



Écart santé-productivité

Un levier de croissance inexploité du Canada

Le système universel de soins de santé du Canada est l'une de nos plus grandes réalisations collectives et l'un de nos investissements publics les plus importants.

Il reflète une conviction profonde : chacun devrait avoir la possibilité de vivre en bonne santé, et le fait de prendre soin les uns des autres est au cœur de notre identité nationale. Lorsque ce système s'essouffle ou ne répond plus aux besoins de la population, les répercussions sont à la fois personnelles et considérables.

Toutefois, la valeur de la santé dépasse largement ses retombées sociales. Lorsque les gens sont en bonne santé, ils peuvent travailler, innover et contribuer à la croissance économique. Lorsqu'ils ne le sont pas, ce potentiel demeure inexploité et la productivité du Canada en souffre. Tous les leviers traditionnels de productivité, qu'il s'agisse de l'innovation, de la technologie ou des investissements étrangers, perdent de leur efficacité lorsque la main-d'œuvre appelée à les soutenir n'est pas en assez bonne santé pour y contribuer pleinement.

Le cadre de l'écart santé-productivité de Deloitte (Health Productivity Gap ou HPG) montre comment l'amélioration du système de santé canadien peut stimuler la productivité du pays et présente des mesures concrètes pour obtenir de meilleurs résultats.

En considérant la santé comme un moteur de productivité, nous pouvons cibler des solutions qui permettront de réaliser ce potentiel. L'occasion se chiffre à des dizaines de milliards de dollars en gains de productivité, tout en offrant des améliorations inestimables à la santé et au bien-être des Canadiens.



Le défi

Le défi de santé et de productivité du Canada

La productivité détermine la valeur créée par les travailleurs et soutient en définitive de meilleurs salaires, de meilleurs emplois et un niveau de vie plus élevé.

Depuis plus d'une décennie, le Canada affiche un rendement inférieur à la moyenne de l'OCDE en ce qui concerne le PIB moyen par heure travaillée, un indicateur clé de la productivité. En 2024, la productivité du Canada, mesurée par le PIB par heure travaillée¹, s'est établie à 59,40 \$ US, soit environ 29 % de moins que celle des États-Unis, qui atteignait 84,11 \$ US². Selon les prévisions, le Canada affichera la plus faible croissance du PIB réel par habitant parmi les économies avancées de l'OCDE au cours des 40 prochaines années³.

Bien que de nombreuses causes de la faible productivité du Canada, notamment le sous-investissement des entreprises, soient connues depuis des années, un aspect demeure largement sous-estimé : le rôle que joue le système de santé, à la fois comme facteur contribuant au problème et comme levier potentiel pour en atténuer les effets.

Tout comme la productivité, les résultats en matière de santé sont en recul. La proportion d'adultes se déclarant en très bonne ou en excellente santé mentale est passée de 72,4 % en 2015 à 59 % en 2021, le recul le plus marqué étant observé chez les 18 à 34 ans⁴. Le tableau de la santé globale n'est pas meilleur : **après deux décennies de stabilité, la proportion d'adultes se disant en très bonne ou en excellente santé a chuté de 68,6 % à 56,4 % entre 2015 et 2024**, là encore avec la plus forte baisse chez les jeunes adultes de 18 à 34 ans⁵.

L'espérance de vie ajustée en santé (EVAS), soit le nombre d'années qu'une personne peut espérer vivre en bonne santé, a diminué de 3,5 ans depuis son sommet en 2012, effaçant plus d'une décennie de progrès⁶. Les temps d'attente se sont également allongés : le délai médian d'attente entre la référence du patient et le traitement a plus que triplé, passant de 9,3 semaines en 1993 à 28,6 semaines en 2025. Pour un Canadien en âge de travailler, cette attente n'est pas seulement stressante, elle coûte cher. L'*Institut Fraser* a estimé que l'attente des soins a coûté aux patients canadiens plus de 4,2 milliards de dollars en pertes de salaire et de productivité en 2025⁷. Cela représente en moyenne plus de 3 000 \$ parmi les quelque 1,4 million de Canadiens en attente de soins⁸.

Les répercussions d'une mauvaise santé sur la productivité de la population en âge de travailler ne se limitent pas aux personnes malades. Elles touchent également celles qui assument des responsabilités de proche aidant.

Les économies avancées et le Canada ont besoin d'une main-d'œuvre dynamique pour stimuler la productivité. Comme le souligne l'*OCDE*—une main-d'œuvre adaptable, mobile, compétente, et capable d'absorber le changement⁹. Or, il est difficile d'acquérir de nouvelles compétences et de nouvelles technologies, de changer d'emploi ou de déménager lorsque la maladie force une personne à quitter temporairement ou définitivement le marché du travail, ou lorsqu'elle doit s'absenter pour prendre soin d'un proche. Les changements démographiques ajoutent de l'urgence : un Canadien sur cinq a maintenant plus de 65 ans, ce qui augmente la demande pour la gestion des maladies chroniques, les soins de longue durée et les soins familiaux¹⁰. Bien que de nombreux Canadiens jouissent d'une meilleure santé et demeurent actifs sur le marché du travail plus longtemps, le nombre croissant de personnes âgées entraîne une hausse des maladies chroniques et des besoins en matière de soins et d'accompagnement. Le résultat est une pression soutenue sur les dépenses de santé et sur la participation au marché du travail, ce qui rend d'autant plus urgente la mise en œuvre de réformes favorisant la productivité.

Au Canada, les efforts visant à accroître la productivité ont principalement mis l'accent sur l'investissement et la technologie, tout en sous-estimant l'importance du capital humain¹¹.

Or, il est impossible de maximiser les retombées des investissements, de l'innovation ou du perfectionnement des compétences si la main-d'œuvre n'est pas en assez bonne santé pour en tirer pleinement parti.

Le Canada dépense plus que jamais pour la santé (probablement environ 400 milliards de dollars en 2025, soit 12,7 % du PIB¹²), mais il se classe en dessous de la moyenne selon plusieurs indicateurs de santé¹³. Bien que nos valeurs dictent de traiter la santé comme un engagement social partagé, elle peut et doit aussi être gérée aussi délibérément que tout autre moteur de croissance.

C'est exactement ce que le cadre de l'écart santé-productivité de Deloitte (HPG) est conçu pour aider.

Une mauvaise santé affecte la productivité d'une manière que les indicateurs traditionnels ne capturent que partiellement, allant de la capacité de travail réduite à la perte de participation, des sorties prématurées du marché du travail et un potentiel à long terme diminué. Le HPG estime la production économique que le Canada perd lorsque la mauvaise santé limite la capacité des gens à participer au marché du travail. En traduisant ces impacts liés à la santé en dollars, le cadre montre où des actions ciblées pourraient récupérer la production perdue et renforcer la capacité productive du Canada, tout en améliorant la santé.



Le coût de la maladie

L'écart de productivité lié à la santé

L'écart de productivité lié à la santé vise à répondre à deux questions fondamentales :

Quelle capacité productive est perdue pour le Canada lorsque la maladie empêche une pleine participation au marché du travail? Et dans quelle mesure cette capacité pourrait-elle être récupérée si ces travailleurs étaient en mesure de participer davantage à l'économie?

En utilisant un cadre établi du coût de la maladie (COI), nous évaluons les pertes de production économique selon trois dimensions. Nous estimons qu'en 2025 seulement, le Canada a renoncé à plus de 100 milliards de dollars en production économique dans ces catégories¹⁴ :

- **Coûts liés à la prestation de soins :** la prestation de soins non rémunérés est associée à une perte de **48,5 milliards de dollars** en revenus de travail.
- **Coûts liés à la morbidité :** le fait de vivre avec un problème de santé est associé à une perte de **55,1 milliards de dollars** en valeur économique attribuable au temps passé à l'écart du travail.
- **Coûts liés à la mortalité :** les décès prématurés attribuables à un problème de santé sont associés à une perte de **1,1 milliard de dollars** en production économique durant la période de friction (soit le temps nécessaire pour remplacer et former les travailleurs).

Une partie de cette production économique perdue ne peut pas être récupérée.

Une certaine proportion de maladies, de temps d'attente et de responsabilités liées à la prestation de soins est inévitable. Mais grâce à des interventions ciblées visant à réduire les coûts associés à la mortalité, à la morbidité, et à la prestation de soins, il est possible de récupérer une part importante de ces pertes de productivité et de revenus, renforçant ainsi la capacité productive globale du Canada.

Gains économiques grâce à des interventions ciblées

Soins

L'occasion : réduire de 25 % le fardeau lié à la prestation de soins assumés par les familles et les proches aidants pourrait générer des retombées économiques de plus de 12 milliards de dollars¹⁵.

Pourquoi cet objectif est réalisable : une étude de la *Harvard Business School* a examiné les employeurs offrant un service de conciergerie en soutien aux proches aidants, qui aide les employés à trouver des services, à coordonner les soins et à s'orienter dans le système. L'absentéisme a diminué jusqu'à 50 %, et 30 % des employés ont indiqué que ce soutien les avait empêchés de devoir s'absenter du travail ou quitter leur emploi. Les employeurs ont obtenu un rendement du capital investi pouvant atteindre 72 % grâce aux programmes de soutien aux proches aidants¹⁶. Il est à noter que les entreprises ont un intérêt direct à préserver la santé de leur main-d'œuvre, puisque des employés en meilleure santé signifient une réduction de l'absentéisme, une meilleure rétention et une productivité soutenue.

Morbidité et mortalité

L'occasion : réduire de 25 % le fardeau de la morbidité qui empêche des personnes de travailler ou qui limite leur capacité de travail pourrait générer plus de 13 milliards de dollars en gains de PIB¹⁷. Éliminer la mortalité évitable (que l'*OCDE* et *Statistique Canada* estiment représenter 25 % des décès chez la population en âge de travailler) pourrait ajouter 250 millions de dollars supplémentaires en gains de PIB¹⁸.

Pourquoi cet objectif est réalisable : selon une étude publiée dans la revue scientifique *CMAJ Open*, environ 40 % des années de vie ajustées en fonction de l'incapacité (fardeau total de la maladie) et 24 % des années vécues avec une incapacité (fardeau de la morbidité) au Canada proviennent de facteurs de risque modifiables, notamment l'alimentation, un indice de masse corporelle (IMC) élevé, l'hypertension artérielle et un taux de cholestérol élevé.¹⁹ Ces résultats indiquent qu'une amélioration de plus de 25 % est envisageable grâce à des interventions ciblant les facteurs de risque évitables²⁰.

Réduire l'écart

Où le Canada perd en productivité en raison des enjeux de santé

Pour tirer pleinement parti des possibilités inexploitées d'amélioration de la productivité au Canada, il est utile de considérer deux composantes sous-jacentes :

L'écart de prévention :
Capacité perdue à cause de conditions qui auraient pu être évitées.

L'écart de participation :
Capacité réduite en raison des maladies chroniques, des troubles de santé mentale et l'aide aux soins.

Comblar ces deux lacunes structurelles offre la plus grande valeur : préserver la santé des gens, mieux soutenir ceux qui vivent déjà avec des maladies chroniques et favoriser une plus grande capacité de main-d'œuvre.

L'écart de prévention :
Miser davantage sur la prévention et le bien-être afin d'éviter la perte d'heures productives

Les investissements en amont sont les plus efficaces. Ils ciblent les causes de la maladie, tandis que les dépenses en aval servent à financer les hôpitaux, les médecins et les traitements. Cette distinction est importante. Selon l'*OCDE*, la prévention des maladies non transmissibles génère des retombées sociales et économiques nettement supérieures à celles associées au traitement des maladies une fois qu'elles sont déclarées. Les maladies chroniques évitables réduisent la participation au marché du travail, diminuent la productivité et font augmenter les coûts²¹. À titre d'exemple, les rendements socioéconomiques de la vaccination des adultes peuvent atteindre 19 fois l'investissement initial²².

Pourtant, le système canadien demeure fortement axé sur les soins en aval. Selon l'*Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)*, plus de la moitié des dépenses totales de santé en 2025 iront aux hôpitaux (26 %), aux médecins (13,8 %) et aux médicaments (13,3 %)²³. La plupart de la productivité, cependant, est acquise ou perdue bien avant que les soins aigus ne soient nécessaires.

L'idée de réorienter les soins vers l'amont n'est pas nouvelle; elle fait partie du discours sur la réforme du système de santé au Canada depuis des décennies. Ce qui distingue aujourd'hui cette occasion, c'est la reconnaissance que la prévention constitue un investissement en productivité générant des retombées mesurables. L'avantage des organisations dépend moins du montant investi que de la façon dont ces investissements sont conçus.

À Singapour, par exemple, la prévention est intégrée directement aux comptes de santé personnels plutôt que de reposer uniquement sur les budgets publics. Chaque citoyen possède un compte MediSave, un régime obligatoire d'épargne santé personnelle pouvant être utilisé pour couvrir certaines dépenses de soins de santé²⁴.

Historiquement axés sur le traitement, ces comptes sont maintenant explicitement réorientés sur la prévention. À compter de 2027, le régime sera renommé « MediSave Chronic and Preventive Care », les plafonds de retrait augmentent et le régime national sera élargi, pour la première fois, afin de couvrir certaines interventions préventives²⁵. Cette approche donne aux individus un intérêt personnel et transférable à préserver leur santé, et fait de la prévention une composante permanente du système plutôt qu'un poste budgétaire discrétionnaire qui concurrence les soins aigus à chaque cycle budgétaire.

L'écart de participation :

S'attaquer aux maladies chroniques, à la santé mentale et aux soins afin de maximiser le bien-être et de garder les gens à rester productifs

Trois facteurs se conjuguent pour freiner considérablement la productivité : les maladies chroniques, les enjeux de santé mentale et les responsabilités liées à la prestation de soins. Ensemble, ils réduisent la participation au marché du travail, la présence au travail et le rendement des travailleurs, tout en diminuant la qualité de vie de millions de Canadiens. À l'heure actuelle, ces pressions évoluent dans une direction préoccupante :

Maladie chronique

L'incidence des maladies chroniques ne cesse d'augmenter. En 2023, près de la moitié des adultes canadiens vivaient avec une ou plusieurs maladies chroniques (46,1 %), comparativement à 41,2 % en 2015²⁶. Le traitement des maladies chroniques représente environ 58 % des coûts annuels des soins de santé²⁷.

Santé mentale

La santé mentale constitue le principal facteur des invalidités de longue durée (40 % des demandes de règlement en 2024), avec une hausse de 33 % pour les demandes liées à la dépression et de 50 % pour celles liées à l'anxiété en 2025 par rapport aux niveaux d'avant 2020²⁸. La consommation de substances aggrave également ces répercussions. Dans le secteur de la construction, par exemple, jusqu'à 33 % du personnel occupant des postes critiques pour la sécurité déclare être sous l'effet de substances, souffrir des effets d'une consommation récente ou consommer des substances peu avant ou pendant le travail²⁹. Plus largement, les problèmes de santé mentale entraînent aussi des coûts indirects importants pour l'économie canadienne, notamment en raison des besoins accrus en soutien au logement ainsi que de la demande accrue de services policiers et correctionnels.

Proche aidant

Les responsabilités liées aux soins apportés à un proche ajoutent un troisième fardeau. Près de huit millions de Canadiens offrent des soins non rémunérés, et la majorité des proches aidants actifs déclarent une réduction de leurs heures de travail, de leurs revenus ou de leurs possibilités d'avancements³⁰. Il s'agit du levier le plus important pour accroître la participation au marché du travail et stimuler la productivité.



La solution

Sept mesures intégrées

Les conditions de réussite du Canada dans un monde en mutation

Pour réduire ces écarts, le Canada doit mettre en œuvre et suivre un ensemble de mesures intégrées qui améliorent directement sa performance en matière de santé de la population. Il n'y a pas de temps à perdre : le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques et un contexte technologique et géopolitique en rapide évolution exigent une intervention immédiate.

Les sept mesures suivantes visent à reconstruire le système autour d'un principe directeur unique : au-delà de son rôle de bien individuel et collectif, la santé constitue un moteur de productivité. Les quatre premières mesures visent à accroître la capacité du système à répondre aux besoins. Ensemble, elles se renforcent mutuellement.

Mesure 1

Veiller à ce que chaque Canadien soit rattaché à un foyer médical

Le système canadien demeure largement axé sur les épisodes de maladie, alors même que de nombreuses personnes n'ont pas accès à une relation stable et continue avec des professionnels de la santé. Environ six millions de personnes n'ont pas de médecin de famille³¹. Un foyer médical intègre les soins primaires et la prévention, en offrant à chaque personne une équipe de soins désignée qui constitue son point d'entrée dans le système. Les Pays-Bas illustrent ce que peut représenter un accès universel à des soins continus : plus de 95 % de la population y est rattachée à un médecin de famille, grâce à un modèle qui exige des assureurs qu'ils associent chaque résident à un cabinet médical et veillent au maintien de cette affiliation au fil du temps³². Cette continuité va bien au-delà de la simple commodité. Au Danemark, les adultes suivis par le même cabinet médical depuis au moins dix ans présentent un taux de mortalité inférieur de 21 % à celui des personnes récemment inscrites³³.

Toutefois, l'inscription à elle seule ne suffit pas; le modèle canadien doit transformer la continuité de soins en résultats de prévention mesurables. En plus d'une équipe désignée, d'un plan de santé numérique et d'un ensemble de mesures de prévention financées, une part du financement de chaque centre de soins intégrés devrait être liée à des résultats de prévention clairement définis. Ceux-ci comprennent notamment les taux de dépistage et de vaccination, la maîtrise des facteurs de risque associés à des maladies comme l'hypertension et le diabète, ainsi que l'amélioration de l'état de santé de la population

inscrite. Tous ces indicateurs devraient faire l'objet d'une divulgation transparente et être comparés d'un établissement à l'autre. Les mesures incitatives donnent des résultats. En Angleterre, par exemple, dans le cadre d'un modèle de rémunération fondé sur le rendement, les résultats consignés en matière de prévention se sont améliorés lorsque les paiements étaient liés à la performance et ont diminué de 11 à 13 points de pourcentage lorsque ces incitatifs ont été retirés³⁴. Le Canada devrait associer les mesures incitatives à une reddition de comptes rigoureuse, en récompensant les équipes qui contribuent à maintenir la population en bonne santé et en retenant une partie du financement lorsque les cibles ne sont pas atteintes. Ainsi, la prévention deviendrait un engagement financé et mesuré, plutôt qu'une simple aspiration.

Mesure 2

Rendre la prévention proactive et personnalisée

Une fois la prévention priorisée, elle peut devenir plus proactive, personnalisée et continue. Le Canada doit aller au-delà des examens périodiques et des campagnes de santé publique générales pour repérer les risques plus tôt et intervenir plus rapidement. Le *Programme de prévention du diabète du NHS* en Angleterre a permis d'identifier les personnes atteintes de prédiabète et de les inscrire à un cours de modification de comportement. Les participants étaient 20 % moins susceptibles de développer un diabète de type 2 dans les trois années suivantes³⁵. Le Canada devrait dépasser les projets pilotes isolés et déployer systématiquement des initiatives de prévention ciblées visant les principaux facteurs de perte de productivité, notamment le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'obésité, la santé mentale et les troubles musculosquelettiques.

La technologie peut contribuer à faire de la prévention une démarche continue plutôt qu'occasionnelle. Dans un essai randomisé portant sur plus de 100 000 femmes, la mammographie assistée par l'IA a permis de détecter 29 % plus de cancers tout en réduisant de moitié la charge de travail des radiologues (baisse de 44 %), sans augmentation du nombre de cancers diagnostiqués entre les dépistages réguliers³⁶. Les technologies émergentes vont encore plus loin. Lors d'un examen de la vue, l'analyse par IA d'une photo rétinienne de routine peut détecter un risque cardiovasculaire avec une sensibilité d'environ 91 %³⁷. Combinés aux données de santé longitudinales, ces outils permettent aux équipes de soins d'identifier les personnes à risque avant l'apparition des symptômes et d'intervenir lorsque la prévention est la plus efficace.

Mesure 3

Éliminer les obstacles à la participation

Une bonne santé physique ne favorise la productivité que si les personnes sont en mesure d'en tirer parti. Or, deux groupes font face à des obstacles persistants : les proches aidants et les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.

Les proches aidants bénéficieraient d'un meilleur soutien grâce à des mesures fédérales ciblées. Il serait notamment possible d'élargir les prestations de proches aidants de l'assurance-emploi au-delà des critères actuels liés aux maladies graves et aux soins de fin de vie afin d'y inclure les soins de longue durée pour les personnes atteintes de maladies chroniques. Cette mesure devrait être accompagnée d'un accès accru aux services de relève, aux soins à domicile et aux congés protégés par la loi³⁸. Deuxièmement, inscrire dans la loi le principe de parité en matière de santé mentale et de consommation de substances afin que ces enjeux soient financés de façon équitable par rapport à la santé physique, et offrir dans tous les milieux de travail un accès rapide à la thérapie, ainsi qu'à des services de prévention et d'intervention précoce.

Mesure 4

Offrir aux individus des outils financiers pour la prévention

Le financement du système devrait rejoindre les particuliers ainsi que les institutions. En établissant un compte d'épargne de prévention universel, les personnes pourraient accéder à un droit transférable, assorti d'incitatifs, leur permettant d'investir dans le dépistage, la gestion des facteurs de risque et l'adoption de comportements favorables à la santé avant le début de la maladie. Le concept s'inspire du modèle de Singapour fondé sur les comptes individuels, mais le mécanisme serait adapté au contexte canadien, en s'appuyant sur les comptes de gestion de santé déjà offerts par de nombreux employeurs et en les élargissant vers un modèle universel grâce à une contribution ou à un mécanisme de contrepartie du secteur public.

Conçu comme un complément à l'assurance-maladie, ce compte s'inscrirait en dehors du champ des services assurés par la Loi canadienne sur la santé et serait plus facilement mis en œuvre sous la forme d'un instrument fédéral de fiscalité et de transferts. Contrairement aux propositions antérieures de comptes d'épargne santé axées sur la maîtrise des coûts, son objectif serait la prévention et la productivité, en faisant de la prévention non plus une dépense que les gouvernements cherchent à réduire, mais un actif dont les individus sont propriétaires.

Mesure 5

Créer de la capacité à partir de ce que nous avons déjà

Le Canada devrait libérer la capacité inutilisée au sein du système et la réinvestir dans des centres de soins intégrés dotés d'équipes interdisciplinaires et d'objectifs axés sur les soins en amont.

Les médecins consacrent environ 19,8 millions d'heures par année à des tâches administratives inutiles, soit l'équivalent d'environ 9 000 médecins à temps plein³⁹. Les gouvernements fédéral, provinciaux, municipaux ainsi que les organismes de réglementation devraient adopter un objectif commun pour réduire ce fardeau (par exemple, de 10 % sur une période de trois ans). Chaque ordre de gouvernement peut agir sur les leviers qu'il contrôle, qu'il s'agisse des exigences de facturation et de déclaration ou des règles de documentation imposées par les collèges des médecins, et mettre à profit l'IA pour récupérer ces heures.

La technologie de rédaction assistée par l'IA (AI Scribe) de *Kaiser Permanente* a, à elle seule, permis d'économiser environ 15 800 heures de travail médical en un an, et les plateformes d'IA agentique peuvent prendre en charge l'ensemble des fonctions administratives⁴⁰.

Les hôpitaux aussi peuvent devenir des moteurs de création de capacité. Les hôpitaux canadiens affichent un taux d'occupation d'environ 91 %⁴¹, alors que 5 à 10 % des patients hospitalisés pouvaient recevoir des soins à domicile en toute sécurité⁴². Étendre le programme *Hospital-at-Home* de l'Ontario à l'échelle nationale allégerait cette pression. À titre d'exemple, les programmes @home de Bayshore, mis en œuvre avec 13 hôpitaux ontariens, ont permis de libérer plus de 240 000 journées-lits associées à des niveaux de soins alternatifs, et 94 % des patients recommandant le programme⁴³.

Mesure 6

Moderniser véritablement l'infrastructure numérique en santé

Aucune de ces mesures ne pourra être déployée à grande échelle sans des données qui accompagnent les patients tout au long de leur parcours de soins. Le projet de loi S-5 (Loi visant un système de soins de santé connecté au Canada) propose d'imposer des normes communes d'interopérabilité et d'interdire le blocage des données par les fournisseurs de technologies de l'information en santé⁴⁴. Nous pouvons agir rapidement et rendre les progrès visibles grâce à un tableau de bord public mesurant la proportion de fournisseurs qui échangent des données structurées, avec pour objectif d'atteindre une interopérabilité de 100 %.

Mesure 7

Repenser le financement et les incitatifs

Faire des résultats, et pas seulement des ressources investies, la mesure commune du succès du financement fédéral et provincial de la santé. En s'appuyant sur les ententes existantes, les gouvernements fédéral et provinciaux pourraient lier une partie des transferts en santé à des mesures de progrès convenues conjointement. Les provinces recevraient un financement de base prévisible en plus d'un financement fondé sur l'atteinte des résultats communs, lié aux progrès réalisés selon un tableau de bord de productivité pancanadien. Ce tableau de bord pourrait être élaboré conjointement avec les provinces, s'appuyer sur les possibilités présentées ici et être confié à un organisme indépendant, comme l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), afin de garantir la crédibilité et l'indépendance des indicateurs.

Et maintenant

Comment aller de l'avant

Le problème de productivité du Canada est aussi un problème de santé. Pendant des décennies, nous avons traité ces enjeux séparément, et le Canada en a payé le prix à deux reprises : par des résultats de santé moins favorables, mais aussi par une perte de production économique.

Grâce à des efforts concertés, des améliorations ciblées du système de santé pourraient générer plus de **25 milliards de dollars de retombées pour l'économie canadienne**, des gains de productivité dont les citoyens bénéficieraient de multiples façons.

En suivant les écarts de prévention et de participation, nous pouvons orienter les investissements vers les secteurs où le rendement de la productivité est le plus élevé, et faire en sorte qu'une partie des dépenses en santé produise davantage de résultats. Le HPG fournit aux gouvernements, aux organisations de soins de santé, aux employeurs et aux autres parties prenantes des renseignements concrets pour passer à l'action, ainsi qu'un message clair : considérer la santé et la productivité de la main-d'œuvre au même titre que tous les autres moteurs de croissance.

Réussir ce virage ne signifie pas seulement réformer le système de santé. Cela revient à redéfinir ce dont notre économie est capable, en influençant la manière dont les Canadiens vivent et travaillent, dont les organisations performant et dont le Canada se positionne sur la scène mondiale. Nous libérerions ainsi le potentiel productif inexploité de notre population, tout en renforçant un système de santé qui est au cœur des valeurs et du bien-être de l'ensemble des Canadiens.



Notes de fin

- 1 En supposant des dollars américains constants en 2020.
- 2 Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de la productivité*, consulté le 13 mai 2026, [https://data-explorer.oecd.org/vis?pg=0&snb=7&df\[ds\]=dsDisseminateFinalDMZ&df\[id\]=DSD_PDB%40DF_PDB&df\[ag\]=OECD.SDD.TPS&df\[vs\]=2.0&dq=AUS%2BAUT%2BBEL%2BCAN%2BCHI%2B-COL%2BCRI%2BCZE%2BDNK%2BEST%2BFIN%2BFRA%2BDEU%2BGRC%2BHUN%2BISL%2BIRL%2BISR%2BITA%2B-JPN%2BKOR%2BLVA%2BLTU%2BLUX%2BMEX%2BNLD%2BNZL%2BNOR%2BPOL%2BPRT%2BSVK%2BSVN%2BE-SP%2BSWE%2BCHE%2BTUR%2BGBR%2BUSA%2BEA20%2BEU27_2020%2BOECD%2BBGR%2BHRV%2BROU.A.GD-PHRS.T.USD.PPP.H.L.R.N.&lom=LASTNPERIODS&lo=30&to\[TIME_PERIOD\]=false&vw=tb&lc=fr](https://data-explorer.oecd.org/vis?pg=0&snb=7&df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_PDB%40DF_PDB&df[ag]=OECD.SDD.TPS&df[vs]=2.0&dq=AUS%2BAUT%2BBEL%2BCAN%2BCHI%2B-COL%2BCRI%2BCZE%2BDNK%2BEST%2BFIN%2BFRA%2BDEU%2BGRC%2BHUN%2BISL%2BIRL%2BISR%2BITA%2B-JPN%2BKOR%2BLVA%2BLTU%2BLUX%2BMEX%2BNLD%2BNZL%2BNOR%2BPOL%2BPRT%2BSVK%2BSVN%2BE-SP%2BSWE%2BCHE%2BTUR%2BGBR%2BUSA%2BEA20%2BEU27_2020%2BOECD%2BBGR%2BHRV%2BROU.A.GD-PHRS.T.USD.PPP.H.L.R.N.&lom=LASTNPERIODS&lo=30&to[TIME_PERIOD]=false&vw=tb&lc=fr).
- 3 David Williams, « L'OCDE prévoit que le Canada sera l'économie avancée la moins performante au cours de la prochaine décennie... et les trois décennies qui ont suivi, » *Business Council of British Columbia*, 14 décembre 2021, <https://www.bcbc.com/insight/oecd-predicts-canada-will-be-the-worst-performing-advanced-economy-over-the-next-decade-and-the-three-decades-after-that/>. (en anglais)
- 4 Statistique Canada, « Santé des Canadiens, 2023 (santé mentale autoévaluée, 2015 à 2021) », 13 septembre 2023, <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/230913/dq230913b-fra.htm>.
- 5 Statistique Canada, « Santé fonctionnelle des adultes canadiens, 2015 à 2024 (Enquête canadienne sur la santé communautaire / Indice des services publics) », 16 mars 2026, <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidi-en/260316/dq260316d-fra.htm>.
- 6 Statistique Canada, « Espérance de vie ajustée pour la santé au Canada : tendances récentes à la naissance et à l'âge de 65 ans, 2019, 2020 et 2023 », 9 janvier 2026, <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/260109/dq260109b-fra.htm>.
- 7 Mackenzie Moir et Nadeem Esmail, *En attente de votre tour : temps d'attente pour les soins de santé au Canada, rapport 2025*, Fraser Institute, 9 décembre 2025, <https://www.fraserinstitute.org/sites/default/files/2025-12/waiting-your-turn-2025-17913.pdf>. (en anglais)
- 8 Mackenzie Moir, *Le coût privé des files d'attente publiques pour les soins médicalement nécessaires*, 2026, Fraser Institute, mars 2026, <https://www.fraserinstitute.org/studies/private-cost-public-queues-medically-necessary-care-2026>. (en anglais)
- 9 Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Relancer la croissance de la productivité au Canada*, 29 juin 2026, https://www.oecd.org/en/publications/reviving-productivity-growth-in-canada_773dcd00-en/full-report.html. (en anglais)
- 10 Statistique Canada, *Statistiques sur les adultes âgés et le vieillissement démographique*, consulté en août 2026, https://www.statcan.gc.ca/fr/sujets-debut/adultes_ages_et_vieillessement_demographique.
- 11 OCDE, *Relancer la croissance de la productivité au Canada*, 29 juin 2026, https://www.oecd.org/en/publications/reviving-productivity-growth-in-canada_773dcd00-en/full-report.html. (en anglais)
- 12 Institut canadien d'information sur la santé (CIHI), *Tendances nationales des dépenses en santé*, 27 novembre 2025, <https://www.cihi.ca/en/national-health-expenditure-trends>. (en anglais)
- 13 Mackenzie Moir et Bacchus Barua, *Comparaison de la performance des pays à soins de santé universels*, 2024, Fraser Institute, 26 novembre 2024, <https://www.fraserinstitute.org/studies/comparing-performance-of-universal-health-care-countries-2024>. (en anglais)
- 14 Analyse interne de Deloitte basée sur : Agence de la santé publique du Canada, *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 2010*; Statistique Canada, tableau 13-10-0394-01; CIHI, *Tendances nationales des dépenses en santé*, Annexe B.3.a, « Indice implicite des prix totaux des soins de santé, par province/territoire et Canada, 1975 à 2025 »; Statistique Canada, Tableaux 14-10-0122-01, 14-10-0023-01, 36-10-0114-01, 14-10-0037-01 et 17-10-0005-01; et Centre canadien d'excellence en soins personnels, *Caring in Canada* (2026).
- 15 Analyse de Deloitte basée sur les sources citées dans la note 14.
- 16 Joseph B. Fuller, *Healthy Outcomes : Comment le soutien des employeurs aux employés ayant des responsabilités d'aidant peut bénéficier à l'organisation*, Harvard Business School, janvier 2024, https://www.hbs.edu/ris/Publication%20Files/Healthy%20Outcomes%20Report_9886821c-213d-481c-94c1-ddb8eae134bf.pdf. (en anglais)

Notes de fin

- 17 Analyse interne de Deloitte basée sur : Agence de la santé publique du Canada, *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 2010*; Statistique Canada, tableau 13-10-0394-01; CIHI, *Tendances nationales des dépenses en santé*, Annexe B.3.a, « Indice implicite des prix totaux des soins de santé, par province/territoire et Canada, 1975 à 2025 »; Statistique Canada, Tableaux 14-10-0122-01, 14-10-0023-01, 36-10-0114-01, 14-10-0037-01 et 17-10-0005-01; et Centre canadien d'excellence en soins personnels, *Caring in Canada* (2026).
- 18 Analyse de Deloitte basée sur les sources citées dans la note 17.
- 19 Samiah Alam et al., « Évaluation du fardeau des maladies et blessures attribuables aux facteurs de risque au Canada de 1990 à 2016 : une analyse de l'étude sur le fardeau mondial des maladies », *CMAJ Open* 7, no 1 (28 février 2019) : E140-E148, <https://www.cmajopen.ca/content/cmajo/7/1/E140.full.pdf>. (en anglais)
- 20 Analyse interne de Deloitte basée sur : Agence de la santé publique du Canada, *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 2010*; Statistique Canada, tableau 13-10-0394-01; CIHI, *Tendances nationales des dépenses en santé*, Annexe B.3.a, « Indice implicite des prix totaux des soins de santé, par province/territoire et Canada, 1975 à 2025 »; Statistique Canada, Tableaux 14-10-0122-01, 14-10-0023-01, 36-10-0114-01, 14-10-0037-01 et 17-10-0005-01; et Centre canadien d'excellence en soins personnels, *Caring in Canada* (2026).
- 21 OCDE, *Les avantages de la lutte contre les maladies non transmissibles dans l'UE : vies plus saines, sociétés plus fortes*, 15 avril 2026, https://www.oecd.org/en/publications/the-benefits-of-addressing-non-communicable-diseases-in-the-eu_7e126b8f-en.html. (en anglais)
- 22 Office of Health Economics (OHE), « Les programmes de vaccination pour adultes offrent des avantages socio-économiques allant jusqu'à 19 fois l'investissement initial, selon un nouveau rapport », 18 avril 2024, <https://www.ohe.org/news/adult-vaccination-delivers-19-times-investment/>. (en anglais)
- 23 CIHI, *tendances NHEX, 2025 — Snapshot*, 27 novembre 2025, <https://www.cihi.ca/en/national-health-expenditure-trends/nhex-trends-reports/nhex-trends-2025-snapshot>. (en anglais)
- 24 25 Aqil Hamzah, « Annonces sur MediSave, soins préventifs lors du débat budgétaire : réexamen des hypothèses : Ong Ye Kung », *The Straits Times*, 8 mars 2026, <https://www.straitstimes.com/singapore/health/moh-announcements-on-medisave-preventive-care-at-budget-debate-re-examines-assumptions-ong-ye-kung>. (en anglais)
- 26 Statistique Canada, *Santé des Canadiens, 2024*, 5 mars 2025, <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-570-x/2024001/section2-fra.htm>.
- 27 Alliance canadienne pour la prévention des maladies chroniques, *mémoire au Comité permanent de la santé concernant le projet de loi S-228*, <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/421/HESA/Brief/BR9826268/br-external/ChronicDiseasePreventionAllianceOfCanada-e.pdf>. (en anglais)
- 28 Sun Life, *conçu pour la santé : changer les cours dans les demandes d'invalidité : s'attaquer à la santé mentale et aux maladies chroniques au travail*, 2025, <https://www.sunlife.ca/content/dam/sunlife/regional/canada/documents/gb/ltl-claim-trends-report-tl1185.pdf>. (en anglais)
- 29 Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS), *Usage de substances au travail et industrie de la construction*, juillet 2025, <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2025-07/Research-Brief-Construction-fr.pdf>.
- 30 Centre canadien pour l'excellence en soins aux bénéficiaires, « Les soins au Canada approchent d'un point de crise au milieu de tensions économiques et d'inaction », 6 mai 2026, <https://canadiancaregiving.org/fr/communique-etre-aidant-2026/>.
- 31 Association médicale canadienne (ACM), « Enquête nationale : 5,9 millions au Canada toujours sans médecin régulier », 8 décembre 2025, <https://www.cma.ca/latest-stories/national-survey-59-million-canada-still-without-regular-doctor>. (en anglais)
- 32 Tara Kiran, « Comment les Néerlandais s'assurent que 95 % des citoyens aient un médecin de famille », *Réseau canadien de la santé*, 14 janvier 2025, <https://canadianhealthcarenetwork.ca/how-dutch-ensure-95-citizens-have-family-doctor>. (en anglais)
- 33 ANDERS Prior et al., « Continuité des soins en médecine générale et résultats pour les patients au Danemark : une étude de cohorte basée sur la population », *The Lancet Primary Care* 1, no 2 (août 2025) : 100016, [https://www.thelancet.com/journals/lanprc/article/PIIS3050-5143\(25\)00016-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanprc/article/PIIS3050-5143(25)00016-0/fulltext). (en anglais)
- 34 Leonard Ho et al., « Effet du programme de paiement à la performance du UK Quality and Outcomes Framework sur la qualité des soins primaires : revue systématique avec synthèse quantitative », *BMJ* 389 (25 juin 2025) : e083424, <https://www.bmj.com/content/389/bmj-2024-083424>. (en anglais)

Notes de fin

- 35 National Institute for Health and Care Research (NIHR), « Programme NHS lié à une réduction de 20 % du risque de diabète », 11 décembre 2023, <https://www.nihr.ac.uk/story/nhs-programme-linked-20-reduction-risk-diabetes>. (en anglais)
- 36 Un essai randomisé montre que la mammographie soutenue par l'IA améliore la sensibilité et réduit le taux de cancer à intervalles », *The ASCO Post*, 2 février 2026, <https://ascopost.com/news/february-2026/randomized-trial-shows-ai-supported-mammography-improves-sensitivity-and-lowers-interval-cancer-rate/>. (en anglais)
- 37 American College of Cardiology (ACC), « CLAIr System : l'IA peut-elle évaluer de façon fiable le risque de CV à partir des images rétinienues? », 30 mars 2026, <https://www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2026/03/25/21/27/mon-1045am-ai-analysis-acc-2026>. (en anglais)
- 38 Gouvernement du Canada, « Prestations pour proches aidants de l'assurance-emploi », 2 juin 2026, <https://www.canada.ca/fr/services/prestations/ae/proches-aidants.html>.
- 39 CMA et Fédération canadienne des entreprises indépendantes (CFI), *Perdre des médecins au profit du travail de bureau : les médecins canadiens perdent 20 millions d'heures chaque année à cause de la bureaucratie*, janvier 2026, <https://digitallibrary.cma.ca/link/digitallibrary1478>.
- 40 Benji Feldheim, « Les scribes IA économisent 15 000 heures — et restaurent le côté humain de la médecine », *American Medical Association*, 12 juin 2025, <https://www.ama-assn.org/practice-management/digital-health/ai-scribes-save-15000-hours-and-restore-human-side-medicine>. (en anglais)
- 41 OECD, « Lits d'hôpital et occupation », dans *Health at a Glance 2025 : OECD Indicators*, 2025, https://www.oecd.org/fr/publications/panorama-de-la-sante-2025_2f564c6c-fr/full-report/hospital-beds-and-occupancy_152d839e.html.
- 42 Diana Duong, « Rapatrier l'hôpital pourrait-il augmenter la capacité de soins aigus? », *CMAJ*, 195, no 5 (6 février 2023) : E201-E202, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9904815/>. (en anglais)
- 43 Krystyna Oakman, « Les programmes innovants de @home de Bayshore améliorent les résultats des patients ALC et augmentent la capacité du système », *Bayshore HealthCare*, 27 mars 2023, <https://www.bayshore.ca/2023/03/27/bayshores-innovative-home-programs-improve-alc-patient-outcomes-increase-system-capacity/>. (en anglais)
- 44 Gouvernement du Canada, « Le gouvernement du Canada présente une législation pour bâtir un système de soins de santé plus connecté », 4 février 2026, <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2026/02/le-gouvernement-du-canada-depose-un-projet-de-loi-visant-a-mettre-en-place-un-systeme-de-sante-plus-connecte.html>.

Contactez-nous



Michelle Theroux
**Leader nationale du secteur
de la santé, Deloitte Canada**
mtheroux@deloitte.ca



Dr Tom Stewart
**Médecin-chef,
Deloitte Canada**
thstewart@deloitte.ca



Matthew Stewart
**Associé, Services-conseils
en économie, Deloitte Canada**
mastewart@deloitte.ca



Geneviève Giguère
**Leader du secteur de la santé
au Québec, Deloitte Canada**
gegiguere@deloitte.ca

Deloitte.

Avis de non-responsabilité

La présente publication ne contient que des renseignements généraux, et Deloitte n'y fournit aucun conseil ou service professionnel dans les domaines de la comptabilité, des affaires, des finances, du placement, du droit ou de la fiscalité, ni aucun autre type de service ou conseil. Elle ne remplace donc pas les services ou conseils professionnels et ne devrait pas être utilisée pour prendre des décisions ou des mesures susceptibles d'avoir une incidence sur votre entreprise. Avant de prendre de telles décisions ou mesures, vous devriez consulter un conseiller professionnel compétent. Deloitte n'est aucunement responsable de toute perte que subirait une personne parce qu'elle se serait fiée à la présente publication.

À propos de Deloitte Canada

Chez Deloitte, notre raison d'être est d'avoir une influence marquante. Nous existons pour inspirer et aider nos gens, nos organisations, nos collectivités et nos pays à prospérer. Notre travail soutient une société prospère où les gens peuvent s'épanouir et saisir des occasions. Il renforce la confiance des consommateurs et des entreprises, aide les organisations à trouver des moyens créatifs de déployer des capitaux, habilite des institutions sociales et économiques justes, fiables et efficaces, et permet à nos amis, à nos familles et à nos collectivités de profiter de la qualité de vie qui accompagne un avenir durable. Étant le plus grand cabinet de services professionnels détenu et exploité par des Canadiens dans notre pays, nous sommes fiers de travailler aux côtés de nos clients pour avoir une influence positive sur tous les Canadiens.

Deloitte offre des services de premier plan dans les domaines de la consultation, de l'audit et de la certification, de la fiscalité, des services-conseils et des services gérés à près de 90 % des sociétés du palmarès Fortune Global 500^{MD} et à des milliers de sociétés fermées. Nous réunissons des compétences, des perspectives et des services de classe mondiale pour aborder les enjeux d'affaires les plus complexes de nos clients.

Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l., société à responsabilité limitée constituée en vertu des lois de l'Ontario, est le cabinet membre canadien de Deloitte Touche Tohmatsu Limited. Deloitte désigne une ou plusieurs entités parmi Deloitte Touche Tohmatsu Limited, société fermée à responsabilité limitée par garanties du Royaume-Uni, ainsi que son réseau de cabinets membres dont chacun constitue une entité juridique distincte et indépendante. Pour obtenir une description détaillée de la structure juridique de Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l. et de ses sociétés affiliées, veuillez consulter www.deloitte.com/ca/apropos.

Pour en apprendre plus sur Deloitte Canada, veuillez nous suivre sur [LinkedIn](#), [X](#), [Instagram](#) ou [Facebook](#).