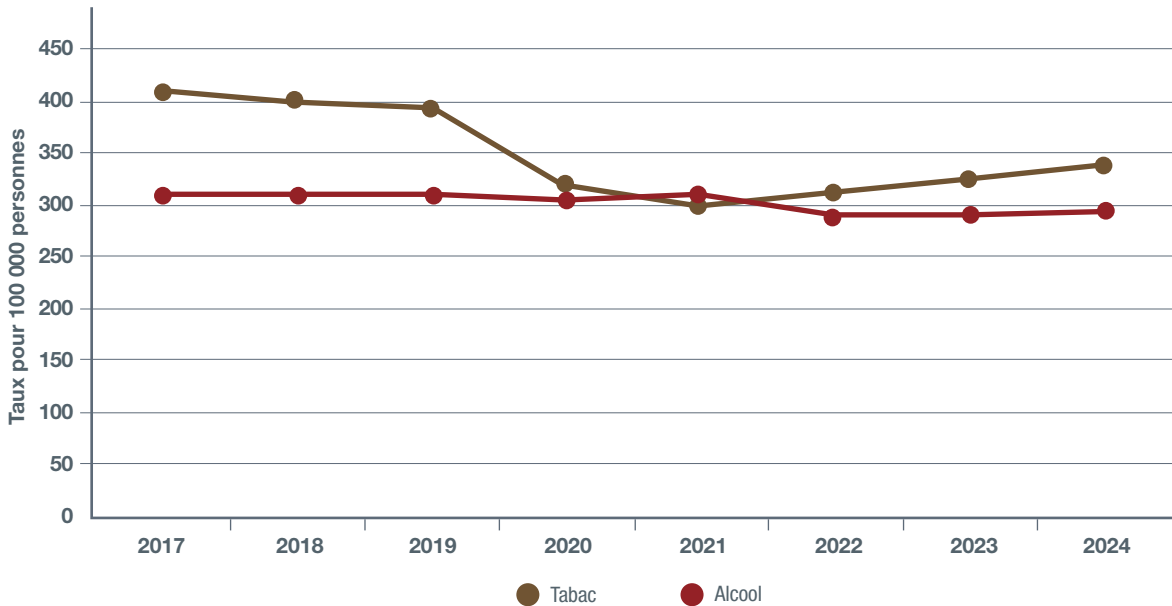


Figure 5. Taux d'hospitalisations pour 100 000 personnes au Canada (sauf le Québec) attribuables à l'alcool et au tabac, 2017-2024



**Tableau 2. Taux d'hospitalisations pour 100 000 personnes au Canada (sauf le Québec) attribuables à l'US, 2017-2024, par type de substances**

Substance	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Alcool	310	309	308	303	313	291	292	293
Tabac	410	402	389	317	296	309	325	337
Cannabis	12	13	12	14	12	11	10	10
Opioides	24	23	21	24	28	24	28	25
Autres dépresseurs du SNC	11	10	9	8	8	7	8	7
Cocaïne	9	9	8	8	7	6	7	7
Autres stimulants du SNC	16	18	19	19	18	16	16	14
Autres substances	1,4	1,2	1,1	1,2	0,9	0,7	0,7	0,6
<b>Total</b>	<b>794</b>	<b>785</b>	<b>768</b>	<b>694</b>	<b>683</b>	<b>665</b>	<b>686</b>	<b>694</b>

Certaines hospitalisations sont entièrement attribuables à l'usage de substances. Cependant, elles ne représentent qu'un sous-ensemble du fardeau total, puisque de nombreuses hospitalisations sont dues à des problèmes de santé partiellement attribuables à l'US. Il s'agit d'affections qui, par définition, ne peuvent être causées que par l'US. Par exemple, toutes les hospitalisations dont le code de la CIM correspond à « Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool<sup>2</sup> » sont causées par la consommation d'alcool. Le tableau 3 présente les taux d'hospitalisations pour 100 000 personnes entièrement attribuables à l'US, par substance, de 2017 à 2024. En 2024, l'alcool était à l'origine d'environ 70 hospitalisations pour 100 000 personnes, soit environ 60 % de l'ensemble des hospitalisations entièrement attribuables à l'US. Il était suivi par les opioïdes, à l'origine d'environ 20 hospitalisations pour 100 000 personnes (environ 17 % de l'ensemble des hospitalisations entièrement attribuables à l'US).

Les tendances dans les taux d'hospitalisations entièrement attribuables à l'US varient selon les substances entre 2017 et 2024. Les taux attribuables aux opioïdes ont connu la plus forte hausse (22 %, de 16,6 à 20,3 pour 100 000 personnes), suivis par le cannabis (14 %, de 4,7 à 5,4 pour 100 000 personnes) et la cocaïne (13 %, de 4,6 à 5,2 pour 100 000 personnes). En revanche, les taux d'hospitalisations entièrement attribuables à d'autres substances illicites et à d'autres dépresseurs du SNC ont diminué de plus de 30 % (de 0,5 à 0,3 pour 100 000 personnes et de 7,9 à 5,4 pour 100 000 personnes, respectivement).

<sup>2</sup> Au Canada, quand un patient obtient son congé de l'hôpital, on lui attribue un code indiquant la principale raison de son séjour. Le système de codage utilisé diffère selon la base de données consultée. La Base de données sur les congés des patients et la Base de données sur la morbidité hospitalière se servent de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10<sup>e</sup> version, améliorations canadiennes (CIM-10-CA; Institut canadien d'information sur la santé, sans date) pour coder le diagnostic à l'origine du séjour à l'hôpital.



Tableau 3. Taux d'hospitalisations entièrement attribuables à l'US pour 100 000 personnes au Canada, 2017-2024

Substance	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Alcool	65,4	67,1	68,9	75,0	77,8	68,9	71,9	70,7
Cannabis	4,7	5,2	5,5	6,3	6,8	6,0	5,5	5,4
Opiïdes	16,6	16,0	14,8	17,3	22,4	19,3	23,1	20,3
Autres dépresseurs du SNC	7,9	7,3	6,2	6,0	6,1	5,4	5,4	5,4
Cocaïne	4,6	4,7	4,1	4,4	4,2	4,1	4,9	5,2
Autres stimulants du SNC	10,0	11,2	12,9	12,8	12,6	11,4	11,2	10,2
Autres substances illicites	0,5	0,4	0,3	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3
Total	109,6	111,9	112,7	122,3	130,2	115,3	122,3	117,4

Au Canada, les coûts de soins de santé par personne associés à l'US ont diminué de 2,3 %, passant de 406 \$ en 2017 à 396 \$ en 2024. Malgré cette baisse globale, voici les substances associées aux plus importantes hausses proportionnelles de coûts par personne :

- Opiïdes, pour lesquels les coûts ont augmenté de 27,1 %, de 13,6 \$ à 17,3 \$ (figures 6 et 8, tableau 4);
- Autres stimulants du SNC, pour lesquels les coûts par personne ont augmenté de 10,8 %, de 8,8 \$ à 9,7 \$ (figures 6 et 8, tableau 4);
- Alcool, pour lequel les coûts ont augmenté de 5,5 %, de 179 \$ à 189 \$ (figures 7 et 8, tableau 4).

Les coûts de soins de santé par personne attribuables à l'usage de cannabis ont augmenté de 18 %, passant de 7,2 \$ en 2017 à 8,5 \$ en 2020, avant de diminuer et de se stabiliser à environ 7 \$ à partir de 2021.

Les coûts de soins de santé par personne associés à certaines catégories de substances ont diminué entre 2017 et 2024. Ainsi, les coûts liés à l'usage d'autres substances ont diminué de 39,4 %, passant de 0,7 \$ à 0,5 \$, et les coûts liés à l'usage de dépresseurs du SNC ont diminué de 19,6 %, passant de 5,5 \$ à 4,4 \$. En outre, les coûts de soins de santé par personne dus au tabagisme ont diminué de 18,1 %, passant de 186 \$ en 2017 à 161 \$ en 2021, avant d'augmenter de 7,5 % entre 2022 et 2024, pour revenir aux niveaux d'avant la pandémie (figures 6 et 8; tableau 4).



Figure 6. Coûts de soins de santé par personne liés à l'US au Canada, par substance, 2017-2024 (sauf l'alcool et le tabac)

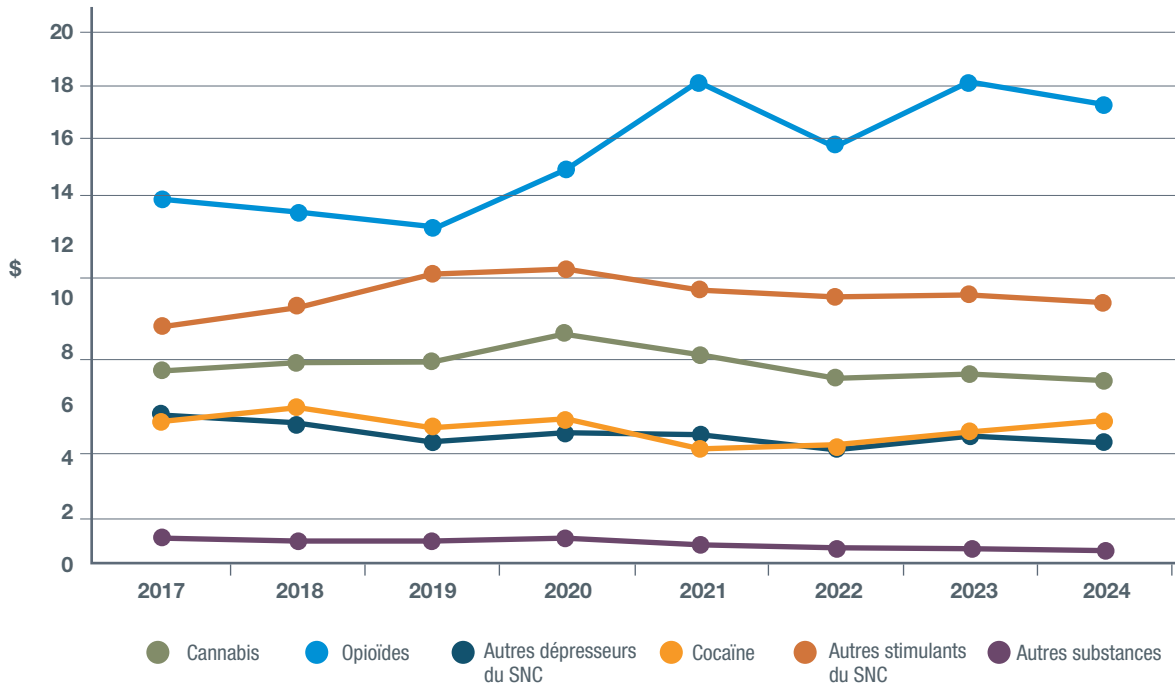


Figure 7. Coûts de soins de santé par personne liés à l'usage d'alcool et de tabac au Canada, 2017-2024

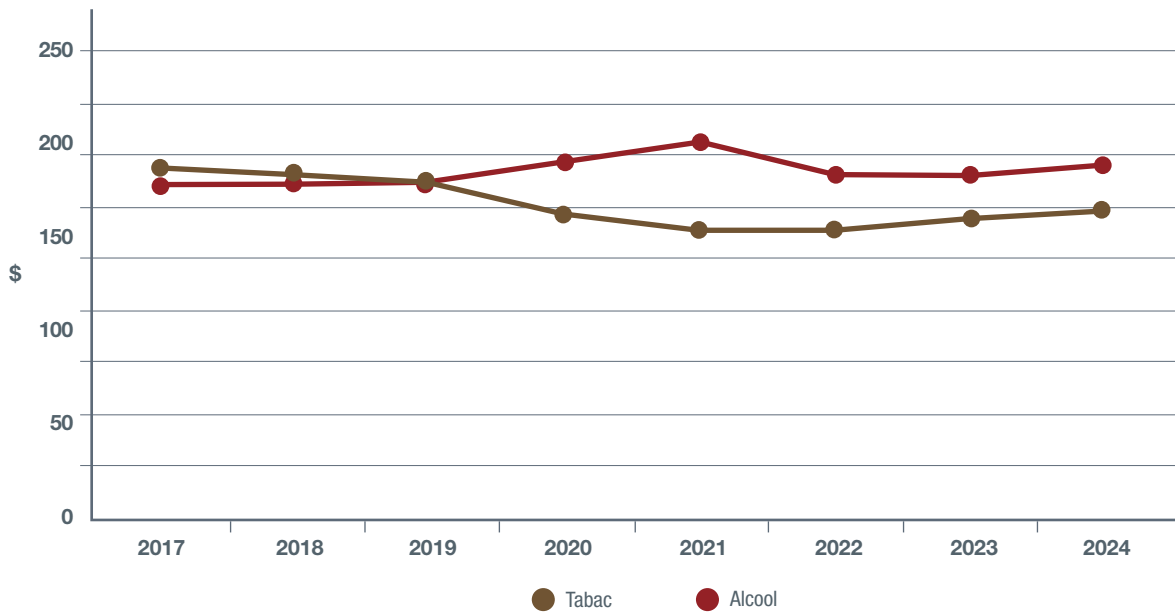




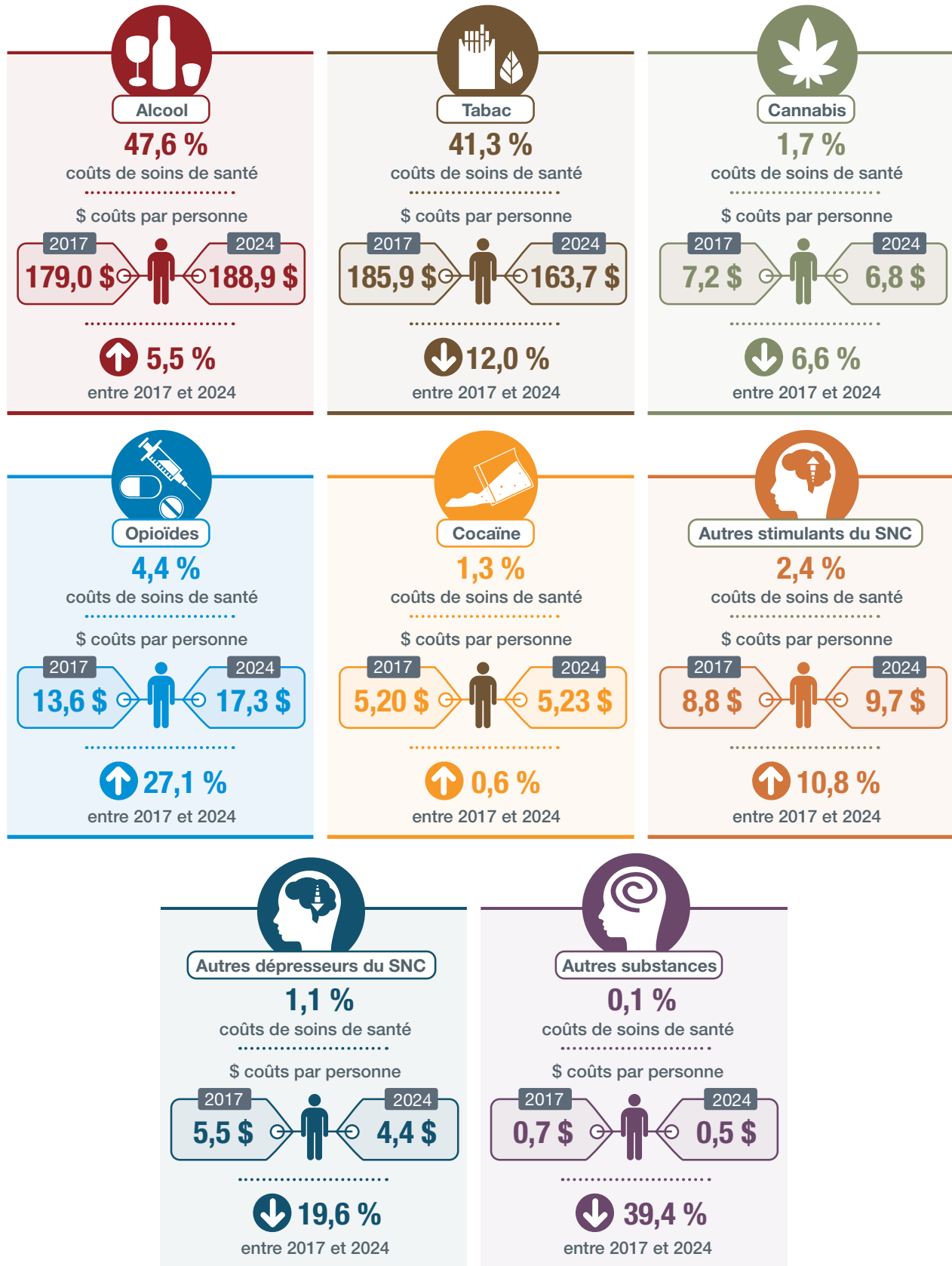
Tableau 4. Coûts de soins de santé par personne liés à l'US au Canada, 2017-2024, par substance

Substance	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Alcool	179	179	180	191	201	184	184	189
Tabac	186	182	178	161	152	152	159	164
Cannabis	7	7	7	9	8	7	7	7
Opioides	14	13	13	15	18	16	18	17
Autres dépresseurs du SNC	5	5	4	5	5	4	5	4
Cocaïne	5	6	5	5	4	4	5	5
Autres stimulants du SNC	9	10	11	11	10	10	10	10
Autres substances	0,7	0,7	0,6	0,8	0,6	0,5	0,5	0,5
Toutes les substances	406	403	399	398	399	378	388	396

**Remarque :** Ces estimations n'incluent pas les coûts associés aux hospitalisations, aux chirurgies d'un jour et aux services ambulanciers pour le Québec.



Figure 8. Comparaison des coûts de soins de santé par personne liés à l'US au Canada entre 2017 et 2024, par substance





## Limites

La méthodologie utilisée pour évaluer la charge de la morbidité repose sur l'hypothèse que les études de grande qualité faites partout dans le monde sur le lien entre l'usage de substances dans une population et les maladies et blessures sont universellement applicables. Pour estimer la prévalence de grands groupes de maladies et de blessures ainsi que la prévalence de la population à l'US, nous avons utilisé des données nationales, provinciales et territoriales, mais nous avons aussi dû appliquer les hypothèses en vigueur à l'échelle internationale quant au lien entre l'US et le risque d'apparition de certaines maladies et blessures, puisque ces données sont rarement disponibles pour un pays en particulier. Conformément aux pratiques courantes en épidémiologie de l'US, nous nous sommes basés sur les plus récents examens systématiques et méta-analyses de la littérature internationale pour estimer ces liens de risque.

Cela dit, les données probantes que contiennent les études publiées sont plus solides dans certains domaines, comme l'usage d'alcool et de tabac, que dans d'autres, comme l'usage des autres substances. Pour estimer les coûts associés aux hospitalisations, aux chirurgies d'un jour, aux services ambulanciers et aux visites à l'urgence, nous avons analysé les données au niveau de l'enregistrement selon le principe des fractions attribuables; pour l'estimation de la rémunération des médecins et des médicaments sur ordonnance, nous avons appliqué une méthode de pourcentages attribuables<sup>3</sup>. Avec cette méthode, nous partons de l'hypothèse que la proportion des coûts de soins de santé correspondant aux différents types de substances est stable. Cette façon de faire reflète les bonnes pratiques actuelles et constitue la méthodologie la plus appropriée disponible compte tenu des données existantes. Nous continuerons d'analyser cette hypothèse et d'affiner notre méthodologie pour renforcer la précision de nos estimations.

## Implications et conclusions

L'US continue d'exercer une pression considérable sur le système de santé canadien. En 2024, les coûts de soins de santé attribuables à l'US se chiffraient à 16,4 milliards de dollars. L'usage d'alcool et de tabac représentait environ 90 % de tous les coûts. Ces résultats soulignent que la majorité des dépenses de santé liées à l'US sont dues à des substances largement consommées et disponibles légalement, et reflètent un large éventail d'affections aiguës et chroniques dans l'ensemble du système de santé.

Bien que l'usage d'opioïdes représente une part plus faible du coût total des soins de santé que celle de l'alcool et du tabac, les opioïdes se classent au troisième rang, avec 4,4 % en 2024. Les coûts de soins de santé par personne attribuables aux opioïdes ont augmenté d'environ 30 % entre 2017 et 2024, ce qui représente la plus forte hausse parmi les catégories de substances. Cette augmentation pourrait refléter de multiples facteurs, notamment la toxicité et l'instabilité persistantes du marché non réglementé de la drogue et la présence de nouvelles substances (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2025a), ainsi que l'augmentation potentielle de l'utilisation des traitements et des services. De plus, les tendances nationales montrent des diminutions des méfaits associés aux opioïdes entre 2023 et 2024 (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2025b). Cela coïncide avec une baisse modeste des coûts de soins de santé par personne attribuables à ces substances. Ces tendances pourraient refléter les effets combinés des initiatives de réduction des méfaits (p. ex. diminution du nombre de surdoses et d'hospitalisations associées), de l'élargissement de l'accès aux traitements et des changements régionaux dans l'offre non réglementée d'opioïdes, bien qu'une surveillance continue soit nécessaire pour confirmer si ces tendances se maintiendront (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2025b; Agence de la santé publique du Canada, 2025).

---

<sup>3</sup> Les pourcentages attribuables équivalent aux pourcentages du total des hospitalisations que l'on peut associer à l'usage de substances par province, territoire et année.



Les coûts des soins de santé liés au cannabis ont augmenté jusqu'en 2020, puis se sont stabilisés, avec une évolution similaire des hospitalisations dues au cannabis. Cette tendance semble indiquer que les méfaits du cannabis en soins de santé ont atteint un plateau après avoir connu des augmentations marquées au cours des années qui ont précédé et entouré la légalisation du cannabis à usage non médical. Les estimations de la prévalence de l'usage de cannabis ont montré des signes de stabilisation ces dernières années, en particulier dans l'Enquête canadienne sur le cannabis (Santé Canada, 2024). Une surveillance continue est nécessaire pour déterminer si les effets sur les soins de santé restent stables dans le temps.

Les coûts de soins de santé attribuables à l'usage d'autres substances, notamment d'autres dépresseurs du SNC, de cocaïne et d'autres stimulants, étaient généralement moins élevés au total, mais dans certains cas, ils ont connu des augmentations proportionnelles considérables, reflétant probablement des changements dans les habitudes de consommation, y compris la polyconsommation. La pandémie de COVID-19 a introduit une complexité supplémentaire dans cette période d'étude. Par exemple, les baisses temporaires des coûts de soins de santé attribuables au tabac reflètent probablement des changements dans l'utilisation des soins de santé et le chevauchement entre les causes de morbidité liées à la COVID-19 et celles liées au tabac.

Les coûts de soins de santé par personne varient considérablement d'une région à l'autre, les coûts les plus élevés étant observés dans les territoires et les provinces atlantiques. Ces différences reflètent probablement des variations dans la géographie, l'accès aux soins de santé et les besoins de santé sous-jacents, et soulignent l'importance d'interventions adaptées à chaque région.

Ces conclusions appuient plusieurs implications clés :

1. Les substances légalement disponibles, dont l'alcool et le tabac, restent les principaux facteurs du fardeau de l'US en soins de santé. Ce constat souligne la nécessité de renforcer et d'actualiser les politiques de santé publique, notamment la réglementation en matière de prix, d'étiquetage et de commercialisation, ainsi que les efforts de sensibilisation et d'éducation du public (p. ex. les *Repères canadiens sur l'alcool et la santé*, qui soulignent que le risque augmente avec la consommation et que des niveaux de consommation plus faibles sont associés à un risque plus faible).
2. Les répercussions liées aux opioïdes et aux stimulants requièrent une attention soutenue. Un investissement continu dans les services et les mesures de soutien dans tout le continuum de soins est nécessaire pour réduire les méfaits liés aux substances et les coûts de soins de santé associés, en particulier dans le contexte d'une offre de drogue de plus en plus toxique et de polyconsommation. Cet investissement pourrait permettre de réduire les dépenses globales liées aux méfaits des substances, en délaissant les services de soins aigus plus coûteux, tels que les hospitalisations et les visites à l'urgence, au profit d'interventions précoces moins gourmandes en ressources.
3. Les répercussions du cannabis nécessitent une surveillance continue. Bien que les coûts de soins de santé et les hospitalisations semblent s'être stabilisés après des augmentations antérieures, il est essentiel de continuer à surveiller les tendances à long terme, y compris les méfaits potentiels chez les jeunes associés aux produits très puissants.
4. Des systèmes robustes de contrôle et de données sont essentiels pour toutes les substances. Le renforcement de la surveillance et de l'infrastructure de données permettra de suivre les tendances dans les coûts de soins de santé et les méfaits, d'évaluer l'incidence des politiques et des interventions, et de répondre à l'évolution des habitudes d'US.
5. Les perturbations de l'utilisation des soins de santé liées à la COVID-19 pourraient masquer des tendances, d'où la nécessité d'interpréter avec prudence les changements à court terme et de poursuivre la collecte de données pour comprendre les effets à plus long terme.

Dans l'ensemble, ces estimations des coûts de soins de santé fournissent une vue détaillée des tendances dans le temps du fardeau de l'US pour les systèmes de santé du Canada. Elles servent de référence pour évaluer l'incidence des politiques, des services et des mesures de soutien dans l'ensemble du continuum de soins et pour guider les investissements futurs en vue de réduire les coûts de soins de santé et les méfaits liés à l'US dans tous les contextes de politiques, de planification et de prestation de services.



## BIBLIOGRAPHIE

- Agence de la santé publique du Canada. *Diminution des décès liés aux opioïdes au Canada : possibles facteurs expliquant la baisse des décès liés aux opioïdes en 2024 par rapport à 2023*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2025. <https://sante-infobase.canada.ca/substances/mefaits/diminution-deces-lies-opioides/>
- Centers for Disease Control and Prevention. *Alcohol-Related Disease Impact (ARDI) application*, Atlanta (GA), chez l'auteur, 2008. [https://nccd.cdc.gov/DPH\\_ARDI/default/default.aspx](https://nccd.cdc.gov/DPH_ARDI/default/default.aspx)
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Tendances dans l'usage de substances au Canada*, numéro 5, 2025a. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2025-05/CCENDU-Newsletter-Issue-5-fr.pdf>
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Tendances dans l'usage de substances au Canada*, numéro 6, 2025b. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2025-08/CCENDU-Newsletter-Issue-6-fr.pdf>
- Ferrari, A.J., R.E. Norman, G. Freedman, A.J. Baxter, J.E. Pirakis, M.G. Harris, ... et H.A. Whiteford. « The burden attributable to mental and substance use disorders as risk factors for suicide: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010 », *PLoS ONE*, vol. 9, n° 4, 2014, p. e91936. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0091936>
- Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2007-2014)*, préparé par l'Institut canadien de recherche sur l'usage de substances et le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2018. <https://cemusc.ca/assets/documents/reports/francais/CSUCH-Canadian-Substance-Use-Costs-Harms-Report-2007-2014-fr.pdf>
- Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2015-2017)*, préparé par l'Institut canadien de recherche sur l'usage de substances et le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2020. <https://cemusc.ca/assets/documents/reports/francais/CSUCH-Canadian-Substance-Use-Costs-Harms-Report-2015-2017-fr.pdf>
- Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2007-2020)*, préparé par l'Institut canadien de recherche sur l'usage de substances et le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2023. <https://cemusc.ca/assets/documents/reports/francais/Canadian-Substance-Use-Costs-and-Harms-Report-2007-2020-fr.pdf>
- Institut canadien d'information sur la santé. *Base de données sur les congés des patients (BDGP), 2016-2017 à T1/2024-T4/2024* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2025a.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Coût d'un séjour standard à l'hôpital* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2025b.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), 2016-2017 à T1/2024-T4/2024* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2025c.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Base de données canadienne sur les systèmes d'information de gestion (BDCS), 2016-2017 à 2023-2024* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2025d.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Base de données nationale sur les médecins (BDNM), 2006-2007 à 2019-2020* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2025e.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Statistiques éclair sur les hospitalisations, 2017-2024* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2025f.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des dépenses nationales de santé, 2017 à 2024 : tableaux de données – série G* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2025g.
- King, B., T. Pechacek et P. Mariolis. *Best practices for comprehensive tobacco control programs – 2014*, Atlanta (GA), National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2014. [https://stacks.cdc.gov/view/cdc/21697/cdc\\_21697\\_DS1.pdf](https://stacks.cdc.gov/view/cdc/21697/cdc_21697_DS1.pdf)



- Lushniak, B.D., J.M. Samet, T.F. Pechacek, L.A. Norman et P.A. Taylor. *The health consequences of smoking – 50 years of progress*, Rockville (MD), U.S. Department of Health and Human Services, 2014.  
<https://stacks.cdc.gov/view/cdc/21569>
- Organisation mondiale de la Santé. *Global status report on alcohol and health*, Genève (Suisse), chez l'auteur, 2018. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/9530de1c-1fd2-4c20-a167-ec6ba7cb00c3/content>
- Organisation mondiale de la Santé. *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*, Genève (Suisse), chez l'auteur, 2024.  
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/32b161e9-5683-40f5-a1c3-1c92a76d5cda/content>
- Rehm, J., D. Baliunas, S. Brochu, B. Fischer, W. Gnam, J. Patra, ... et B. Taylor. *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2006.
- Santé Canada. *Enquête canadienne sur le cannabis de 2023 : sommaire*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2024.  
<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/recherches-donnees/enquete-canadienne-cannabis-2023-sommaire.html>
- Sherk, A., T. Stockwell, J. Rehm, J. Dorocicz et K.D. Shield. *InterMAHP: The International Model of Alcohol Harms and Policies: A comprehensive guide to the estimation of alcohol-attributable morbidity and mortality*, Victoria (C.-B.), Canadian Institute for Substance Use Research, 2017.  
<https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/assets/docs/intermahp-guide.pdf>
- Sherk, A., T. Stockwell, J. Rehm, J. Dorocicz, K.D. Shield et S. Churchill. « The International Model of Alcohol Harms and Policies: A new model for estimating alcohol health harms with application to alcohol-attributable mortality in Canada », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 81, n° 3, 2020, p. 339–351.  
<https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.339>
- Shield, K., J. Manthey, M. Rylett, C. Probst, A. Wettlaufer, C.D. Parry et J. Rehm. « National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: A comparative risk assessment study », *The Lancet: Public Health*, vol. 5, n° 1, 2020, p. e51–e61. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30231-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30231-2)
- Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale, 2012* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2013.
- Statistique Canada. *Enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins (ESMAS)* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2023.

