

Rapports sur la santé

Facteurs de risque de décès attribuables à une toxicité aiguë liée à une substance au Canada de 2016 à 2021 : résultats de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2016

par Gisèle Carrière, Ellen Stephenson, Amanda VanSteelandt
et Rochelle Garner

Date de diffusion : le 18 février 2026



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à infostats@statcan.gc.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- | | |
|---|----------------|
| • Service de renseignements statistiques | 1-800-263-1136 |
| • Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants | 1-800-363-7629 |
| • Télécopieur | 1-514-283-9350 |

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « [Normes de service à la clientèle](#) ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Publication autorisée par la ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par la ministre de l'Industrie, 2026

L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'[entente de licence ouverte](#) de Statistique Canada.

Une [version HTML](#) est aussi disponible.

This publication is also available in English.

Facteurs de risque de décès attribuables à une toxicité aiguë liée à une substance au Canada de 2016 à 2021 : résultats de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2016

par Gisèle Carrière, Ellen Stephenson, Amanda VanSteelandt et Rochelle Garner

DOI: <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202600200002-fra>

RÉSUMÉ

Contexte

La crise de surdose au Canada touche certaines populations de façon disproportionnée. La présente étude vise à cerner les populations affichant des taux de décès attribuables à une toxicité aiguë (DTA) plus élevés (ou plus faibles) par rapport à un groupe de comparaison au moyen des données intégrées de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien.

Méthodes

Dans la présente étude prospective nationale de cohorte, les données des répondants au questionnaire détaillé du recensement ont été couplées avec celles de la Base canadienne de données de l'état civil – Décès afin de cerner les DTA survenant dans les cinq ans suivant le Recensement de 2016 (du 10 mai 2016 au 9 mai 2021). Les taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) et les ratios par rapport à un groupe de population de référence ont été compilés pour le Canada dans son ensemble, selon le sexe et selon certaines caractéristiques socioéconomiques.

Résultats

Environ 0,05 % de la population à domicile du Canada est décédée d'une intoxication aiguë pendant la période de suivi. Le TMNA national de 10,7 pour 100 000 années-personnes variait selon les groupes de population. Les TMNA les plus élevés étaient liés au niveau de scolarité le plus bas, au quintile de revenu du ménage et au chômage. Parmi les personnes occupées, les travailleurs des professions de la catégorie des métiers, du transport, de la machinerie et des domaines apparentés (19,0 pour 100 000 années-personnes) ou des professions de la catégorie de la fabrication et des services d'utilité publique (15,3 pour 100 000 années-personnes) ont enregistré les TMNA les plus élevés. Les personnes qui dépensaient de 50 % à moins de 100 % du revenu total de leur ménage pour le logement présentaient le taux de TMNA le plus élevé (27,9) par rapport aux personnes dépensant moins de 15 % du revenu total de leur ménage pour le logement. Des TMNA plus faibles ont également été observés chez les personnes racisées et les immigrants.

Conclusion

Les résultats de la présente étude concordent généralement avec ceux des études précédentes, tout en mentionnant de nouveaux renseignements sur les groupes de population désagrégés qui ont enregistré des taux de DTA plus élevés. Ces résultats peuvent soutenir des programmes d'intervention et des politiques adaptés aux populations exposées à un risque accru de DTA et permettre à l'avenir un suivi des progrès vers l'atteinte de résultats équitables.

Mots-clés

Crise de surdose; opioïdes; substances; liée à une substance; couplage d'enregistrements

AUTEURES

Gisèle Carrière et Rochelle Garner travaillent à la Division de l'analyse de la santé et de la modélisation de Statistique Canada. Ellen Stephenson travaille au Centre de données sur la santé de la population de Statistique Canada. Amanda VanSteelandt travaille à la Division des méfaits liés aux substances de l'Agence de santé publique du Canada.

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Des chiffres très élevés de décès liés à l'empoisonnement, également connus sous le nom de décès attribuables à une toxicité aiguë (DTA), se produisent chaque année au Canada, et le nombre de décès accidentels par empoisonnement aux drogues a considérablement augmenté depuis 2016; ceux-ci représentent au moins 2,3 % de tous les décès au Canada en 2023.
- Certains renseignements personnels et contextuels sur les personnes décédées d'une intoxication aiguë selon des dossiers des coroners et des médecins légistes du Canada pour 2016-2017 ont été déclarés par d'autres auparavant, comme le fait qu'au moins 24 % des personnes décédées vivaient souvent seules ou qu'au moins 20 % vivaient avec leur famille. Toutefois, les renseignements nationaux plus complets concernant les caractéristiques socioéconomiques des personnes décédées d'une intoxication aiguë au Canada restent limités.

Ce qu'apporte l'étude

- Les taux de DTA variaient significativement dans chaque caractéristique socioéconomique, des taux de mortalité normalisés selon l'âge plus faibles étant enregistrés chez les personnes ayant des niveaux de scolarité plus élevés, un revenu du ménage plus élevé, un emploi ou parmi les personnes dépensant moins de 15 % du revenu total du ménage en logement ou vivant dans un logement appartenant à quelqu'un du ménage au lieu d'une location.
- Bien que les taux de DTA soient généralement plus élevés chez les hommes que chez les femmes, dans la plupart des cas, les modèles de rapports de taux qui en résultent laissent entendre que des déterminants sociaux de la santé similaires sont liés à un risque accru de DTA pour les deux sexes.
- Des taux de DTA plus faibles ont également été observés pour la population racisée et les immigrants (particulièrement ceux qui sont arrivés dans les 10 ans ayant précédé le Recensement de 2016).

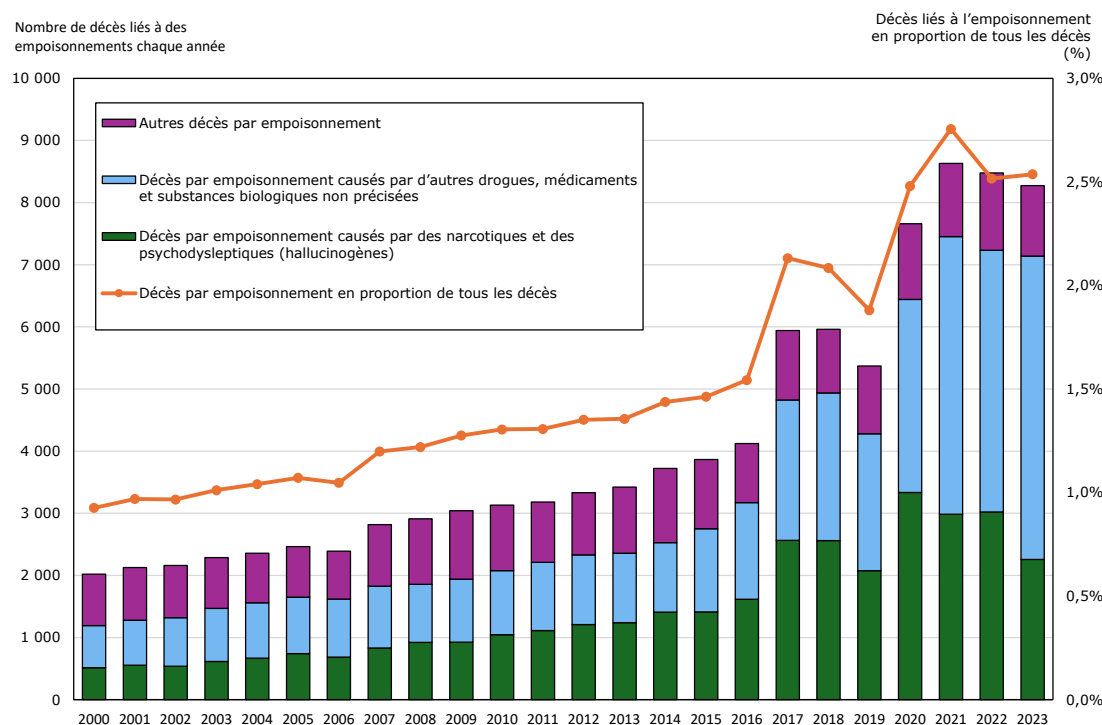
Des chiffres très élevés de décès liés à l'empoisonnement, également connus sous le nom de décès attribuables à une toxicité aiguë (DTA), se produisent chaque année au Canada, et le nombre de ces décès a augmenté au fil du temps (figure 1). Les décès attribuables à une toxicité aiguë ont augmenté rapidement en 2017; ils ont affiché une moyenne de 8 260 DTA survenant chaque année de 2020 à 2023¹. En 2023, plus du quart des DTA étaient causés par la consommation de narcotiques (comme les opioïdes) et d'hallucinogènes (27,3 %), tandis que plus de la moitié (58,9 %) étaient causés par la consommation d'autres drogues et de substances biologiques non précisées. Cette même année, les DTA ont représenté 2,5 % de tous les décès au Canada (figure 1). Par ailleurs, l'espérance de vie au Canada a diminué pendant trois années consécutives (de 2020 à 2022)², une partie de cette baisse étant attribuée à la COVID-19 et aux décès accidentels par empoisonnement aux drogues^{1,3}.

Bien que beaucoup de choses soient connues sur l'âge, le sexe et la localisation géographique des personnes décédées d'une intoxication aiguë au Canada, les renseignements au niveau national concernant les caractéristiques socioéconomiques des personnes décédées restent limités malgré des liens bien connus entre certains facteurs, comme le niveau de scolarité, le revenu et le logement, qui servent de déterminants de la santé^{4,5}. Ces renseignements sont souvent manquants ou incomplets dans les registres des statistiques de l'état civil et les données des coroners et des médecins légistes. De telles lacunes en matière de renseignements entravent le suivi des variations de la prévalence des DTA de divers groupes de population qui pourraient être touchés de manière disproportionnée^{6,7}.

Des travaux antérieurs ont porté sur les caractéristiques socioéconomiques et les circonstances fondées sur la zone des personnes décédées d'une intoxication aiguë à l'échelle nationale et infranationale^{6,7,8,9,10}. Toutefois, les mesures fondées sur la zone présentent des limites, y compris une sensibilité moindre. Par conséquent, mieux connaître les circonstances et les caractéristiques individuelles des personnes décédées d'une intoxication aiguë pourrait aider à soutenir de futures interventions visant à réduire les méfaits liés aux substances et à permettre un suivi plus complet des progrès en matière de santé de la population qui tient compte de l'équité.

Les circonstances socioéconomiques individuelles des personnes ayant fait une surdose d'opioïdes, un sous-ensemble des DTA, n'ont été examinées que pour certaines régions du Canada, comme la Colombie-Britannique^{11,12,13} ou l'Ontario^{14,15}. De tels renseignements au niveau individuel sont encore nécessaires à l'échelle nationale pour éclairer les politiques et les programmes de promotion de la santé visant à empêcher les DTA. La présente étude vise à fournir de nouveaux renseignements nationaux sur les groupes de population au Canada qui ont des taux de DTA disproportionnellement plus élevés au moyen de données couplées du recensement et de la Base canadienne de données de l'état civil – Décès (BCDECD). Des descripteurs détaillés sont fournis par la Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCan) de 2016^{16,17} pour révéler de nouvelles perspectives fiables sur les facteurs socioéconomiques qui sont liés à une incidence plus ou moins élevée des DTA.

Figure 1
Décès liés à l'empoisonnement au Canada chaque année, dénombrement par catégorie et proportion de tous les décès



Notes : Les « décès par empoisonnement causés par des narcotiques et des psychodysléptiques (hallucinogènes) » comprennent les décès comportant les codes X42, X62 et Y12 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision (CIM-10). Les « décès par empoisonnement causés par d'autres drogues, médicaments et substances biologiques non précisées » comprennent les décès comportant les codes X44, X64 et Y14 de la CIM-10. Les « autres décès par empoisonnement » comprennent tous les autres codes de la CIM-10 liés à l'empoisonnement (c'est-à-dire X40, X41, X43, X45 à X49, X60, X61, X63, X65 à X69, Y10, Y11, Y13, et Y15 à Y19).

Source : Statistique Canada. Tableau 13-10-0156-01 – Décès, selon la cause, Chapitre XX : Causes externes de morbidité et de mortalité (V01 à Y89). DOI : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310015601&request_locale=fr

La présente étude vise à élargir la portée des travaux antérieurs^{6,9,18,19} en s'appuyant sur des renseignements sur les personnes ou les ménages au lieu de données agrégées fondées sur des zones (c'est-à-dire des données « écologiques ») pour examiner les associations entre diverses caractéristiques socioéconomiques et les DTA, qui sont définis à l'aide d'une gamme plus large de substances (annexe A) par rapport à celles utilisées précédemment par d'autres. D'autres travaux de recherche sur les facteurs sociodémographiques et les déterminants sociaux associés aux décès par surdose se sont appuyés sur un éventail tout aussi large de codes de la dixième révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10)^{20,21}. L'objectif de ce projet était d'examiner et de décrire les taux de DTA au sein de la population à domicile nationale en fonction de l'âge, du sexe et des caractéristiques socioéconomiques d'une personne.

Données et méthodes

La présente étude de cohorte prospective s'est appuyée sur la CSERCan de 2016 de Statistique Canada, le couplage des données sur les répondants du questionnaire détaillé du Recensement de 2016 (c'est-à-dire 25 % de la population des

ménages privés) avec diverses sources de données administratives, y compris la BCDECD^{16,22}. Les couplages des CSERCan ont été approuvés conformément à la Directive sur le couplage de microdonnées de Statistique Canada²³. Les CSERCan ont été créés au moyen de l'Environnement de couplage des données sociales (ECDS) de Statistique Canada²⁴. L'ECDS facilite la création de fichiers de données sur la population couplés pour l'analyse sociale grâce au couplage avec le Dépôt d'enregistrements dérivés (DED), une base de données relationnelle dynamique qui ne renferme que des identificateurs personnels de base. Les données d'enquête et les données administratives sont couplées au DED à l'aide d'un logiciel de couplage d'enregistrements généralisé qui prend en charge le couplage déterministe et probabiliste. Les enregistrements sur la mortalité ont été couplés avec ceux du DED au moyen d'une approche probabiliste fondée sur le nom de famille, les prénoms, la date de naissance et les régions géographiques (province, ville et code postal). Les résultats du couplage de l'ECDS ont montré que 99,0 % des enregistrements sur la mortalité de 2016 à 2021 (la période de référence de l'étude) et 97,6 % des dossiers admissibles du Recensement de 2016 ont été couplés avec succès avec ceux du DED. L'échantillon de la CSERCan de 2016 se compose de plus de 8,4 millions d'enregistrements¹⁶.

Tableau 1

Taux de décès attribuables à une toxicité aiguë en années-personnes bruts¹ et rajustés selon l'âge², selon les caractéristiques démographiques et socioéconomiques, Canada, du 10 mai 2016 au 9 mai 2021

	Taux brut en années-personnes			Taux en années-personnes normalisés selon l'âge					
	Taux ¹ pour 100 000			Taux ² pour 100 000			Rapport de taux		
	Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %		
	taux	de	à	taux	de	à	ratio	de	à
Total au Canada									
Canada	11,0	10,5	11,4	10,7	10,3	11,2	...	...	...
Groupes d'âge									
De 0 à 19 ans	1,3	1,0	1,7	...	...	...	...	...	...
De 20 à 29 ans [†]	13,6	12,3	14,9	...	...	...	...	...	...
De 30 à 39 ans	16,5	15,1	18,0	...	...	...	...	...	...
De 40 à 49 ans	16,4	15,0	17,8	...	...	...	...	...	...
De 50 à 59 ans	16,5	15,1	17,8	...	...	...	...	...	...
De 60 à 69 ans	10,7	9,6	11,9	...	...	...	...	...	...
70 ans ou plus	5,4	4,6	6,3	...	...	...	...	...	...
Groupes de population									
Groupes racisés	4,3	3,8	4,8	4,2	3,7	4,7	0,4	0,3	0,4
Population non racisée (groupe non autochtone) [†]	11,5	10,9	12,0	11,2	10,6	11,7	...	...	...
Statut d'immigrant et catégorie d'admission à l'immigration									
Immigrants et résidents non permanents	5,4	4,8	6,0	4,6	4,0	5,1	0,4	0,3	0,4
Immigrants économiques (demandeurs principaux)	2,0	1,0	2,9	1,6	0,7	2,5	0,1	0,1	0,2
Immigrants économiques (demandeurs secondaires)	3,0	1,9	4,1	2,6	1,5	3,8	0,2	0,1	0,3
Immigrants parrainés par la famille	6,6	5,2	7,9	4,9	3,8	6,0	0,4	0,3	0,5
Réfugiés	7,2	4,9	9,6	5,9	4,0	7,8	0,5	0,3	0,6
Résidents non permanents	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Immigrants arrivés avant 1980	8,3	6,8	9,8	9,1	7,1	11,2	0,7	0,6	0,9
Autres immigrants	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Non-immigrants [†]	12,7	12,1	13,2	13,0	12,4	13,6	...	...	...
Parmi les immigrants, période d'immigration									
Arrivés dans les 10 ans précédant le recensement	2,4	1,6	3,2	2,0	1,2	2,8	0,4	0,2	0,5
Arrivés plus de 10 ans avant le recensement [†]	6,7	6,0	7,5	5,7	4,9	6,5	...	...	...
Ensemble des hommes									
Canada	14,9	14,2	15,6	14,6	13,9	15,3	...	...	...
Groupes d'âge									
De 0 à 19 ans	1,6	1,0	2,1	...	...	...	...	...	...
De 20 à 29 ans [†]	18,6	16,6	20,6	...	...	...	...	...	...
De 30 à 39 ans	24,5	22,1	26,9	...	...	...	...	...	...
De 40 à 49 ans	22,2	19,8	24,5	...	...	...	...	...	...
De 50 à 59 ans	22,1	19,9	24,2	...	...	...	...	...	...
De 60 à 69 ans	13,3	11,4	15,2	...	...	...	...	...	...
70 ans ou plus	7,5	6,1	8,9	...	...	...	...	...	...
Groupes de population									
Groupes racisés	7,1	6,1	8,0	6,9	5,9	7,9	0,5	0,4	0,5
Population non racisée (groupe non autochtone) [†]	15,6	14,8	16,5	15,3	14,5	16,1	...	...	...
Statut d'immigrant et catégorie d'admission à l'immigration									
Immigrants et résidents non permanents	8,7	7,7	9,8	7,4	6,4	8,4	0,4	0,4	0,5
Immigrants économiques (demandeurs principaux)	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Immigrants économiques (demandeurs secondaires)	5,6	3,3	8,0	4,3	2,2	6,4	0,3	0,2	0,4
Immigrants parrainés par la famille	13,2	10,3	16,1	9,9	7,7	12,2	0,6	0,5	0,7
Réfugiés	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Résidents non permanents	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Immigrants arrivés avant 1980	12,2	9,5	14,8	12,9	9,4	16,4	0,8	0,6	1,0
Autres immigrants	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Non-immigrants [†]	16,7	15,9	17,6	17,1	16,3	18,0	...	...	...
Parmi les immigrants, période d'immigration									
Arrivés dans les 10 ans précédant le recensement	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Arrivés plus de 10 ans avant le recensement [†]	x	x	x	x	x	x	...	...	...
Ensemble des femmes									
Canada	7,2	6,7	7,7	7,0	6,5	7,5	...	...	...
Groupes d'âge									
De 0 à 19 ans	1,1	0,6	1,5	...	...	...	...	...	...
De 20 à 29 ans [†]	8,4	6,9	10,0	...	...	...	...	...	...
De 30 à 39 ans	8,9	7,3	10,4	...	...	...	...	...	...
De 40 à 49 ans	10,8	9,2	12,4	...	...	...	...	...	...
De 50 à 59 ans	11,1	9,6	12,6	...	...	...	...	...	...
De 60 à 69 ans	8,3	7,0	9,7	...	...	...	...	...	...
70 ans ou plus	3,8	2,8	4,8	...	...	...	...	...	...
Groupes de population									
Groupes racisés	1,7	1,3	2,2	1,7	1,2	2,2	0,2	0,2	0,3
Population non racisée (groupe non autochtone) [†]	7,4	6,7	8,0	7,1	6,5	7,7	...	...	...
Statut d'immigrant et catégorie d'admission à l'immigration									
Immigrants et résidents non permanents	2,4	1,8	3,1	2,0	1,5	2,5	0,2	0,2	0,3
Immigrants économiques (demandeurs principaux)	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Immigrants économiques (demandeurs secondaires)	1,2	0,4	1,9	1,4	0,2	2,6	0,2	0,1	0,4
Immigrants parrainés par la famille	2,0	0,9	3,2	1,4	0,6	2,3	0,2	0,1	0,3
Réfugiés	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Résidents non permanents	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Immigrants arrivés avant 1980	4,8	3,1	6,5	5,6	3,0	8,2	0,6	0,4	1,0
Autres immigrants	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Non-immigrants [†]	8,7	8,1	9,3	8,9	8,2	9,5	...	...	...
Parmi les immigrants, période d'immigration									
Arrivés dans les 10 ans précédant le recensement	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Arrivés plus de 10 ans avant le recensement [†]	x	x	x	x	x	x	...	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer

[†] catégorie de référence

x confidentiel en vertu des dispositions de la Loi sur la statistique

1. Les chiffres des taux bruts sont fondés sur des dénominateurs non arrondis et des numérateurs arrondis à un multiple de 5.

2. Les taux de mortalité ont été normalisés en fonction de la structure par âge de la population totale (les deux sexes combinés) du Recensement de 2016.

Notes : Les données sur les décès de 2019 à 2021 sont considérées comme provisoires. Les données pour le Yukon n'étaient pas disponibles à compter du 31 décembre 2016 au moment de la présente analyse. Par conséquent, les taux peuvent être légèrement sous-estimés.**Source** : Statistique Canada, Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2016; données des répondants au questionnaire détaillé du Recensement de 2016 couplées avec celles de la Base canadienne de données de l'état civil – Décès.

Décès attribuables à une toxicité aiguë

Les décès attribuables à une toxicité aiguë (DTA) ont été déterminés en fonction des codes CIM-10 pour la cause sous-jacente du décès. Les DTA étaient définis comme ceux causés par un empoisonnement ou une exposition à des substances nocives, y compris les accidents (X40 à X49), les suicides (X60 à X69) et les événements dont l'intention n'est pas déterminée (Y10 à Y19). L'utilisation d'une définition fondée sur la cause sous-jacente du décès concorde avec d'autres rapports de Statistique Canada englobant tous les décès au Canada par causes de décès^{1,3}. D'autres travaux de recherche sur les facteurs sociodémographiques et les déterminants sociaux associés aux décès par surdose reposaient sur une gamme tout aussi large de codes CIM-10^{19,20}. Il convient de mentionner qu'étant donné que 89 % des DTA définis dans la présente étude étaient attribuables à des codes pour des drogues (X40 à X44, Y60 à Y64, Y10 à Y14; voir l'annexe A pour obtenir les fréquences des codes CIM-10), l'utilisation d'une définition de cas plus étroite axée sur les empoisonnements aux drogues aurait produit des résultats similaires.

Au moment de la présente étude, les données sur les décès dans la BCDECD pour 2019 à 2021 étaient considérées comme provisoires. De plus, les données sur les décès pour le Yukon étaient indisponibles à compter de 2017 au moment de l'analyse. Les résidents du Yukon représentaient 0,1 % de la population canadienne en 2016.

Caractéristiques individuelles

Les taux de DTA ont été examinés en fonction d'une série de caractéristiques démographiques et socioéconomiques. Des précisions de ces facteurs figurent à l'annexe B, portant essentiellement sur la démographie, l'ethnographie, le niveau de scolarité, l'emploi, la profession, le revenu du ménage, les liens selon la situation des particuliers dans le ménage et les indicateurs de logement de base.

Méthodes

Les taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) des DTA ont été compilés sur des années-personnes à risque pour 100 000 habitants au cours de la période à l'étude (du 10 mai 2016 au 9 mai 2021, inclusivement). Les années-personnes à risque ont été rajustées en fonction des décès de toute cause pendant la période à l'étude (c'est-à-dire qu'après leur date de décès, les années à risque des personnes décédées ont été retirées du dénominateur pour les calculs de taux). La structure par âge de la population nationale (les deux sexes combinés) du Recensement de la population de 2016 a été utilisée pour la normalisation selon l'âge²⁵. Des tranches d'âge de 10 ans ont permis une plus grande comparabilité des résultats publiés par d'autres utilisant des données différentes¹⁹. Les rapports de taux (RT) des TMNA sont donnés par rapport à un groupe de catégorie de référence pour chaque caractéristique. Dans la présente analyse, les TMNA comportant des intervalles

de confiance (IC) sans chevauchements sont considérés comme étant significativement différents, tout comme les RT dont les IC n'incluent pas 1.

Conformément aux lignes directrices sur la publication des CSERCan, les numérateurs dans les taux bruts ont été arrondis de manière aléatoire à un multiple de 5 : aucun arrondissement n'a été appliqué aux taux normalisés selon l'âge. Des poids d'enquête ont été utilisés pour représenter la population totale des ménages du Canada en 2016 et comprenaient des rajustements pour le non-couplage. Des poids de rééchantillonnage ont été utilisés pour rajuster l'estimation de la variance (c'est-à-dire 100 poids de rééchantillonnage, rajustement de Fay de 2). Les taux étaient supprimés si les comptes pondérés sous-jacents (non nuls) représentaient moins de 10 personnes pour protéger la confidentialité et la vie privée des répondants et pour assurer la qualité si le coefficient de variation du rapport dépassait 0,35. Toutes les analyses présentées ont été effectuées à l'aide du système Sudaan exécutable par SAS et de la version 8.3 de SAS Enterprise Guide.

Résultats

Environ 0,05 % de la population totale des ménages du Canada est décédée d'une intoxication aiguë dans les cinq ans suivant le Recensement de 2016. Le TMNA national de DTA était de 10,7 pour 100 000 années-personnes. Celui des hommes était de 14,6 pour 100 000 années-personnes et celui des femmes, de 7,0 pour 100 000 années-personnes (tableau 1).

Les taux bruts propres à l'âge de DTA nationaux étaient les plus élevés chez les personnes âgées de 30 à 59 ans, variant de 16,4 à 16,5 pour 100 000 années-personnes, et ils diminuaient généralement avec l'âge par la suite (tableau 1). À l'âge de 30 à 39 ans, le taux brut des hommes était presque trois fois plus élevé (RT = 2,8) que celui des femmes : pour tous les autres groupes d'âge (20 ans ou plus), le taux brut des hommes était environ deux fois plus élevé que le taux correspondant des femmes.

Groupes de population racisée

Le TMNA parmi les personnes racisées (tableau 1) était significativement plus faible que chez les personnes non racisées et non autochtones (RT = 0,4). Ce modèle s'est maintenu tant chez les hommes (RT = 0,5) que chez les femmes (RT = 0,2).

État de la migration, catégorie d'admission et période d'arrivée

Dans l'ensemble, le TMNA était plus faible parmi les immigrants ou les résidents non permanents en tant que groupe (RT = 0,4) que parmi les non-immigrants. Le TMNA des immigrants et des résidents non permanents représentait la moitié (RT = 0,4) de celui des non-immigrants. Les immigrantes et les résidentes non permanentes présentaient un

TMNA significativement plus faible (RT = 0,2) que celui des non immigrants.

La désagrégation selon la catégorie d'admission des immigrants a montré que les taux de toutes les catégories d'admission

étaient significativement inférieurs à ceux enregistrés chez les non-immigrants. Les renseignements pour classer les immigrants qui sont arrivés au Canada avant 1980 par catégories d'admission ne sont pas disponibles. Par conséquent, les immigrants arrivés avant 1980 sont dans une catégorie

Tableau 2

Taux de décès attribuables à une toxicité aiguë en années-personnes bruts¹ et rajustés selon l'âge², selon le revenu, le niveau de scolarité et les caractéristiques d'emploi, Canada, du 10 mai 2016 au 9 mai 2021

	Taux brut de personne-années			Taux de personnes-années normalisé selon l'âge					
	Taux ³ pour 100 000			Taux ³ pour 100 000			Rapport de taux		
	Intervalle de confiance			Intervalle de confiance			Intervalle de confiance		
	de 95 %			de 95 %			de 95 %		
	taux	de	à	taux	de	à	ratio	de	à
Ensemble du Canada									
Canada	11,0	10,5	11,4	10,7	10,3	11,2	...	...	...
Quintile de revenu : revenu rajusté de toutes les personnes du ménage après impôts									
Quintile 1 (inférieur)	23,7	22,5	24,8	26,1	24,4	27,9	2,4	2,1	2,6
2 [†]	10,5	9,9	11,2	11,1	10,1	12,1	...	...	...
3	8,1	7,5	8,6	8,0	7,2	8,8	0,7	0,6	0,8
4	7,0	6,5	7,6	6,6	5,9	7,4	0,6	0,5	0,7
Quintile 5 (supérieur)	6,2	5,6	6,7	5,6	4,9	6,4	0,5	0,4	0,6
Niveau de scolarité : plus haut certificat, diplôme ou grade									
Aucun certificat, diplôme ou grade	22,6	20,9	24,3	31,3	28,8	33,8	3,4	3,0	3,9
Diplôme d'études secondaires ou attestation d'équivalence	15,3	14,2	16,3	15,5	14,3	16,6	1,7	1,5	1,9
Certificat ou diplôme d'apprenti ou d'une école de métiers	17,3	15,5	19,0	15,9	14,2	17,5	1,7	1,5	2,0
Certificat ou diplôme d'un collège, d'un cégep ou d'un autre établissement non universitaire [†]	10,4	9,4	11,3	9,2	8,3	10,1	...	...	...
Certificat ou diplôme inférieur au baccalauréat	9,4	7,1	11,7	8,6	6,4	10,7	0,9	0,7	1,2
Certificat ou diplôme équivalent ou supérieur au baccalauréat	4,4	3,8	5,0	4,1	3,5	4,6	0,5	0,4	0,5
Âgé de moins de 15 ans ³	0,7	0,5	1,0	1,1	0,7	1,5	0,1	0,1	0,2
Situation d'activité sur le marché du travail									
Employé [†]	8,5	7,9	9,1	7,6	7,0	8,2	...	...	...
Chômeur	27,6	24,0	31,2	24,3	21,0	27,7	3,2	2,7	3,7
Personne inactive	19,2	18,1	20,4	31,5	29,3	33,6	4,1	3,7	4,6
Groupes professionnels de la Classification nationale des professions de 2016									
Professions de la gestion	5,7	4,5	7,0	5,1	3,8	6,3	0,5	0,4	0,6
Professions dans les affaires, la finance et l'administration	5,5	4,5	6,5	5,2	4,0	6,3	0,5	0,4	0,6
Sciences naturelles et appliquées et domaines apparentés	5,2	3,7	6,6	4,0	2,9	5,1	0,4	0,3	0,5
Professions de la santé	6,6	4,6	8,6	9,1	1,0	17,2	0,9	0,4	2,1
Professions en enseignement, droit et services sociaux, communautaires et gouvernementaux	4,6	3,6	5,5	5,0	3,2	6,9	0,5	0,3	0,7
Professions dans les domaines des arts, de la culture, des sports et des loisirs	4,9	3,1	6,7	4,7	2,9	6,5	0,5	0,3	0,7
Professions en ventes et services [†]	11,2	10,0	12,4	10,4	9,1	11,6	...	...	...
Professions des métiers, des transports, de la machinerie et des domaines apparentés	21,8	19,7	23,9	19,0	16,9	21,2	1,8	1,6	2,1
Ressources naturelles, agriculture et production connexe	16,7	12,4	21,1	15,6	11,3	19,8	1,5	1,1	2,0
Fabrication et services d'utilité publique	15,8	12,5	19,1	15,3	11,3	19,2	1,5	1,1	2,0
Ensemble des hommes									
Canada	14,9	14,4	15,4	14,6	13,9	15,3	...	...	...
Quintile de revenu : revenu rajusté de toutes les personnes du ménage après impôts									
Quintile 1 (inférieur)	30,5	28,7	32,2	33,7	31,0	36,4	2,1	1,8	2,4
2 [†]	15,2	14,0	16,3	16,1	14,4	17,8	...	...	...
3	11,6	10,6	12,6	11,6	10,1	13,0	0,7	0,6	0,9
4	10,5	9,6	11,5	9,9	8,7	11,1	0,6	0,5	0,7
Quintile 5 (supérieur)	8,6	7,7	9,5	7,8	6,6	9,0	0,5	0,4	0,6
Niveau de scolarité : plus haut certificat, diplôme ou grade									
Aucun certificat, diplôme ou grade	30,1	27,5	32,6	38,6	35,2	42,1	3,2	2,7	3,7
Diplôme d'études secondaires ou attestation d'équivalence	21,7	20,0	23,5	21,0	19,3	22,8	1,7	1,5	2,0
Certificat ou diplôme d'apprenti ou d'une école de métiers	19,8	17,5	22,2	18,3	16,1	20,5	1,5	1,3	1,8
Certificat ou diplôme d'un collège, d'un cégep ou d'un autre établissement non universitaire [†]	13,8	12,0	15,5	12,2	10,6	13,8	...	...	...
Certificat ou diplôme inférieur au baccalauréat	13,3	9,0	17,7	11,6	7,7	15,6	1,0	0,7	1,4
Certificat ou diplôme équivalent ou supérieur au baccalauréat	5,7	4,7	6,7	5,1	4,2	6,1	0,4	0,3	0,5
Âgé de moins de 15 ans ³	0,8	0,4	1,2	1,3	0,6	1,9	0,1	0,1	0,2
Situation d'activité sur le marché du travail									
Employé [†]	12,3	11,4	13,3	11,0	10,0	11,9	...	...	...
Chômeur	36,8	31,3	42,4	32,8	27,6	38,1	3,0	2,5	3,6
Personne inactive	26,5	24,6	28,4	50,9	46,5	55,4	4,6	4,1	5,2
Groupes professionnels de la Classification nationale des professions de 2016									
Professions de la gestion	7,3	5,4	9,1	6,9	4,9	8,9	0,4	0,3	0,6
Professions dans les affaires, les finances et l'administration	8,7	6,4	11,0	7,6	5,5	9,7	0,5	0,4	0,7
Sciences naturelles et appliquées et professions connexes	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Professions de la santé	9,7	4,9	14,5	9,2	4,0	14,3	0,6	0,3	1,0
Professions en enseignement, droit et services sociaux, communautaires et gouvernementaux	6,4	4,4	8,5	5,5	3,5	7,5	0,3	0,2	0,5
Professions dans les domaines des arts, de la culture, des sports et des loisirs	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Professions en ventes et services [†]	16,7	14,5	18,9	16,0	13,7	18,3	...	...	...
Professions des métiers, des transports, de la machinerie et des domaines connexes	22,3	20,0	24,5	19,5	17,2	21,8	1,2	1,0	1,5
Ressources naturelles, agriculture et production connexe	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Fabrication et services d'utilité publique	19,4	15,2	23,6	18,6	13,6	23,6	1,2	0,9	1,6

... n'ayant pas lieu de figurer

[†] catégorie de référence

x confidentiel en vertu des dispositions de la Loi sur la statistique

1. Les chiffres des taux bruts sont fondés sur des dénominateurs non arrondis et des numérateurs arrondis à un multiple de 5.

2. Les taux de mortalité ont été normalisés en fonction de la structure par âge de la population totale (les deux sexes combinés) du Recensement de 2016.

3. Pour les répondants âgés de 15 ans et plus, le niveau de scolarité a été classé dans l'une des catégories présentées. Sinon, la personne était classée comme étant « âgée de moins de 15 ans ».

Notes : Les données sur les décès de 2019 à 2021 sont considérées comme provisoires. Les données pour le Yukon n'étaient pas disponibles à compter du 31 décembre 2016 au moment de la présente analyse. Par conséquent, les taux peuvent être légèrement sous-estimés.

Sources : Statistique Canada, Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCAN) de 2016; données des répondants au questionnaire détaillé du Recensement de 2016 couplées avec celles de la Base canadienne de données de l'état civil – Décès (BCDECD).

Tableau 2

Taux de décès attribuables à une toxicité aiguë en années-personnes bruts¹ et rajustés selon l'âge², selon le revenu, le niveau de scolarité et les caractéristiques d'emploi, Canada, du 10 mai 2016 au 9 mai 2021 (suite)

	Taux brut de personne-années			Taux de personnes-années normalisé selon l'âge					
	Taux ³ pour 100 000			Taux ³ pour 100 000			Rapport de taux		
	Intervalle de confiance de 95 %			confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %		
	taux	de	à	taux	de	à	ratio	de	à
Ensemble des femmes									
Canada	7,2	6,7	7,7	7,0	6,5	7,5	...	...	...
Quintile de revenu : Revenu rajusté de toutes les personnes du ménage après impôts									
Quintile 1 (inférieur)	17,8	16,5	19,1	19,7	17,7	21,7	3,0	2,5	3,7
2 ¹	6,2	5,5	6,9	6,5	5,4	7,5	...	...	...
3	4,6	4,0	5,2	4,6	3,8	5,4	0,7	0,6	0,9
4	3,5	3,0	4,0	3,3	2,6	4,0	0,5	0,4	0,7
Quintile 5 (supérieur)	3,6	3,1	4,2	3,4	2,7	4,1	0,5	0,4	0,7
Niveau de scolarité : plus haut certificat, diplôme ou grade									
Aucun certificat, diplôme ou grade	14,8	12,9	16,7	22,2	19,0	25,3	3,1	2,6	3,8
Diplôme d'études secondaires ou attestation d'équivalence	9,2	8,0	10,3	9,6	8,2	11,0	1,4	1,1	1,7
Certificat ou diplôme d'apprenti ou d'une école de métiers	11,8	9,2	14,5	10,7	8,3	13,2	1,5	1,2	2,0
Certificat ou diplôme d'un collège, d'un cégep ou d'un autre établissement non universitaire ¹	7,9	6,7	9,1	7,1	6,0	8,1	...	...	...
Certificat ou diplôme inférieur au baccalauréat	6,8	4,2	9,4	6,4	3,9	8,9	0,9	0,6	1,4
Certificat ou diplôme équivalent ou supérieur au baccalauréat	3,3	2,6	4,0	3,2	2,5	3,9	0,5	0,4	0,6
Âgé de moins de 15 ans ³	0,6	0,3	1,0	0,9	0,4	1,4	0,1	0,1	0,2
Situation d'activité sur le marché du travail									
Employé ¹	4,3	3,8	4,9	3,9	3,3	4,6	...	...	...
Chômeur	15,8	12,2	19,4	14,2	10,7	17,7	3,6	2,7	4,9
Personne inactive	13,9	12,6	15,1	20,9	19,0	22,9	5,4	4,5	6,4
Groupes professionnels de la Classification nationale des professions de 2016									
Professions de la gestion	3,1	1,8	4,4	2,4	1,3	3,4	0,4	0,3	0,6
Professions dans les affaires, les finances et l'administration	4,1	3,2	5,1	4,2	2,8	5,7	0,7	0,5	1,0
Sciences naturelles et appliquées et professions connexes	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Professions de la santé	5,8	3,8	7,8	9,1	0,0	19,5	1,5	0,5	4,7
Professions en enseignement, droit et services sociaux, communautaires et gouvernementaux	3,7	2,6	4,8	4,7	2,2	7,2	0,8	0,4	1,3
Professions dans les domaines des arts, de la culture, des sports et des loisirs	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Professions en ventes et services ¹	7,1	5,9	8,4	6,1	5,0	7,2	...	...	...
Professions des métiers, des transports, de la machinerie et des domaines connexes	15,0	7,7	22,2	12,3	6,4	18,2	2,0	1,2	3,4
Ressources naturelles, agriculture et production connexe	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Fabrication et services d'utilité publique	7,3	3,5	11,1	6,3	2,9	9,6	1,0	0,6	1,8

... n'ayant pas lieu de figurer

¹ catégorie de référence

x confidentiel en vertu des dispositions de la Loi sur la statistique

1. Les chiffres des taux bruts sont fondés sur des dénominateurs non arrondis et des numérateurs arrondis à un multiple de 5.

2. Les taux de mortalité ont été normalisés en fonction de la structure par âge de la population totale (les deux sexes combinés) du Recensement de 2016.

3. Pour les répondants âgés de 15 ans et plus, le niveau de scolarité a été classé dans l'une des catégories présentées. Sinon, la personne était classée comme étant « âgée de moins de 15 ans ».

Notes : Les données sur les décès de 2019 à 2021 sont considérées comme provisoires. Les données pour le Yukon n'étaient pas disponibles à compter du 31 décembre 2016 au moment de la présente analyse. Par conséquent, les taux peuvent être légèrement sous-estimés.

Sources : Statistique Canada, Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCan) de 2016; données des répondants au questionnaire détaillé du Recensement de 2016 couplées avec celles de la Base canadienne de données de l'état civil – Décès (BCDECD).

distincte. Le TMNA des immigrants qui sont arrivés avant 1980 était légèrement supérieur à celui des immigrants et des résidents non permanents dans l'ensemble, mais inférieur au taux observé parmi les non-immigrants (RT = 0,7). Le TMNA des personnes admises au Canada en tant que réfugiés correspondait à la moitié de celui des non-immigrants (RT = 0,5). Notamment, les réfugiés ont enregistré des TMNA plus élevés que les immigrants principaux ou secondaires dont l'admission au Canada a été accordée selon les critères d'un programme économique. Les personnes arrivées par parrainage familial présentaient également des taux élevés par rapport aux autres immigrants, mais, encore une fois, dans l'ensemble, les TMNA des immigrants et des résidents non permanents étaient toujours significativement inférieurs pour toutes les catégories d'admission par rapport à ceux des non-immigrants. En raison du faible nombre d'événements, les taux de DTA propres au sexe des réfugiés et des immigrants économiques (demandeurs principaux) ont été supprimés pour protéger la confidentialité et garantir la fiabilité des estimations déclarées, tout comme les taux globaux des résidents non permanents et des « autres immigrants » (p. ex. ceux « non classés ailleurs » parmi les immigrants).

Les taux de DTA variaient également selon la période d'immigration. Les immigrants qui sont arrivés au Canada plus

récemment, c'est-à-dire dans les 10 ans précédant le Recensement de 2016, avaient un TMNA plus faible (RT = 0,4) comparativement aux immigrants qui se sont établis au Canada plus de 10 ans avant le Recensement de 2016.

Quintile du revenu total du ménage après impôts

Lorsqu'on examine le niveau de revenu du ménage après impôts, on constate une différence presque cinq fois plus importante dans les TMNA des DTA entre ceux de la tranche inférieure de 20 % de la répartition des revenus (c'est-à-dire le premier quintile; 26,1) et les personnes des ménages faisant partie de la tranche supérieure de 20 % (5,6; tableau 2). Comparativement aux personnes des ménages appartenant au deuxième quintile de revenu, le TMNA était plus de deux fois plus élevé (RT = 2,4) parmi les personnes des ménages du quintile inférieur (tableau 2). Les TMNA ont diminué avec l'augmentation des revenus.

Niveau de scolarité : plus haut certificat, diplôme ou grade

À l'échelle nationale, le TMNA était 3,4 fois plus élevé chez les personnes sans diplôme d'études secondaires et près de deux fois plus élevé (RT = 1,7) pour celles ayant un diplôme d'études secondaires (collège) ou l'équivalent ou un certificat ou un diplôme d'apprentissage ou de métier, par rapport aux

personnes possédant un certificat ou un diplôme d'un collège, d'un CÉGEP ou d'un autre certificat ou diplôme non universitaire (tableau 2). L'obtention d'une attestation ou d'un diplôme universitaire supérieur au niveau du baccalauréat était associée à des TMNA plus faibles (RT = 0,5) selon la même comparaison.

Emploi

Comparativement aux personnes qui étaient occupées pendant la semaine précédant le recensement, le TMNA était significativement plus élevé chez les personnes âgées de 15 ans ou plus inactives, c'est-à-dire les personnes qui n'étaient ni occupées ni au chômage (tableau 2; RT = 4,1) et chez les chômeurs (RT = 3,2). Le taux plus élevé parmi les personnes inactives a été observé chez les hommes (RT = 4,6) et chez les femmes (RT = 5,4).

Groupe professionnel

Parmi les personnes occupées, les TMNA ont été examinées par secteur professionnel (tableau 2). Les personnes travaillant dans des professions de la vente et des services avaient un TMNA qui s'approchait du taux national (TMNA = 10,4) et ont été sélectionnées comme groupes de référence pour faciliter les comparaisons entre les secteurs professionnels. Comparativement à ceux travaillant dans les professions de la vente et des services, les TMNA étaient une fois et demie à près de deux fois plus élevées pour les personnes travaillant dans les professions de la catégorie des métiers, du transport, de la machinerie et des domaines apparentés (RT = 1,8), dans les professions de la catégorie des ressources naturelles, de l'agriculture et de la production connexe (RT = 1,5) ou dans les professions de la catégorie de la fabrication et des services d'utilité publique (RT = 1,5). En revanche, les TMNA étaient plus faibles pour les personnes occupées dans tous les autres secteurs professionnels déclarés, sauf les professions de la santé (RT = 0,9; IC de 0,4 à 2,1).

Situation des particuliers

La situation des particuliers dans le ménage décrit avec qui, le cas échéant, la personne vit (annexe B). Comparativement aux personnes vivant avec un conjoint (marié ou en union de fait), le TMNA a été réduit de moitié pour les enfants non adultes (c'est-à-dire âgés de moins de 20 ans) vivant dans un ménage en couple (RT = 0,5), tandis que le TMNA était plus élevé que le groupe de référence pour les enfants (non adultes) vivant dans un ménage monoparental (RT = 1,4) ou dans un autre type de ménage (RT = 1,6). Les TMNA étaient significativement plus élevés pour la plupart des autres catégories relatives à la situation des particuliers dans le ménage par rapport au groupe de référence (tableau 3). Les taux étaient environ cinq fois plus élevés chez les enfants adultes (c'est-à-dire âgés de 20 ans ou plus) vivant dans un ménage monoparental (RT = 5,7) ou un ménage formé d'un couple (RT = 5,2), chez les personnes

vivant seules (RT = 4,7) et les personnes vivant avec d'autres (non apparentées), comme des colocataires (RT=4,7).

Mode d'occupation

La propriété du logement était fortement liée à des TMNA plus faibles. Les personnes qui ont loué leur logement ont enregistré un TMNA trois fois plus élevé (RT = 3,1; tableau 3) que celui des personnes vivant dans un logement privé appartenant à quelqu'un du ménage. Le TMNA parmi les locataires était presque trois fois plus élevé chez les hommes (RT = 2,7) et quatre fois plus élevé chez les femmes (RT = 4,3) par rapport aux taux des propriétaires (tableau 3).

Taille convenable du logement

À l'échelle nationale, les personnes vivant dans des logements de qualité inappropriée ont enregistré un TMNA similaire à celui des personnes vivant dans des logements de qualité appropriée : les taux n'étaient pas significativement différents (RT = 1,1; IC de 1,0 à 1,3). C'était également le cas pour les taux de logements de taille convenable pour chaque sexe.

Abordabilité du logement

À l'échelle nationale, les TMNA ont montré un gradient positif prononcé avec l'abordabilité du logement (c'est-à-dire la proportion du revenu total consacrée au logement). Comparativement au TMNA parmi ceux qui dépensaient moins de 15 % du revenu total de leur ménage pour le logement, les TMNA étaient significativement élevés à mesure que l'abordabilité diminuait (c'est-à-dire que le logement représentait une plus grande proportion du revenu du ménage). Par exemple (tableau 3), le TMNA des DTA était plus élevé (RT = 1,3) parmi les personnes dont les frais de logement représentaient de 15 % à moins de 30 % de leur revenu total. Il était également plus élevé pour les personnes dont les frais de logement représentaient de 30 % à moins de 50 % de leur revenu total (RT = 2,4) et pour les personnes dont les frais de logement représentaient de 50 % à moins de 100 % du revenu total de leur ménage (RT = 3,8). Quant à ceux dont les frais de logement étaient égaux ou supérieurs au revenu total de leur ménage, le TMNA était inférieur (un taux de 20,3) à celui de la catégorie précédente d'abordabilité du logement, mais était tout de même presque trois fois plus élevé (RT = 2,8) que chez les personnes dont les frais de logement étaient inférieurs à 15 % du revenu total de leur ménage.

Discussion

La présente étude fournit de nouveaux renseignements nationaux sur les facteurs démographiques, ethnographiques et socioéconomiques liés aux DTA au Canada entre 2016 et 2021. Fondés sur des renseignements au niveau de la personne et du ménage, les résultats de l'étude décrivent plus complètement les personnes décédées d'une toxicité aiguë liée aux drogues et font ressortir le fait que certains groupes de population ont été touchés

de manière disproportionnée. L'étude a révélé que les taux de DTA variaient selon presque tous les facteurs examinés, qui représentaient les domaines de la démographie, des

Tableau 3

Taux de décès attribuables à une toxicité aiguë en années-personnes bruts¹ et rajustés selon l'âge², selon les caractéristiques du logement, Canada, du 10 mai 2016 au 9 mai 2021

	Taux brut en années-personnes			Taux en années-personnes normalisé selon l'âge					
	Taux ³ pour 100 000			Taux ³ pour 100 000			Rapport de taux		
	Intervalle de confiance de			Intervalle de confiance			Intervalle de confiance		
	taux	de	à	taux	de	à	ratio	de	à
Total au Canada									
Canada	11,0	10,5	11,4	10,7	10,3	11,2	...	...	...
Situation des particuliers dans le ménage									
Conjoint marié ou conjoint de fait (avec ou sans enfants) [†]	6,4	5,9	6,8	6,6	6,0	7,2	...	...	...
Parent dans un ménage monoparental	19,2	16,6	21,9	19,3	16,2	22,5	2,9	2,4	3,5
Enfant adulte dans un ménage composé d'un couple	18,7	16,4	21,0	34,6	22,6	46,5	5,2	3,7	7,5
Enfant adulte dans un ménage monoparental	35,3	30,8	39,8	37,4	30,7	44,1	5,7	4,7	6,9
Personne vivant seule	27,6	25,4	29,7	31,3	28,7	33,8	4,7	4,2	5,4
Personne vivant avec d'autres	26,6	23,5	29,7	30,7	27,0	34,3	4,7	4,0	5,4
Enfant non adulte d'un couple	1,7	1,3	2,1	3,5	2,6	4,5	0,5	0,4	0,7
Enfant non adulte dans un ménage monoparental	5,8	4,2	7,4	9,3	6,6	12,1	1,4	1,0	1,9
Enfant non adulte ayant une autre situation des particuliers dans le ménage	15,0	7,8	22,1	10,3	5,4	15,3	1,6	1,0	2,5
Mode d'occupation du logement									
Possédé par un membre du ménage [†]	7,0	6,6	7,5	7,0	6,6	7,4	...	...	...
Loué	21,3	20,0	22,5	21,7	20,4	23,1	3,1	2,8	3,4
Taille convenable du logement									
Convenable [†]	10,9	10,4	11,4	10,6	10,1	11,1	...	...	...
Non convenable	12,0	10,3	13,6	12,0	10,1	13,9	1,1	1,0	1,3
Classification du rapport des frais de logement au revenu par groupes									
Moins de 15 % [†]	7,4	6,9	7,9	7,3	6,8	7,8	...	...	...
De 15 % à moins de 30 %	9,6	8,9	10,3	9,6	8,8	10,3	1,3	1,2	1,5
De 30 % à moins de 50 %	16,6	14,9	18,4	17,2	15,3	19,0	2,4	2,1	2,7
De 50 % à moins de 100 %	27,9	24,4	31,4	27,9	24,4	31,5	3,8	3,3	4,4
100 % ou plus	22,5	19,0	25,9	20,3	17,2	23,4	2,8	2,4	3,3
Ensemble des hommes									
Canada	14,9	14,2	15,6	14,6	13,9	15,3	...	...	...
Situation des particuliers dans le ménage									
Conjoint marié ou conjoint de fait (avec ou sans enfants) [†]	8,5	7,8	9,3	9,4	8,3	10,6	...	...	...
Parent dans un ménage monoparental	30,3	23,7	36,8	30,1	22,1	38,2	3,2	2,4	4,3
Enfant adulte dans un ménage composé d'un couple	26,0	22,6	29,4	47,8	27,6	67,9	5,1	3,3	7,8
Enfant adulte dans un ménage monoparental	49,8	42,8	56,8	53,2	43,1	63,3	5,7	4,5	7,1
Personne vivant seule	39,8	35,9	43,6	39,8	35,8	43,8	4,2	3,6	4,9
Personne vivant avec d'autres	35,5	30,5	40,6	39,1	33,4	44,9	4,2	3,5	5,0
Enfant non adulte d'un couple	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Enfant non adulte dans un ménage monoparental	7,7	5,0	10,3	12,5	7,8	17,1	1,3	0,9	2,0
Enfant non adulte ayant une autre situation des particuliers dans le ménage	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Mode d'occupation du logement									
Possédé par un membre du ménage [†]	10,2	9,5	10,9	10,3	9,5	11,0	...	...	...
Loué	27,5	25,6	29,3	27,7	25,7	29,8	2,7	2,4	3,0
Taille convenable du logement									
Convenable [†]	14,8	14,0	15,6	14,5	13,7	15,2	...	...	...
Non convenable	15,5	12,7	18,3	15,9	12,7	19,0	1,1	0,9	1,4
Classification du rapport des frais de logement au revenu par groupes									
Moins de 15 % [†]	10,4	9,6	11,3	10,4	9,5	11,2	...	...	...
De 15 % à moins de 30 %	13,5	12,4	14,6	13,5	12,4	14,6	1,3	1,2	1,5
De 30 % à moins de 50 %	22,1	19,5	24,8	22,9	20,1	25,7	2,2	1,9	2,6
De 50 % à moins de 100 %	36,3	30,8	41,9	36,3	30,7	41,9	3,5	2,9	4,2
100 % ou plus	28,8	22,1	35,6	25,9	19,8	32,0	2,5	2,0	3,2
Ensemble des femmes									
Canada	7,2	6,7	7,7	7,0	6,5	7,5	...	...	...
Situation des particuliers dans le ménage									
Conjoint marié ou conjoint de fait (avec ou sans enfants) [†]	4,2	3,7	4,7	4,2	3,6	4,8	...	...	...
Parent dans un ménage monoparental	16,3	13,5	19,1	16,8	13,6	20,1	4,0	3,2	5,1
Enfant adulte dans un ménage composé d'un couple	8,8	6,2	11,3	14,3	7,0	21,6	3,4	2,0	5,7
Enfant adulte dans un ménage monoparental	14,5	10,0	18,9	12,6	7,9	17,3	3,0	2,0	4,5
Personne vivant seule	17,2	14,8	19,6	21,9	18,6	25,1	5,2	4,3	6,4
Personne vivant avec d'autres	17,3	14,0	20,5	21,4	16,9	25,8	5,1	4,0	6,5
Enfant non adulte d'un couple	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Enfant non adulte dans un ménage monoparental	3,8	2,1	5,5	5,8	2,9	8,8	1,4	0,8	2,3
Enfant non adulte ayant une autre situation des particuliers dans le ménage	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Mode d'occupation du logement									
Possédé par un membre du ménage [†]	3,9	3,5	4,3	3,8	3,4	4,2	...	...	...
Loué	15,5	14,1	16,9	16,2	14,6	17,7	4,3	3,7	4,9
Taille convenable du logement									
Convenable [†]	7,0	6,5	7,6	6,8	6,3	7,3	...	...	...
Non convenable	8,6	6,8	10,5	8,5	6,5	10,5	1,3	1,0	1,6
Classification du rapport des frais de logement au revenu par groupes									
Moins de 15 % [†]	4,3	3,8	4,9	4,1	3,6	4,6	...	...	...
De 15 % à moins de 30 %	5,8	5,1	6,5	5,9	5,1	6,6	1,4	1,2	1,7
De 30 % à moins de 50 %	11,9	9,9	13,9	12,2	10,2	14,3	3,0	2,4	3,7
De 50 % à moins de 100 %	20,6	17,4	23,9	20,9	17,5	24,2	5,1	4,2	6,2
100 % ou plus	15,9	11,6	20,2	14,8	10,8	18,9	3,6	2,7	4,9

... n'ayant pas lieu de figurer

[†] catégorie de référence

x confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*

1. Les chiffres des taux bruts sont fondés sur des dénominateurs non arrondis et des numérateurs arrondis à un multiple de 5.

2. Les taux de mortalité ont été normalisés en fonction de la structure par âge de la population totale (les deux sexes combinés) du Recensement de 2016.

Notes : Les données sur les décès de 2019 à 2021 sont considérées comme provisoires. Les données pour le Yukon n'étaient pas disponibles à compter du 31 décembre 2016 au moment de la présente analyse.

Par conséquent, les taux peuvent être légèrement sous-estimés.

Source : Statistique Canada, Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2016; données des répondants au questionnaire détaillé du Recensement de 2016 couplées avec celles de la Base canadienne de données de l'état civil – Décès.

ménages, du logement, de l'emploi, du revenu et de l'éducation. À l'échelle nationale, les caractéristiques suivantes mesurées pendant le Recensement de 2016 ont été établies comme étant des facteurs de risque pour le DTA :

- Être un homme;
- Être âgé de 30 à 59 ans (inclusivement);
- Ne pas avoir terminé des études secondaires (c'est-à-dire aucun certificat, diplôme ou grade);
- Être au chômage ou ne pas faire partie de la population active;
- Travailler dans les professions de la catégorie des métiers, du transport, de la machinerie et des domaines apparentés, dans les professions de la catégorie des ressources naturelles, de l'agriculture ou de la production connexe ou dans les professions de la catégorie de la fabrication et des services d'utilité publique, si la personne a un emploi;
- Avoir un revenu total du ménage dans le quintile de revenu inférieur;
- Être dans un groupe de population non racisé;
- Être un non-immigrant;
- Avoir immigré au Canada plus de 10 ans avant le recensement, parmi les immigrants;
- Être un enfant adulte (âgé de 20 ans ou plus) vivant dans un ménage monoparental ou un ménage formé d'un couple, un adulte vivant seul, ou un adulte vivant avec d'autres (non apparentés) (p. ex. avec des colocataires);
- Consacrer 15 % ou plus de l'ensemble du revenu d'un ménage au logement;
- Ne pas posséder sa maison.

Les nouveaux résultats nationaux de la présente étude ressemblent aux modèles d'associations entre les facteurs socioéconomiques et les DTA déclarés par d'autres précédemment au moyen de différentes méthodes et sources de données^{11,12,14}, y compris des résultats nationaux fondés sur des données provenant de coroners et de médecins légistes¹⁹. Toutefois, il existe des différences notables entre l'étude de l'Agence de la santé publique du Canada de 2022¹⁹ et les résultats présentés ici qui peuvent être attribuables à des différences dans la conception de l'étude, c'est-à-dire que l'examen des dossiers a révélé des pourcentages rétrospectifs de personnes décédées d'une intoxication aiguë, tandis que la présente étude a une conception prospective sur l'ensemble de la population.

Les nouveaux résultats de la présente étude aident à combler d'autres lacunes de longue date dans les renseignements concernant les taux de DTA selon le statut d'immigration et de la période d'immigration des personnes. Les résultats

concordent avec « l'effet de l'immigrant en bonne santé »²⁶, qui postule qu'à leur arrivée, les immigrants ont un meilleur état de santé que les personnes nées au Canada. D'autres travaux ont montré que cet effet diminue généralement à mesure que le temps depuis l'immigration augmente, de sorte qu'au fil du temps, la santé des immigrants a tendance à converger vers celle de la population née au Canada^{27,28,29}. Les modèles présentés dans la présente étude cadrent avec l'effet de l'immigrant en bonne santé et son déclin, en ce sens que les immigrants avaient des taux de DTA significativement plus faibles par rapport aux non-immigrants, en particulier parmi les immigrants récents (c'est-à-dire ceux arrivés au cours des 10 années ayant précédé le Recensement de 2016). On a déclaré précédemment que les nouveaux immigrants au Canada ont un profil socioéconomique différent de celui de leurs pairs nés au Canada, en partie en raison de la politique d'immigration³⁰. Un point fort de la présente étude est que les DTA ont pu être déclarés selon la catégorie d'admission des immigrants et le sexe. L'étude actuelle a montré des TMNA plus faibles chez les immigrants dans toutes les catégories d'admission par rapport aux non-immigrants (tableau 1). D'autres ont toutefois mentionné que la relation entre la catégorie d'admission des immigrants et la santé peut varier en fonction du pays d'origine des migrants²⁶. De plus, les associations entre des facteurs de protection possibles, comme un niveau plus élevé de scolarité, d'emploi et de revenu, peuvent fonctionner différemment pour les immigrants que pour les personnes nées au Canada³¹. Ces points justifient une analyse supplémentaire des DTA comportant une désagrégation et des analyses intersectionnelles des facteurs corrélés.

Selon la présente étude, les personnes des populations racisées ont enregistré des TMNA significativement plus faibles par rapport à la population non autochtone et non racisée. Ces résultats concordent avec ceux d'autres études qui ont révélé des taux plus élevés de surdoses mortelles chez les personnes blanches par rapport aux communautés racisées des États-Unis^{32,33,34,35}. Toutefois, des examens récents^{36,37} et historiques³⁷ ont montré que le taux de décès par surdose liés aux opioïdes aux États-Unis a été plus élevé parmi les groupes racisés, comme les groupes de population autochtones et noires, comparativement aux groupes non racisés. De plus, les données de surveillance pour l'Ontario laissent entendre des taux plus élevés pour les personnes racisées à faible revenu^{38,39}. Par conséquent, de plus amples travaux sont nécessaires pour mieux désagréger l'hétérogénéité possible des taux de DTA de différents groupes raciaux.

Plusieurs études américaines et d'autres au Canada ont révélé des associations entre la vulnérabilité en matière de logement et les décès par surdose^{40,41,42,43}. Dans la présente étude, les personnes ayant présenté une plus grande vulnérabilité en matière de logement avaient des TMNA élevés comparativement à celles ayant consacré une moins grande part de leur revenu au logement. Ces résultats peuvent constituer une autre raison d'aborder le logement inabordable (c'est-à-dire 30 % ou plus du revenu total du ménage consacré aux frais de

logement), ce qui pourrait orienter les responsables de l'élaboration de politiques de logement vers des populations particulières ayant un risque accru de DTA. Toutefois, il convient de mentionner que la présente étude ne comprenait que les personnes vivant dans un logement. Les personnes vivant dans des établissements institutionnels ou celles qui étaient sans-abri au moment du recensement ont été exclues. Les travaux menés par d'autres ont montré que ces populations exclues sont disproportionnellement plus touchées par les DTA au Canada⁴³.

Dans la présente étude, certaines situations des particuliers ont montré des tendances relatives aux DTA qui concordent avec des risques et des facteurs de protection⁴⁴ déjà reconnus. Les adultes vivant avec un conjoint ou un partenaire en union libre présentaient un risque plus faible de DTA, tandis que les adultes ayant d'autres situations (p. ex. ceux vivant seuls, vivant avec des proches ou avec des colocataires) étaient exposés à un risque élevé. Les répercussions de la solitude et de la marginalisation sociale sur la santé et le bien-être, y compris chez les personnes qui consomment des substances⁴⁵, ont montré que le fait d'avoir moins de contacts sociaux est lié à de moins bons résultats en matière de santé⁴⁶, y compris la mortalité^{47,48}. De plus, certaines situations des particuliers offrent moins de possibilités à d'autres d'intervenir pendant un événement de surdose. Les mécanismes qui sous-tendent les situations des particuliers, les connexions sociales et les surdoses représentent une lacune actuelle en matière de recherche³².

Les résultats de l'étude correspondent à ceux de travaux de recherche antérieurs portant sur des secteurs de compétence précis qui se sont appuyés sur d'autres renseignements intégrés au niveau individuel provenant de sources autres que le recensement pour examiner les liens entre les décès liés aux opioïdes et certaines caractéristiques, comme le revenu et le secteur d'emploi^{11,12,14}. La présente étude a été conçue pour examiner chaque facteur de risque socioéconomique et démographique individuellement (tout en tenant compte des différences d'âge et de sexe). Toutefois, bon nombre de ces facteurs de risque sont corrélés entre eux. De futurs travaux pourraient viser à évaluer l'effet combiné de ces multiples facteurs de risque dans un modèle unique afin de déterminer les principaux facteurs du risque de DTA. De tels travaux pourraient également adopter une approche intersectionnelle pour mieux comprendre l'interaction entre plusieurs facteurs de risque ou de protection, par exemple pour distinguer les intersections entre le fait d'être un immigrant, l'année d'arrivée et l'emploi, ou dans les sous-populations racisées en relation avec des taux de DTA plus faibles. De plus, plusieurs CSERCan pourraient être utilisées pour évaluer les tendances des DTA parmi les groupes de sous-populations, afin de déterminer si les disparités se sont élargies ou se sont atténuées au fil du temps. Cela pourrait être particulièrement important à mesure que la démographie de la population canadienne évolue au fil du temps⁴⁹.

Certaines autres limites peuvent influencer sur la généralisabilité des résultats présentés et doivent être reconnues. En premier lieu, les données sur les décès pour les années 2019 à 2021, qui étaient liées à la CSERCan de 2016 dans la présente étude, sont considérées comme provisoires. Ainsi, certains DTA peuvent ne pas avoir été inclus, car la cause du décès était encore en cours d'enquête par un coroner ou un médecin légiste. De plus, la période de suivi n'a pas été rajustée pour tenir compte des personnes vivant au Yukon, bien que les données sur les décès n'étaient pas disponibles dans la BCDECD à partir de 2017 au moment de l'analyse. Cela signifie que les taux de mortalité mentionnés dans la présente étude sont sous-estimés par rapport à ceux des rapports à venir comportant des données plus complètes sur les décès. En deuxième lieu, seule la population des ménages privés reçoit le questionnaire détaillé du recensement. La population institutionnalisée (p. ex. les personnes incarcérées), les personnes vivant dans des logements collectifs (p. ex. les établissements de soins de longue durée ou les établissements de soins résidentiels) et les personnes non recensées (p. ex. les personnes sans-abri) n'ont pas été incluses dans la cohorte à l'étude. Par conséquent, il est recommandé de faire preuve de prudence avant de généraliser les résultats à l'ensemble de la population du Canada. De plus, à part le vieillissement de la cohorte et le rajustement du temps de risque de décès au cours des périodes d'étude de cinq ans, aucun autre rajustement n'a été effectué pour tenir compte des changements dans la composition de la population canadienne ou des facteurs de risque individuels, comme les variations des proportions d'immigrants reçus ou de l'emploi d'une personne au fil du temps. Par conséquent, la généralisation de ces résultats à des années autres que celles comprises dans la présente étude devrait être faite avec prudence. Enfin, des renseignements sur des types précis de substances jouant un rôle dans les décès déclarés ou sur la cause de décès pourraient être fournis dans de futurs travaux reposant sur ces données, mais ils n'ont pas été inclus dans le présent rapport.

Interprétation

La prévalence des DTA significativement plus élevée pour certains groupes de la population décrite dans la présente étude laisse entendre que le fait d'avoir des caractéristiques précises fait en sorte qu'une personne soit exposée un risque accru de DTA pendant la période de référence de l'étude. La variation des DTA présentée dans l'étude peut servir de fondement à de futurs modèles intersectionnels qui pourraient permettre d'éclaircir les mécanismes sous-jacents aux associations présentées afin de mieux éclairer les stratégies précises visant à réduire les DTA. À l'avenir, ces nouveaux renseignements nationaux qui sont fondés sur des sources de données préexistantes couplées pourraient être utilisés pour apporter un nouvel éclairage sur la nature des différences dans les taux de DTA chez les groupes de population et au fil du temps.

Annexe A

Répartition du total des cas de décès attribuables à une toxicité aiguë¹ présentés au sein de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2016 au cours des cinq années suivant la date du dénombrement du Recensement de 2016, du 10 mai 2016 au 9 mai 2021, selon la cause sous-jacente du décès

Cause sous-jacente du décès fondée sur les codes de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision ² .		Total (les deux sexes)				Hommes				Femmes			
Causes de décès ³ par empoisonnement et exposition aux substances suivantes :		CIM-10				Estimation ¹				Estimation ¹			
						Estimation ¹	%	LIIC	LSIC	Estimation ¹	%	LIIC	LSIC
Analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux non opiacés	X40, X60, Y10					280	1,5	1,3	1,7	110	0,9	0,7	1,1
Antiépileptiques, sédatifs-hypnotiques, antiparkinsoniens, médicaments psychotropes, non classés ailleurs	X41, X61, Y11					1 590	8,5	8,1	8,9	860	6,9	6,5	7,4
Narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes], non classés ailleurs	X42, X62, Y12					7 340	39,4	38,7	40,1	5 375	43,3	42,4	44,2
Autres drogues, médicaments et substances biologiques non précisés	X44, X64, Y14					7 365	39,6	38,9	40,3	4 520	36,4	35,6	37,3
Alcool	X45, X65, Y15					855	4,6	4,3	4,9	590	4,8	4,4	5,1
Monoxyde de carbone et autres gaz et vapeurs	X47, X67, Y17					1 015	5,5	5,1	5,8	830	6,7	6,2	7,1
Autres regroupements ⁴	X43, X63, Y13, X46, X66, Y16, X48, X68, Y18, X49, X69, Y19					165	0,9	0,8	1,0	115	0,9	0,8	1,1
										45	0,7	0,5	0,9

1. Les estimations (dénombrements, proportions) sont fondées sur des valeurs pondérées, arrondies aléatoirement à un multiple de 5.

2. Organisation mondiale de la Santé (OMS), Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision (CIM-10), Version de CIM-10 : 2019. (<https://icd.who.int/browse10/2019/en>)

3. Toutes les causes de décès (accidentelles; intentionnelles; indéterminées) combinées.

4. La catégorie « Autres regroupements » comprend ce qui suit : autres drogues agissant sur le système nerveux autonome (X43, X63, Y13), solvants organiques et hydrocarbures halogénés et leurs vapeurs (X46, X66, Y16), pesticides (X48, X68, Y18) et autres produits chimiques et substances nocives non précisés (X49, X69, Y19).

Notes : LIIC = limite inférieure de l'intervalle de confiance; LSIC = limite supérieure de l'intervalle de confiance; CV = coefficient de variation. Les données sur les décès de 2019 à 2021 sont considérées comme provisoires. Les données pour le Yukon n'étaient pas disponibles après le 31 décembre 2016. Par conséquent, les estimations sont légèrement sous-estimées.

Sources : Statistique Canada, Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2016; données des répondants au questionnaire détaillé du Recensement de 2016 couplées à celles de la Base canadienne de données de l'état civil – Décès.

Article de recherche

Facteurs de risque de décès attribuables à une toxicité aiguë liée à une substance au Canada de 2016 à 2021 : résultats de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2016

Annexe B

Examen des covariables fournies par le questionnaire détaillé du Recensement de 2016

Tableau ou annexe	Catégories
Tableau 1	
Sexe	Masculin; féminin
Groupes d'âge	De 0 à 19 ans; de 20 à 29 ans; de 30 à 39 ans; de 40 à 49 ans; de 50 à 59 ans; de 60 à 69 ans; 70 ans et plus.
Groupes de population	Un groupe de population renvoie à un ou plusieurs groupes de population dont une personne fait partie. Ce sont les groupes utilisés dans les questionnaires qui servent à recueillir des données sur la population des minorités visibles aux fins de la <i>Loi sur l'équité en matière d'emploi</i> . Dans le cadre de celle-ci, les minorités visibles sont définies comme « les personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche ». On ne pose pas de questions concernant le groupe de population aux personnes qui déclarent être Autochtones dans le recensement. Par conséquent, les personnes qui déclarent être Autochtones sont exclues de cette covariable. Aux fins de la présente étude, les groupes de population racisée comprennent les réponses « Sud-Asiatique », « Chinois », « Noir », « Philippin », « Latino-Américain », « Arabe », « Asiatique du Sud-Est », « Asiatique occidental », « Coréen », « Japonais », « minorités visibles non incluses ailleurs » et « identités visuelles multiples ». Le groupe de population non racisé comprend la réponse « Blanc ».
Statut d'immigrant	Aux fins de la présente étude, deux catégories de groupes de population ont été utilisées : les groupes racisés; la population non racisée. Les groupes racisés comprennent les personnes qui ont déclaré appartenir aux groupes des catégories suivantes : Sud-Asiatique, Chinois, « Noirs », « Philippines », « Latino-Américains », « Arabes », « Asiatiques du Sud-Est », « Asiatique occidentale », « Coréen », « Japonais », « minorités visibles non incluses ailleurs » et « identités visuelles multiples ». La population non racisée comprend ceux qui ont déclaré être « Blancs ». Le statut d'immigrant indique si la personne est un non-immigrant, un immigrant ou un résident non permanent. Les immigrants comprennent les personnes qui sont, ou qui ont déjà été, immigrants reçus ou résidents permanents. Ces personnes ont obtenu le droit de vivre au Canada de façon permanente par les services d'immigration. Les immigrants qui ont obtenu la citoyenneté canadienne par naturalisation sont inclus dans cette catégorie. Dans le Recensement de la population de 2016, les immigrants comprennent ceux qui sont arrivés au Canada le 10 mai 2016 ou avant.
Parmi les immigrants, catégorie d'admission à l'immigration	La catégorie d'admission désigne le nom du programme d'immigration ou du groupe de programmes en vertu duquel un immigrant a obtenu, pour la première fois, le droit de vivre au Canada en permanence par les autorités de l'immigration. Les six catégories d'admission et types de demandeurs suivants concernent les immigrants qui sont arrivés au Canada entre le 1 ^{er} janvier 1980 et le 10 mai 2016 : immigrants économiques (principaux demandeurs); immigrants économiques (demandeurs secondaires); immigrants parraïnés par la famille; réfugiés; résidents non permanents et autres immigrants, par exemple, les immigrants qui peuvent ne pas être admissibles à un programme, mais qui ont obtenu, par voie d'exception, le statut de résident permanent pour des considérations d'ordre humanitaire ou des motifs d'intérêt public. Les immigrants qui sont arrivés au Canada avant 1980 étaient classés comme « immigrants arrivés avant 1980 ».
Parmi les immigrants, période d'immigration	La période d'immigration désigne la période pendant laquelle l'immigrant a obtenu pour la première fois son statut d'immigrant reçu ou de résident permanent. Elle est dérivée de « l'année d'immigration », qui renvoie à l'année à laquelle l'immigrant a obtenu son statut d'immigrant reçu ou de résident permanent pour la première fois. Ce facteur s'applique uniquement aux immigrants (c'est-à-dire qu'il exclut les résidents non permanents). Les immigrants qui sont arrivés avant 1980 se trouvent dans la catégorie « immigrés il y a plus de 10 ans ».
Tableau 2	
Quintile du revenu total du ménage	Ce quintile reposait sur le revenu total après impôts rajusté de toutes les personnes dans le ménage. Fondé sur les renseignements fournis par les répondants, le revenu total renvoie à la somme de certains revenus (en espèces et, dans certaines circonstances, en nature) du ménage pendant une période de référence précisée. Le revenu total après impôts rajusté du ménage tient compte du nombre de personnes dans le ménage. Aux fins de la présente étude, le calcul des seuils de quintile retenus repose sur la répartition du revenu total après impôts rajusté en fonction du nombre de personnes du ménage de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2016. Aux fins de la présente étude, le quintile 1 renvoie au quintile le plus bas, et le quintile 5 renvoie au quintile le plus élevé.
Niveau de scolarité : plus haut certificat, diplôme ou grade	Le certificat, le diplôme ou le grade le plus élevé est la classification utilisée dans le recensement pour mesurer le concept plus large du niveau de scolarité. Cette variable renvoie au niveau de scolarité le plus élevé que le répondant a réussi à obtenir et est dérivée des questions sur les titres scolaires, dans lesquelles on demandait de déclarer tous les certificats, diplômes et grades. Pour les répondants âgés de 15 ans et plus, le niveau de scolarité a été classé dans l'une des catégories suivantes : aucun certificat, diplôme ou grade; diplôme d'études secondaires (collège) ou équivalent; certificat ou diplôme d'apprentissage ou de métier; certificat ou diplôme d'un collège, d'un cégep ou autre certificat ou diplôme non universitaire; certificat ou diplôme universitaire inférieur au baccalauréat; certificat ou diplôme universitaire équivalent ou supérieur au baccalauréat. Sinon, la personne était classée comme étant « âgée de moins de 15 ans ».
Statut de la population active (parmi les personnes âgées de 15 ans et plus)	Le statut de la population active renvoie à la situation d'une personne : personnes occupées, au chômage ou inactives (c'est-à-dire disponible et à la recherche d'un emploi) pendant la période de référence. Le dénombrement anticipé a été réalisé dans des régions éloignées et isolées des provinces et territoires en février, mars et avril 2016. Lorsque le dénombrement a eu lieu avant mai 2016, la date de référence utilisée est la date à laquelle le ménage a fait l'objet du dénombrement. Ce concept (statut de la population active) s'applique uniquement aux personnes âgées de 15 ans et plus. La présente étude fait état des résultats pour ces trois catégories : personnes occupées, personnes au chômage et personnes inactives. Les personnes occupées comprennent celles a) qui effectuaient un travail quelconque dans le cadre d'un emploi ou dans une entreprise, c'est-à-dire tout travail rémunéré accompli pour un employeur ou à son propre compte pendant la semaine du dimanche 1 ^{er} mai au samedi 7 mai 2016; b) qui effectuaient un travail familial, lequel est défini comme un travail non rémunéré qui contribue directement à l'exploitation d'une ferme, d'une entreprise ou d'un cabinet de professionnels appartenant à un membre apparenté du même ménage et exploité par ce dernier; ou c) qui avaient un emploi, mais n'étaient pas au travail en raison de facteurs, tels qu'une maladie ou une incapacité, des obligations personnelles ou familiales, des vacances ou un conflit de travail. La catégorie c) exclut les personnes mises à pied ou entre deux emplois occasionnels et celles qui n'avaient pas d'emploi à ce moment-là (même si elles avaient un emploi devant commencer à une date ultérieure). Les personnes au chômage comprenaient celles qui, pendant la semaine du dimanche 1 ^{er} mai au samedi 7 mai 2016, étaient sans emploi rémunéré ou sans travail autonome et étaient disponibles pour travailler et qui a) avaient activement cherché un emploi rémunéré au cours des quatre dernières semaines, b) étaient temporairement mis à pied et s'attendaient à retourner à leur emploi ou c) avaient conclu une entente définitive pour commencer un nouvel emploi dans quatre semaines ou moins. Les personnes inactives comprennent les personnes qui, pendant la semaine du dimanche 1 ^{er} mai au samedi 7 mai 2016, n'étaient ni employées ni au chômage.
Groupe professionnel (parmi les employés), selon la Classification nationale des professions de 2016	La catégorie professionnelle est fondée sur la Classification nationale des professions de 2016. Le terme « profession » désigne le genre de travail exécuté dans le cadre d'un emploi, un emploi englobant toutes les tâches effectuées par un travailleur particulier pour remplir ses fonctions. Une profession est un ensemble d'emplois qui sont suffisamment similaires en ce qui a trait au travail réalisé. Parmi les répondants qui ont déclaré qu'ils étaient employés, les personnes étaient classées selon l'une des 10 catégories professionnelles mutuellement exclusives : professions de la gestion; professions d'affaires, de finances et d'administration; sciences naturelles et appliquées et les professions connexes; professions de la santé; professions en enseignement, droit et services sociaux, services communautaires et gouvernementaux; professions dans les arts, la culture, les loisirs et les sports; professions en ventes et services; métiers, transports et exploitants d'équipement et professions connexes; ressources naturelles, agriculture ou professions de production connexes; professions de fabrication et de services publics.
Tableau 3	
Situation des particuliers dans le ménage	La situation des particuliers dans le ménage indique si la personne vit avec une personne ou d'autres personnes et, le cas échéant, si elles s'apparentent à cette ou ces personnes. Les catégories utilisées dans la présente étude comprennent le conjoint marié ou le partenaire en union libre (avec ou sans enfants), le parent dans un ménage monoparental, l'enfant adulte (âgé de 20 ans ou plus) dans un ménage composé d'un couple, l'enfant non adulte (de moins de 20 ans) dans un ménage composé d'un couple, l'enfant adulte dans un ménage monoparental, l'enfant non adulte (de moins de 20 ans) dans un ménage monoparental, la personne vivant seule, la personne vivant avec d'autres, ou l'enfant non adulte (de moins de 20 ans) ayant un autre mode de vie.
Mode d'occupation du logement	Le mode d'occupation indique si le ménage possède ou loue son logement privé. Le logement privé peut être situé sur un terrain loué ou pris à bail, ou faire partie d'une copropriété. Un ménage est considéré comme propriétaire de son logement si un membre du ménage possède le logement, même s'il n'est pas entièrement payé, par exemple, s'il y a une hypothèque ou une autre revendication. Un ménage est considéré comme louant son logement si aucun membre du ménage ne possède le logement. Pour des raisons historiques et légales, l'occupation des logements dans les réserves indiennes ou les établissements indiens ne se prête pas à la classification habituelle du mode d'occupation. Par conséquent, une catégorie spéciale, le logement de bande, a été créée à des fins de recensement. Pour cette étude, les résultats sont déclarés pour ces deux catégories mutuellement exclusives : possédé par un membre du ménage ou loué.
Taille convenable du logement	La taille convenable du logement indique si un ménage privé vit dans des locaux de taille convenable selon la Norme nationale d'occupation (NNO), c'est-à-dire si le logement comporte suffisamment de chambres à coucher pour la taille et la composition du ménage. Un ménage est considéré comme vivant dans des locaux de taille convenable si le logement compte suffisamment de chambres à coucher, comme le prescrit la NNO. La taille convenable du logement et la NNO sur laquelle elle est fondée ont été élaborées par la Société canadienne d'hypothèques et de logement grâce à des consultations avec les organismes provinciaux de logement. Pour la présente étude, le logement des répondants a été jugé soit convenable, soit non convenable.
Classification du rapport des frais de logement au revenu par groupes	Le rapport des frais de logement au revenu désigne la proportion du revenu total moyen d'un ménage qui est consacrée aux frais de logement. En 1986, la Société canadienne d'hypothèques et de logement et les provinces ont convenu de mesurer l'abordabilité du logement en fonction du fait que le ménage consacrait 30 % ou plus de son revenu mensuel total moyen aux frais de logement. La présente étude s'est appuyée sur la structure de classification normalisée de Statistique Canada suivante pour représenter la proportion du revenu total moyen de leur ménage que les personnes consacraient aux frais de logement dans l'une de ces catégories : moins de 15 %, de 15 % à moins de 30 %, de 30 % à moins de 50 %, de 50 % à moins de 100 %, ou 100 % ou plus.

Source : Statistique Canada. Dictionnaire, Recensement de la population, 2016. Index complet de A à Z. 2016. (<https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/ref/dict/az1-fra.cfm>)

Références

1. Statistique Canada. Tableau 13-10-0156-01 – Décès, selon la cause, Chapitre XX : Causes externes de morbidité et de mortalité (V01 à Y89). DOI : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310015601&request_locale=fr
2. Statistique Canada. La santé de la population canadienne. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-570-x/82-570-x2023001-fra.htm> (2023).
3. Statistique Canada. Outil de visualisation des décès 2023 – *Visualisation des données* : 71-607-X. Visualisation de la mortalité au Canada : taux et effectifs par groupe d'âge pour certaines causes de décès
4. Marmot, M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005. DOI : 10.1016/S0140-6736(05)71146-6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15781105/>
5. Jalali, M. S., Botticelli, M., Hwang, R. C. et coll. The opioid crisis: a contextual, social-ecological framework. *Health Res Policy Syst.* 2020. DOI : 10.1186/s12961-020-00596-8.
6. Baddeliyanage, R., Enns, A., VanSteelandt, A. et coll. Substance-related acute toxicity deaths by area-based characteristics: A descriptive analysis of a national chart review study of Coroner and Medical Examiner data. *Int J Ment Health Addict.* 2024. DOI : 10.1007/s11469-024-01259-3.
7. Alsabbagh, M.W., Cooke, M., Elliott, S.J. et coll. Remédier à la crise des opioïdes au Canada : une analyse longitudinale de la corrélation entre le statut socioéconomique et les taux de décès, d'hospitalisations et de visites à l'urgence liés aux opioïdes dans la population (2000-2017). *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, 2022. DOI : 10.24095/hpcdp.42.6.01.
8. Gomes, T., Ledlie, S., Tadrous, M. et coll. Trends in opioid toxicity-related deaths in the US before and after the start of the COVID-19 pandemic, 2011–2021. *JAMA Netw Open* 2023. DOI : 10.1001/jamanetworkopen.2023.22303.
9. Howard-Azzeh, M., Wasfi, R., Kakkar, T. et coll. Spatiotemporal epidemiology of substance-related accidental acute toxicity deaths in Canada from 2016 to 2017. *BMC Public Health* 2024. DOI : 10.1186/s12889-024-18883-2.
10. Ha, J. H., Burt, J., Randell, S. et coll. Décès accidentels liés à une intoxication aiguë due à une substance chez les aînés en 2016 et en 2017 : une étude nationale d'examen des dossiers. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, 2024. DOI : 10.24095/hpcdp.44.3.03.
11. Carrière, G., Sanmartin, C. et Garner, R. Comprendre le profil socioéconomique des personnes qui ont fait une surdose d'opioïdes en Colombie-Britannique, 2014 à 2016. *Rapport sur la santé*, 2021. DOI : 10.25318/82-003-x202100200003-fra.
12. Schellenberg, G., Zhang, Y. et Schimmele, C. Emploi et prestations d'aide sociale chez les personnes décédées d'une surdose en Colombie-Britannique. *Aperçus économiques*, Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-626-x/11-626-x2019004-fra.htm> (2019).
13. Otterstatter, M.C., Amlani, A., Guan, T.H. et coll. Illicit drug overdose deaths resulting from income assistance payments: Analysis of the “check effect” using daily mortality data. *Int J Drug Policy*, 2016. DOI : 10.1016/j.drugpo.2016.05.010. Accessible à l'adresse : Illicit drug overdose deaths resulting from income assistance payments: Analysis of the ‘check effect’ using daily mortality data – ScienceDirect
14. Statistique Canada. Tableau 13-10-0856-01 – Caractéristiques du revenu des personnes ayant fait une surdose à Simcoe Muskoka de 2018 à 2019, selon le sexe et le type de surdose. 2022. Caractéristiques du revenu des personnes ayant fait une surdose à Simcoe Muskoka de 2018 à 2019, selon le sexe et le type de surdose.
15. Gomes, T., Murray, R., Kolla, G. et coll. Changing circumstances surrounding opioid-related deaths in Ontario during the COVID-19 pandemic. Toronto (Ontario) : Ontario Drug Policy Research Network. Mai 2021. Changing Circumstances Surrounding Opioid-Related Deaths in Ontario during the COVID-19 Pandemic – ODPRN [Internet]. 2021 [cité le 24 juin 2025].
16. Statistique Canada. Cohortes santé et environnement du recensement canadien (CSERCCan). Cohortes santé et environnement du recensement canadien (CSERCCan).
17. Statistique Canada. Recensement de 2016. Annexe 1.5 – Information provenant du Recensement de la population de 2016 ([statcan.gc.ca](https://www150.statcan.gc.ca)).
18. Campbell, T. J., Kitchen, S. A., Tadrous, M. et coll. Varying circumstances surrounding opioid toxicity deaths across ethno-racial groups in Ontario, Canada: a population-based descriptive cross-sectional study. *BMJ Public Health* 2024. DOI : 10.1136/bmjph-2023-000480.
19. Agence de la santé publique du Canada. Décès attribuables à une toxicité aiguë liée à une substance au Canada de 2016 à 2017 : Examen des dossiers des coroners et des médecins légistes. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada. Décembre 2022. Décès attribuables à une toxicité aiguë liée à une substance au Canada de 2016 à 2017 – Canada.ca.
20. Barocas, J. A., Wang, J., Marshall, B. D. L. et coll. Sociodemographic factors and social determinants associated with toxicology confirmed polysubstance opioid-related deaths. *Drug Alcohol Depend* 2019. DOI : 10.1016/j.drugalcdep.2019.03.014.
21. Calcaterra, S. et Binswanger, I. A. Psychostimulant-Related Deaths as Reported by a Large National Database. *J. Subst. Abuse* 2013. DOI : 10.1080/08897077.2012.726959.
22. Statistique Canada. Enquêtes et programmes statistiques – Statistique Canada, Base canadienne de données de l'état civil – Décès (BCDECD).
23. Statistique Canada. Directive sur le couplage de microdonnées. Directive sur le couplage de microdonnées ([statcan.gc.ca](https://www150.statcan.gc.ca)).
24. Statistique Canada. Environnement de couplage de données sociales (ECDS). <https://www150.statcan.gc.ca/fr/ecds/index>

25. Statistique Canada i. Statistique Canada. 2017. Canada [Pays] et Canada [Pays] (tableau). Profil de recensement. Recensement de 2016. Produit n° 98-316-X2016001 au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. Publié le 29 novembre 2017.
26. DesMeules, M., Gold, J., McDermott, S. et coll. Disparities in mortality patterns among Canadian immigrants and refugees, 1980–1998: results of a national cohort study. *J Immigr Minor Health* 2005. DOI : 10.1007/s10903-005-5118-y.
27. Ng, E.; Quinlan, J., Giovino, G. et coll. Taux d'hospitalisation en soins de courte durée, toutes causes confondues, au sein de la population immigrante et celle née au Canada : une étude de couplage. *Rapports sur la santé*, 2021. DOI : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2021009/article/00001-fra.htm>
28. Lu, C. et Ng, E. Effet de l'immigrant en bonne santé par catégorie d'immigrants au Canada. *Rapports sur la santé*, 2019. DOI : 10.25318/82-003-x201900400001-fra.
29. Ng, E. Effet de l'immigrant en santé et taux de mortalité. *Rapports sur la santé*, 2011. 22(4) : 25-29. [Internet]. 2011 [cité le 24 juin 2025]. Accessible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2011004/article/11588-fra.htm>
30. Picot, G., Hou, F., Xu, L. et coll. Facteurs de sélection des immigrants et gains des demandeurs principaux de la catégorie économique. *Rapports économiques et sociaux*. Statistique Canada. 2022. DOI : 10.25318/36280001202200600001-fra.
31. Frenette, M. et Morrisette, R. Convergeront-ils un jour? Les gains des travailleurs immigrants et de ceux nés au Canada au cours des deux dernières décennies. *Direction des études analytiques : documents de recherche*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/11f0019m/11f0019m2003215-fra.pdf?st=IENaEIMv> (2003).
32. Altekruse, S. F., Cosgrove, C. M., Altekruse, W. C. et coll. Socioeconomic risk factors for fatal opioid overdoses in the United States: Findings from the mortality disparities in American communities study (MDAC). *PLoS One* 2020. DOI : 10.1371/journal.pone.0227966.
33. Cerdá, M., Krawczyk, N., Hamilton, L. et coll. A critical review of the social and behavioral Contributions to the overdose epidemic. *Annu Rev Public Health* 2021. DOI : 10.1146/annurev-publhealth-090419-102727.
34. Lippold, K. et Ali, B. Racial/ethnic differences in opioid-involved overdose deaths across metropolitan and non-metropolitan areas in the United States, 1999–2017. *Drug Alcohol Depend* 2020. DOI : 10.1016/j.drugalcdep.2020.108059.
35. Smith, M. K., Planalp, C., Bennis, S. L. et coll. Widening racial disparities in the U.S. overdose epidemic. *Am J Prev Med* 2025. DOI : 10.1016/j.amepre.2024.12.020.
36. Cadet, K., Smith, B. D. et Martins, S. S. Intersectional racial and sex disparities in unintentional overdose mortality. *JAMA Netw Open* 2025. DOI : 10.1001/jamanetworkopen.2025.2728.
37. Lippold, K. M., Jones, C. M., Olsen, E. O. et Giroir, B. P. Racial/Ethnic and Age Group Differences in Opioid and Synthetic Opioid-Involved Overdose Deaths Among Adults Aged ≥18 Years in Metropolitan Areas — United States, 2015–2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2019;68:967–973. DOI : 10.15585/mmwr.mm6843a3.
38. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Synthèse : Understanding factors associated with fatal and non-fatal drug overdoses. Avril 2025. [Internet]. Toronto (Ontario) : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2025. ISBN : 978-1-4868-8913-6
39. van Draanen, J., Tsang, C., Mitra, S., Karamouzian, M. et coll. Socioeconomic marginalization and opioid-related overdose: A systematic review. *Drug Alcohol Depend* 2020. DOI : 10.1016/j.drugalcdep.2020.108127.
40. Prescott, S. How Stable Housing Supports Recovery from Substance Use Disorders. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Baltimore (Maryland), États-Unis. [Internet]. 2024 [cité le 24 juin 2025]. Accessible à l'adresse : <https://opioidprinciples.jhsph.edu/how-stable-housing-supports-recovery-from-substance-use-disorders/#:~:text=This%20makes%20up%20approximately%2016.5,dugs%20but%20are%20not%20homeless>
41. Bradford, A. C. et Bradford, W. D. The effect of evictions on accidental drug and alcohol mortality. *Health Serv Res* 2019. DOI : 10.1111/1475-6773.13256.
42. Venugopal, J., VanStelandt, A., Yessick, L. et coll. La douleur chronique et les décès par intoxication aiguë accidentelle au Canada, 2016–2017. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, 2024. DOI : 10.24095/hpcdp.44.7/8.02.
43. VanStelandt, A., Abele, B., Ahmad, R. et coll. Statut résidentiel et décès accidentels attribuables à une intoxication aiguë liée à une substance au Canada, 2016–2017. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, 2024. DOI : 10.24095/hpcdp.44.7/8.03.
44. Ingram, I., Kelly, P. J., Deane, F. P. et coll. Loneliness among people with substance use problems: A narrative systematic review. *Drug Alcohol Rev* 2020. DOI : 10.1111/dar.13064.
45. Ingram, I., Kelly, P. J., Deane, F. P. et coll. Perceptions of loneliness among people accessing treatment for substance use disorders. *Drug Alcohol Rev* 2020. DOI : 10.1111/dar.13120.
46. Shankar, A., McMunn, A., Banks, J. et coll. Loneliness, social isolation, and behavioral and biological health indicators in older adults. *Health Psychol* 2011. DOI : 10.1037/a0022826.
47. Loverock, A., Benny, C., Smith, B. T. et coll. Income inequality and deaths of despair risk in Canada, identifying possible mechanisms. *Soc Sci Med*. 2024. DOI : 10.1016/j.socscimed.2024.116623.
48. Olsson, M., Cosgrove, C. M., Wall, M. M. et coll. Fatal drug overdose risks of health care workers in the United States: A population-based cohort study. *Ann Intern Med*. 2023. DOI : 10.7326/M23-0902.
49. Statistique Canada. Coup d'œil sur le Canada 2023. Population. Produit n° 12-581-X au catalogue. Population – Coup d'œil sur le Canada 2023