

Réduire les disparités en matière de santé des femmes : une occasion à 37 milliards de dollars pour le Canada

Réduire les disparités en matière de santé des femmes au Canada pourrait permettre à chaque Canadienne de vivre sept jours de plus en bonne santé chaque année, et potentiellement stimuler l'économie du pays de 37 milliards de dollars par an d'ici 2040.

Cet article est le fruit d'une collaboration entre Laurie Lanoue, Liza Vityuk, Lucy Pérez, Marie-Renée B-Lajoie, et Sandrine Devillard, et représente les perspectives du McKinsey Health Institute et de McKinsey Canada.



Au cours des deux derniers siècles, l'espérance de vie au Canada a plus que doublé, passant de moins de 40 ans à près de 82 ans, grâce à l'amélioration de la santé publique, au renforcement des infrastructures et à un meilleur accès aux soins de santé.¹ Il s'agit là d'une formidable réussite. Toutefois, selon une étude du McKinsey Health Institute (MHI), ces années supplémentaires peuvent s'accompagner de certaines contraintes, empêchant les personnes de vivre de manière autonome, de travailler ou de pratiquer leurs loisirs, qu'ils soient physiques, comme la randonnée ou le patin à glace, ou intellectuels, comme les jeux de cartes ou les échecs.

Dans cette nouvelle analyse, le MHI constate que les Canadiennes passent 24 % plus de temps que leurs homologues masculins en mauvaise santé et avec divers degrés d'incapacité. Au Canada, sur 100 personnes, les femmes vivront environ 14 ans avec une incapacité, contre 11 ans pour les hommes, soit environ 24 % de plus. Cela affecte leur capacité à être présentes, productives, ou les deux – à la maison, au travail et dans leur communauté –, et réduit leur potentiel de revenus (voir l'encadré « Terminologie utilisée dans cet article »).

Terminologie utilisée dans cet article

Cet article traite de la santé des femmes en tant que segment de marché. Les autrices reconnaissent l'importance des soins de santé pour les communautés transgenres, non binaires et de genre fluide, et le fait que toutes les personnes qui s'identifient comme des femmes ne sont pas nécessairement nées biologiquement femmes.

Les autrices utilisent souvent les termes « sexe et genre » afin de privilégier un langage inclusif, et reconnaissent la nécessité de mener à l'avenir des recherches en matière de santé qui incluent les communautés transgenres, non binaires et de genre fluide. Elles reconnaissent également les différences profondes qui existent entre divers groupes de femmes en fonction de facteurs tels que la race, l'origine ethnique, le statut socioéconomique, les incapacités, l'âge et l'orientation sexuelle. Des travaux et recherches supplémentaires devraient être consacrés à la manière de surmonter ces obstacles, parallèlement à la réduction globale des disparités en matière de santé des femmes.

Dans cet article, le terme « femme » inclut les personnes âgées de moins de 18 ans.

En s'appuyant sur des recherches précédentes du McKinsey Health Institute et du McKinsey Global Institute, les analystes ont quantifié cet écart en matière de santé en termes d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) et ont évalué dans quelle mesure cette différence résulte des obstacles structurels et systématiques auxquels les femmes sont confrontées (voir l'encadré « Méthodologie de recherche »).

Remédier au fait que les Canadiennes passent 24 % plus de temps en mauvaise santé que les hommes permettrait non seulement d'améliorer la santé et la vie de millions de femmes, mais aussi d'améliorer l'économie canadienne d'au moins 37 milliards de dollars par an d'ici 2040. Cette estimation est sans doute conservatrice, compte tenu de la sous-déclaration et du manque de données historiques sur l'état de santé des femmes, qui sous-dénombreront la prévalence et le fardeau sanitaire de nombreuses affections chez les femmes.

Le Canada se classe parmi les dix premiers pays au monde en matière d'égalité des sexes et constitue la neuvième plus grande économie mondiale.² Cependant, il occupe la cinquième place parmi les pays présentant les écarts économiques les plus importants en matière de santé des femmes par rapport à leur PIB prévu pour 2040, derrière l'Australie, la France, l'Allemagne et le Japon.³ Cela signifie que le Canada a la possibilité de renforcer son économie en améliorant la santé des femmes. À l'instar des travaux précédemment publiés par McKinsey sur le pouvoir de la parité, la contribution collective des femmes à la main-d'œuvre est un facteur déterminant de cette valeur et de cet impact.

Elle correspond également à l'objectif du Canada de voir toute sa population s'épanouir pleinement en matière de santé, de productivité et d'inclusion. Le moment est donc venu de remédier à des décennies de soins de santé indifférents aux besoins des femmes, qui ont entraîné des répercussions à long terme sur la vie des Canadiennes. Les disparités en matière de santé chez les femmes se sont révélées être un obstacle majeur à l'égalité entre les sexes et à l'égalité des chances économiques.

¹ « Life Expectancy », Our World in Data, 2023.

² « The power of parity: How advancing women's equality can add \$12 trillion to global growth », McKinsey Global Institute, 1^{er} septembre 2015.

³ « PIB (\$ US courants) », Groupe de la Banque mondiale, consulté le 9 octobre 2025.

Méthodologie de recherche

Évaluation des disparités en matière de santé chez les femmes et des possibilités de les réduire

Cet article s'appuie sur des travaux antérieurs réalisés par le McKinsey Health Institute en collaboration avec le Forum économique mondial. En 2024, des analystes ont utilisé les données du Global Burden of Disease (charge mondiale de morbidité) de l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) de l'université de Washington pour prédire la charge de morbidité jusqu'en 2040. (La charge mondiale de morbidité de l'IHME examine la mortalité et les incapacités, en quantifiant les pertes de santé liées à des centaines de maladies, blessures et facteurs de risque.) Les prévisions incluent les maladies entraînant la mort et les mauvaises conditions de santé, telles que les maladies infectieuses et les maladies chroniques. Les analystes ont quantifié cet écart en matière de santé en termes d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) et ont évalué dans quelle mesure cette différence résulte des obstacles structurels et systématiques auxquels les femmes sont confrontées. Les AVCI pour une maladie ou un problème de santé correspondent à la somme des années de vie perdues (AVP) en raison d'une mortalité prématurée et des années vécues avec une incapacité (AVI) en raison de la prévalence de la maladie ou du problème de santé dans une population.

Afin d'évaluer dans quelle mesure la charge de morbidité pourrait être réduite, McKinsey a examiné de manière approfondie les données cliniques relatives aux 64 principales maladies touchant les femmes, qui représentent près de 86 % de la charge de morbidité mondiale.¹ Cet examen s'est concentré sur environ 180 interventions, fondées sur les directives d'établissements de premier plan tels que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de périodiques tels que *The Lancet*.

Pour chaque intervention liée aux 64 maladies, McKinsey a évalué les facteurs suivants :

- identification de la réduction potentielle de la morbidité et de la mortalité², transposée à toutes les maladies, en tenant compte des différences entre les hommes et les femmes afin de déterminer les disparités en matière de santé des femmes;
- projection des scénarios de référence pour la population totale et la population active, avec l'expansion des interventions dans le domaine de la santé et des interventions visant à renforcer les capacités de la population active;
- estimation de la durée nécessaire pour profiter pleinement des avantages, en tenant compte du temps de mise en œuvre et du délai avant l'apparition des avantages pour la santé.

Quantification des retombées économiques

Pour déterminer les retombées économiques potentielles des interventions de santé proposées, les analystes ont utilisé des prévisions démographiques et relatives à la population active jusqu'en 2040.³ Ces gains en matière de santé se traduisaient par une augmentation de la participation au marché du travail, de la productivité et des gains économiques grâce à quatre facteurs : la diminution du nombre de décès prématurés, la réduction des problèmes de santé, l'augmentation de la capacité à contribuer à l'économie et l'amélioration de la productivité. Les hypothèses utilisées pour estimer les incidences sont fondées sur des études universitaires et ont été vérifiées par des expert-es.

Cette analyse reconnaît ce qui suit :

- **Évolution de la charge de morbidité.** McKinsey ne fait aucune prévision concernant les maladies et reconnaît que des événements imprévus tels que la COVID-19 peuvent modifier les projections. Les données sur la charge

de morbidité de l'IHME représentent les meilleures données disponibles.

- **Efficacité des interventions.** Étant donné que les preuves scientifiques en constante évolution peuvent être peu concluantes, la recherche a intégré les contributions d'expert-es universitaires et cliniques.
- **Innovations futures.** McKinsey s'est concentrée sur les technologies de pointe et a consulté des expert-es dans ce domaine.
- **Réduction des disparités en matière de santé des femmes.** Les analystes ont supposé que si les interventions existantes sont plus efficaces ou plus fréquemment adoptées par les hommes, les mêmes taux pourraient être atteints chez les femmes. Là où l'efficacité en fonction du genre n'était pas évaluée, l'analyse supposait un écart entre les genres similaire à ceux pour lesquels des données étaient disponibles.
- **Implications économiques.** L'analyse économique émet des hypothèses sur les choix du marché du travail, par exemple sur la manière dont l'âge et la santé influencent la participation à la population active. Des données telles que les statistiques actuelles sur la population active et les changements potentiels sur le marché du travail ont été prises en compte.
- **Manque de données.** Le sous-dénombrement et la sous-évaluation des maladies et de leur impact sur la santé des femmes conduisent probablement à une sous-estimation des disparités en matière de santé des femmes, tant sur le plan sanitaire que financier. Par conséquent, le véritable écart dépassera probablement toutes les estimations présentées dans cet article.

¹ Mesurée en années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI), qui comprennent les années vécues avec une incapacité (AVI) et les années de vie perdues (AVP).

² Réduction par pays, tranche d'âge, maladie, facteur de risque, année analysée; mesurée en décès, années vécues avec une incapacité (AVI) et années de vie perdues (AVP).

³ « Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) », IHME; *ILO labour force estimates and projections: 1990–2030*, Organisation internationale du Travail, novembre 2017.

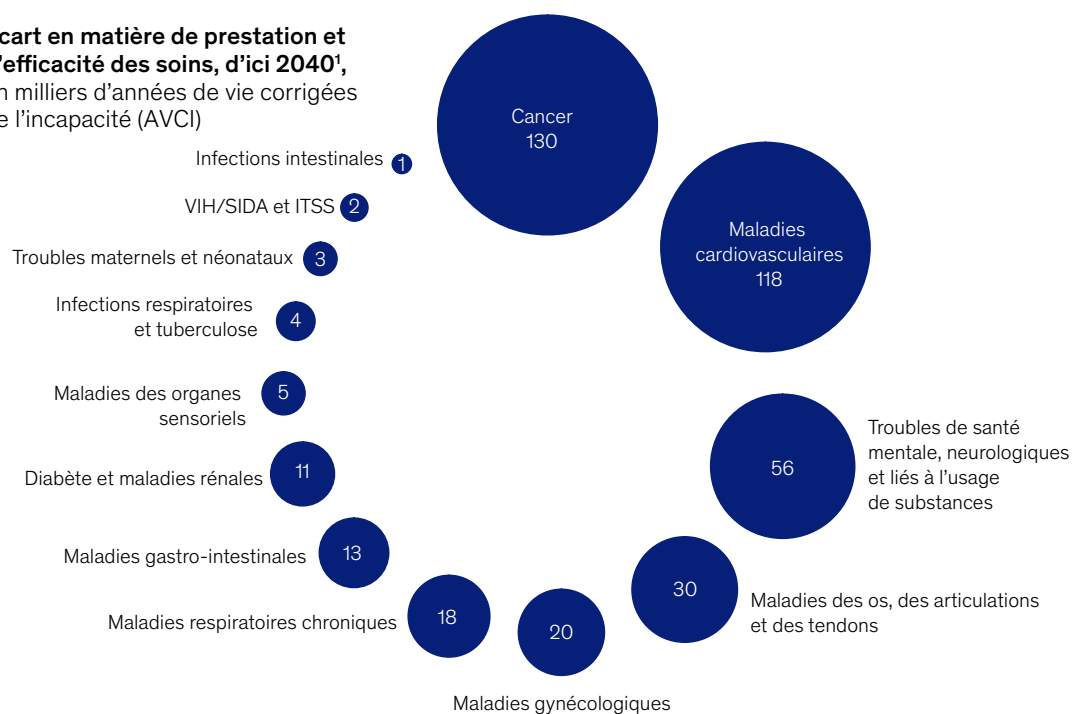
Disparités en matière de santé : les principaux problèmes de santé touchent les femmes de manière disproportionnée et différente

Pour s'attaquer aux problèmes de santé des femmes, il faut comprendre que leur biologie est fondamentalement différente de celle des hommes, au-delà des différences relatives aux organes reproducteurs. À l'échelle mondiale, la santé sexuelle et reproductive (SSR) et la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) ne représentent que 5 % du fardeau de santé des femmes.⁴ Par ailleurs, si l'on examine certains des problèmes de santé de la population canadienne, plus de la moitié des dix affections les plus fréquentes touchent les femmes de manière disproportionnée ou différente, ce qui signifie qu'elles peuvent être plus récurrentes chez les femmes que chez les hommes, ou représenter une charge de morbidité plus importante. Par exemple, les maladies cardiovasculaires peuvent varier entre les hommes et les femmes : les symptômes d'une crise cardiaque, notamment, se manifestent différemment. Selon un rapport de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, les premiers signes d'une crise cardiaque ont été ignorés chez 78 % des femmes⁵ (figure 1).

Figure 1

Le cancer, les maladies cardiovasculaires et les troubles cérébraux représentent 75 % des disparités en matière de santé chez les femmes au Canada.

Écart en matière de prestation et d'efficacité des soins, d'ici 2040¹, en milliers d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI)



¹Les maladies tropicales négligées avaient un impact prévu de zéro AVCI d'ici 2040 et ne sont donc pas indiquées.

Source : Eurostat; ILOSTAT; rapport de 2019 de l'Institute for Health Metrics and Evaluation, utilisé avec autorisation, tous droits réservés; National Transfer; OCDE; Oxford Economics; analyse du McKinsey Health Institute; données sur le PIB : Indicateurs du développement mondial

McKinsey & Company

⁴ « Closing the women's health gap: The \$1 trillion opportunity », Kweilin Ellingrud, Lucy Pérez, Anouk Petersen, et Valentina Sartori, McKinsey, 17 janvier 2024.

⁵ Les Incomprises : Bulletin du cœur 2018 de Cœur + AVC, Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2018.

Incidence économique : le Canada pourrait dégager 37 milliards de dollars en PIB

La santé des femmes et leur productivité sont étroitement liées. Une mauvaise santé réduit la participation économique, ce qui diminue les revenus et compromet l'accès aux soins de santé, créant ainsi un cercle vicieux qui perpétue les inégalités en matière de santé. Le McKinsey Health Institute, en collaboration avec le Forum économique mondial, [estime que la réduction des disparités mondiales en matière de santé des femmes](#) pourrait permettre à ces dernières d'augmenter de 1,7 % le PIB mondial.

L'impact économique direct des disparités en matière de santé des femmes a été calculé à partir des prévisions démographiques et de main-d'œuvre jusqu'en 2040. Les gains en matière de santé étaient convertis en participation au marché du travail et en productivité, alors que les gains économiques étaient estimés selon quatre facteurs : la réduction des problèmes de santé, l'augmentation de la participation à la population active, l'amélioration de la productivité et la diminution du nombre de décès prématurés. Au Canada, l'impact direct est stupéfiant : 37 milliards de dollars⁶, soit presque l'équivalent du PIB généré par l'agriculture, la sylviculture, la pêche et la chasse. De surcroît, ce chiffre exclut les nouveaux domaines émergents tels que l'endométriose et le syndrome des ovaires polykystiques.⁷ À titre de contexte, une récente publication de McKinsey, intitulée « [The potential benefits of AI for healthcare in Canada](#) », indiquait que l'utilisation à grande échelle de l'IA pourrait permettre au système de santé canadien de réaliser des économies nettes de 14 à 26 milliards de dollars à court terme, ce qui améliorerait l'accessibilité financière sans nuire aux résultats et à l'expérience. Comblar l'écart en matière de santé des femmes est un objectif plus ambitieux et considérable, mais réalisable.

Le Canada se trouve également à un point d'inflexion en matière de productivité et de participation au marché du travail : autrefois leader mondial en termes de PIB par habitant-e, il connaît aujourd'hui la croissance économique la plus lente des pays du G7.⁸ Alors que le [McKinsey Health Institute](#) avait précédemment classé le Canada parmi les « pays avantageux pour les travailleuses », un rapport récent de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a révélé d'importantes disparités entre les provinces et les domaines, soulignant les risques croissants de pénurie de main-d'œuvre.⁹ Si ces tendances ne sont pas radicalement inversées, les Canadien·nes pourraient voir leur niveau de vie baisser considérablement et leur capacité à financer les priorités nationales diminuer. Ces priorités comprennent notamment un système de sécurité sociale solide, l'adaptation et la résilience au changement climatique, ainsi que les engagements en faveur de la paix et de la stabilité.

La figure 2 illustre les 4 facteurs permettant de réduire les disparités en matière de santé : la réduction des problèmes de santé, l'augmentation de la participation à la population active, l'amélioration de la productivité et la diminution du nombre de décès prématurés.

⁶ Sauf indication contraire, tous les chiffres sont en dollars canadiens.

⁷ *Produit intérieur brut (PIB) aux prix de base, par industries, moyenne annuelle (x 1,000,000) : Tableaux 36-10-0434-03*, Statistique Canada, 26 septembre 2025.

⁸ « The frozen north – Canada's economic stagnation », John Phelan, *Daily Economy*, 3 avril 2025.

⁹ « Équilibrer les besoins des Canadiens avec notre main-d'œuvre de la santé », ICIS, 24 octobre 2024.

Figure 2

L'amélioration de la santé des femmes représente une perspective économique pour le Canada.

Répartition de l'impact potentiel sur le PIB par source, d'ici 2040, en G\$

La réduction des disparités en matière de santé des femmes au Canada pourrait avoir un impact total de

37 G\$
sur le PIB

Participation accrue	16,1	Augmentation de la productivité	7,0
Réduction des affections	10,5	Réduction des décès prématurés	4,2

Source : Eurostat; ILOSTAT; rapport de 2019 de l'Institute for Health Metrics and Evaluation, utilisé avec autorisation, tous droits réservés; National Transfer; OCDE; Oxford Economics; analyse du McKinsey Health Institute; données sur le PIB : Indicateurs du développement mondial

McKinsey & Company

Le Canada ressort comme une grande économie où l'écart en matière de santé des femmes est disproportionné en termes économiques bruts. Effectivement, le pays se classe au cinquième rang mondial en termes de perte, en pourcentage du PIB, lorsqu'on le mesure par rapport au PIB prévu pour 2040 (figure 3). Ce résultat place le Canada parmi les pays présentant l'un des écarts les plus importants par rapport à la plupart des autres pays du G7, y compris les États-Unis, et à des pays présentant des écarts élevés, tels que l'Australie et le Japon. Cependant, lorsque l'on tient compte du PIB par habitant·e et de la production économique par personne, l'écart relatif se réduit, ce qui fait passer le Canada à la 16^e place. Ainsi, le Canada fait partie des cinq grandes économies ayant perdu la part absolue du PIB la plus importante en raison des disparités en matière de santé des femmes, mais il dispose de l'une des plateformes économiques les plus solides pour combler cet écart. Dans un pays qui dispose des ressources, des systèmes et des talents nécessaires pour faire avancer les choses, ne pas corriger cet écart ne serait pas une question de capacité, mais de choix.

Ces classements soulignent non seulement l'ampleur du défi, mais aussi les rendements exceptionnels que peuvent générer même de modestes progrès. Dans un contexte mondial, le Canada dispose à la fois de la capacité économique et de l'infrastructure de soins de santé nécessaires pour agir rapidement, montrant

Figure 3

L'écart en matière de santé des femmes au Canada représente la cinquième perte la plus importante en pourcentage de son PIB à l'échelle mondiale, ce qui est disproportionné par rapport à la taille de son économie.



Source : Eurostat; ILOSTAT; rapport de 2019 de l'Institute for Health Metrics and Evaluation, utilisé avec autorisation, tous droits réservés; National Transfer; OCDE; Oxford Economics; analyse du McKinsey Health Institute; données sur le PIB : Indicateurs du développement mondial

McKinsey & Company

ainsi l'exemple aux autres pays. En prenant des mesures concrètes, le Canada peut transformer une lacune systémique en avantage concurrentiel, en renforçant la participation à la population active, en améliorant la productivité au travail et en favorisant l'innovation dans la recherche en santé et la prestation des soins. De plus, les progrès réalisés dans ce domaine auraient des répercussions au-delà du cadre économique, renforçant la cohésion sociale et démontrant que le fait d'investir dans la santé des femmes favorise la prospérité nationale.

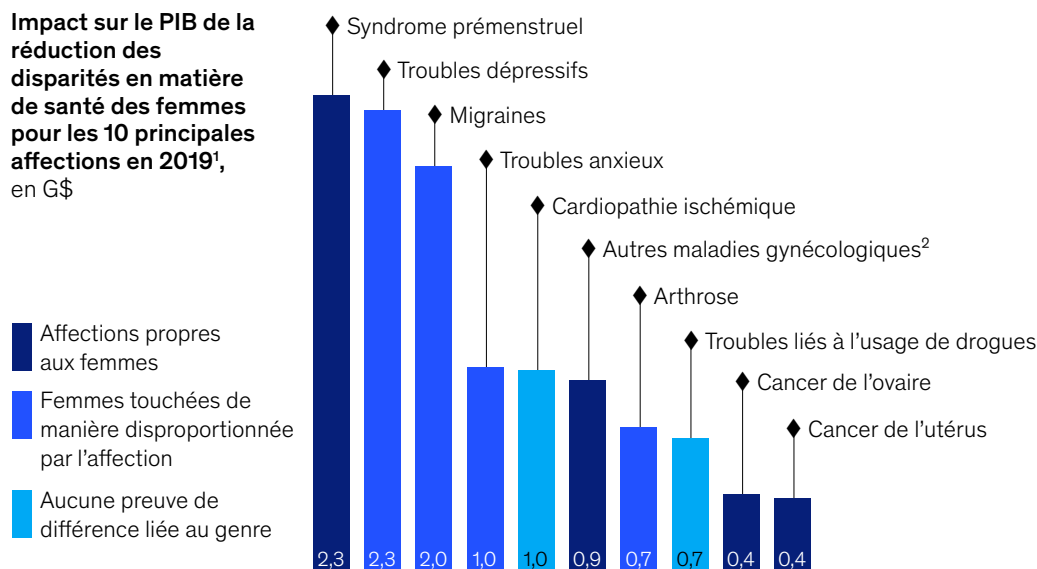
Il convient de noter que dix problèmes de santé touchent uniquement ou de manière disproportionnée les femmes et contribuent à environ un tiers de l'impact de 37 milliards de dollars sur le PIB (figure 4). Le fait de se concentrer sur ces problèmes pourrait permettre d'améliorer les résultats en matière de santé et de générer des gains économiques importants. En effet, le simple fait de combler l'écart en matière de syndrome prémenstruel, de troubles dépressifs et de migraines entraînerait des retombées de plus de 6 milliards de dollars sur le PIB canadien.

L'impact différencié : chaque province doit tenir compte de son contexte particulier

Les 37 milliards de dollars annuels que permettrait de générer la réduction des inégalités en matière de santé chez les femmes au Canada ne sont pas répartis de manière uniforme, mais cette variation offre la possibilité de mettre en place des stratégies plus judicieuses et plus localisées. Si l'on tient compte de la taille et de la répartition par âge de la population féminine, des taux de participation au marché du travail, des taux d'emploi et du PIB provincial par habitant·e, on constate que l'Ontario et le Québec représentent

Figure 4

Les dix principales affections contribuent à environ un tiers de l'impact sur le PIB du Canada.



¹Toutes les affections ayant un impact élevé sur le PIB ne sont pas responsables du pire taux AVCI par femme.

²Y compris la ménopause.

Source : Prévalence de l'endométriose selon l'OMS, base de prévalence pour le calcul de l'impact sur le PIB selon l'IHME (GBD 2019)

McKinsey & Company

à eux deux un gain potentiel de PIB de plus de 20 milliards de dollars. Ce chiffre témoigne de l'ampleur et de l'impact des mesures visant à réduire les disparités en matière de santé, ainsi que de leur contribution relative au PIB canadien (figure 5).

L'Alberta (6,1 milliards de dollars) et la Saskatchewan (1,4 milliard de dollars) se démarquent par des gains disproportionnés par rapport à leur part de la population nationale, ce qui indique des possibilités d'investissements à haut rendement dans la prestation de services, les interventions propres à certaines conditions ou l'élargissement de l'accès.¹⁰ Les occasions économiques dans ces provinces sont favorisées par la forte participation des femmes à la population active, malgré des taux d'emploi et des PIB plus faibles. Dans ces provinces, lorsque les femmes ne peuvent pas travailler en raison de leur état de santé, les répercussions sur le PIB sont plus importantes.

Dans les régions atlantiques et nordiques, bien que les valeurs économiques soient moins élevées, les arguments en faveur d'une action ciblée restent solides, en particulier lorsque l'accès aux zones rurales, le vieillissement de la population et les considérations d'équité se recoupent. Ces tendances régionales renforcent la nécessité de mettre en place des stratégies provinciales adaptées, en fonction de la maturité du système, de la dynamique démographique et de la capacité de mise à l'échelle.

Quelles sont les causes de cet écart?

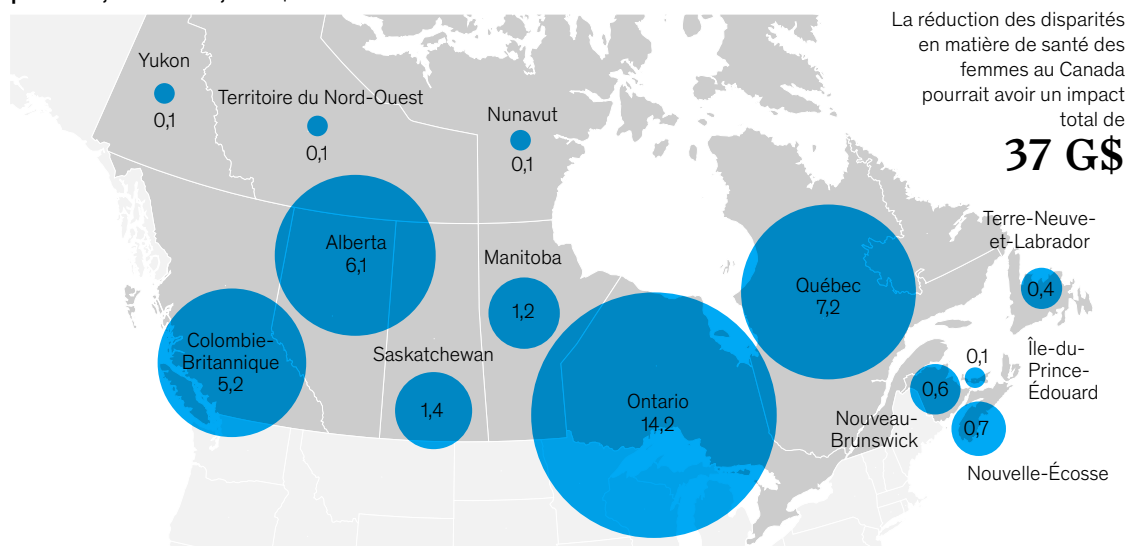
Il existe trois causes profondes à l'origine des disparités auxquelles les femmes sont confrontées en matière de soins de santé : l'efficacité, la prestation des soins et les données. Il est impératif de s'attaquer

¹⁰ Scénario de croissance moyenne selon les estimations de juillet 2024, Statistique Canada, consulté le 9 septembre 2025.

Figure 5

Chaque province et territoire se doit de contribuer à combler l'écart de 37 G\$ en matière de santé des femmes au Canada.

Valeur estimée générée par la réduction des disparités en matière de santé des femmes au Canada, par province, d'ici 2040, en G\$



Source : Eurostat; ILOSTAT; rapport de 2019 de l'Institute for Health Metrics and Evaluation, utilisé avec autorisation, tous droits réservés; National Transfer; OCDE; Oxford Economics; analyse du McKinsey Health Institute; données sur le PIB : Indicateurs du développement mondial

McKinsey & Company

à chacune d'entre elles, car elles déterminent dans quelle mesure les besoins des femmes sont compris, priorités et satisfaits. Les plus grandes lacunes en matière d'efficacité et de prestation des soins aux femmes au Canada se situent dans les domaines du cancer et des maladies cardiovasculaires, qui totaliseront ensemble plus de 200 000 AVCI d'ici 2040. En améliorant ces domaines, le Canada pourrait non seulement obtenir de meilleurs résultats en matière de santé pour des millions de femmes, mais aussi renforcer la résilience du système de santé, réduire les coûts à long terme et stimuler une croissance économique inclusive grâce à une main-d'œuvre en meilleure santé.

1. **Écart dans l'efficacité.** Près des deux tiers des disparités en matière de santé des femmes au Canada sont dus à des lacunes en matière d'efficacité, notamment dans les domaines des interventions de pointe contre le cancer et les maladies cardiovasculaires, du dépistage du cancer, de l'hormonothérapie, du traitement des troubles de la santé mentale et des soins psychologiques. Pendant des décennies, la recherche médicale et les essais cliniques se sont principalement concentrés sur la biologie masculine, créant ainsi un modèle « masculin par défaut » pour le diagnostic et le traitement. L'efficacité, c'est-à-dire le bénéfice mesuré dans le cadre d'essais cliniques rigoureusement contrôlés, a été largement déterminée à partir de cohortes qui comptaient trop peu de femmes. De ce fait, de nombreux problèmes de santé se manifestent différemment chez les femmes, voire passent inaperçus, ce qui entraîne des erreurs de diagnostic, un traitement insuffisant et un ralentissement de l'innovation dans le domaine des solutions de santé spécifiques aux femmes. Par exemple, les exacerbations aiguës de l'asthme sont à l'origine de plus de 80 000 consultations aux urgences chaque année au Canada, avec des symptômes tels que l'essoufflement, une respiration

sifflante, la toux ou une gêne respiratoire.¹¹ Des rapports provenant de l'Alberta démontrent qu'en moyenne, les femmes consultent au moins 30 % plus souvent que les hommes aux urgences pour des exacerbations liées à l'asthme.¹² Combler cet écart d'efficacité permettrait d'accélérer les progrès en matière de prévention, de diagnostic et de traitement adaptés aux profils physiologiques et hormonaux uniques des femmes.

2. **Écart en matière de prestation des soins.** Les différences en matière d'accès, de qualité et de continuité des soins touchent de manière démesurée les femmes, en particulier celles vivant dans les zones rurales, les populations autochtones, les communautés racisées et les groupes à faible revenu. La moitié des disparités en matière de prestation des soins au Canada est attribuable aux écarts dans les soins cardiovasculaires, notamment l'accès à des interventions de pointe, à des chirurgies et à des traitements pharmacologiques appropriés. Ces inégalités peuvent entraîner des diagnostics tardifs, des délais d'attente plus longs et des parcours de soins fragmentés. Les femmes racisées et issues de minorités sont souvent diagnostiquées à un stade plus avancé du cancer du sein en raison de directives de dépistage qui ne sont pas adaptées à leurs besoins.¹³ Par exemple, les Canadiennes d'origine sud-asiatique sont plus souvent diagnostiquées à un stade plus avancé que les autres groupes, ce qui limite les chances de réussite du traitement,¹⁴ et les femmes des communautés autochtones rurales et isolées se heurtent à des obstacles pour accéder au dépistage.¹⁵ De plus, les femmes inuites, métisses et de Premières Nations ont toujours été exposées à des risques plus élevés de complications à la naissance que les femmes non autochtones. En effet, alors que le taux de mortalité global des nourrissons canadiens était de 4,4 décès pour 1 000 naissances en 2021, le taux de mortalité infantile chez les Autochtones était plus de deux fois supérieur, soit de 9,2 décès pour 1 000 naissances.¹⁶

En outre, les lacunes en matière de soins à la pérимénopause et à la ménopause continuent d'affecter profondément les femmes, en particulier pendant qu'elles sont actives professionnellement. De fait, les symptômes de la ménopause peuvent être débilissants : environ 75 % des femmes subissent des bouffées de chaleur,¹⁷ ce qui a des répercussions sur leur productivité, leur bien-être et leurs perspectives économiques. Une étude réalisée en 2023 par la Mayo Clinic a estimé que les symptômes de la ménopause coûtaient environ 1,8 milliard de dollars par an aux employeurs américains en temps de travail perdu.¹⁸ Pendant près de 20 ans, de nombreuses femmes et prestataires de soins se sont appuyé-es sur des recommandations, aujourd'hui dépassées, qui associaient l'hormonothérapie substitutive (HTS) au risque de cancer du sein ou de maladie cardiaque. Les recommandations actualisées sur les avantages de l'HTS soulignent désormais la nécessité d'adopter des approches plus individualisées.¹⁹

Il convient également de noter qu'au Canada, entre un cinquième et un quart des femmes âgées de 15 ans et plus sont des immigrantes, c'est-à-dire qu'elles sont nées à l'étranger.²⁰ Si les approches

¹¹ « Severe asthma », Asthma Canada, consulté le 9 octobre 2025.

¹² « Acuity of asthma exacerbations in Alberta, Canada is increasing: A population-based study », Adil Adatia, Jalal Moolji, et Imran Satia, *Allergy, Asthma & Clinical Immunology*, 2023, volume 20, numéro 13; « Comparative effectiveness of long-term drug treatment strategies to prevent asthma exacerbations: Network meta-analysis », Rik J. B. Loymans et coll., *BMJ*, 2014, volume 338, numéro 348.

¹³ « Breast cancer incidence and mortality, by age, stage and molecular subtypes, by race/ethnicity in Canada », Anna N. Wilkinson, Carmina Ng, Larry F. Ellison, et Jean M. Seely, *Oncologist*, 2025, volume 30, numéro 8.

¹⁴ « How research is helping 'close the care gap' in cancer », Institut ontarien de recherche sur le cancer, 31 janvier 2023; « A population-based study of ethnicity and breast cancer stage at diagnosis in Ontario », O. M. Ginsburg et coll., *Current Oncology*, 2015, volume 22, numéro 2.

¹⁵ « Cancer screening interventions in indigenous populations: A rapid review », Janell Bryant et coll., *Current Oncology*, 2021, volume 28, numéro 3.

¹⁶ « What Canada's slipping global ranking in infant deaths says about the overall health of society », Yvette Brend, CBC/Radio-Canada, 8 avril 2023; « Taux de mortalité infantile », OCDE, consulté le 9 octobre 2025.

¹⁷ « Reproductive history and hot flashes in perimenopausal women », Karen Nakano et coll., *Journal of Womens Health*, 2012, volume 4.

¹⁸ « Impact of menopause symptoms on women in the workplace », Stephanie S. Faubion et coll., *Mayo Clinic Proceedings*, 2023, volume 98, numéro 6.

¹⁹ « The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society », *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 2022, volume 29, numéro 7.

²⁰ « Femmes au Canada : rapport statistique fondé sur le sexe », Statistique Canada, mis à jour le 4 avril 2013.

fondées sur des données probantes peuvent répondre à divers problèmes, pour parvenir à l'équité, la prestation des soins et le partage des connaissances devraient idéalement tenir compte des différences culturelles.²¹ Améliorer la prestation des soins afin qu'elle soit plus inclusive, mieux coordonnée et mieux adaptée aux besoins de chaque femme pourrait considérablement accroître les résultats tout en allégeant la pression sur les services de soins de courte durée. Cette démarche est primordiale pour les filles également, compte tenu des données émergentes concernant la précarité menstruelle.²²

3. **Manque de données.** La santé des femmes est compromise par le manque de données complètes, ventilées et longitudinales. Sans ces données, les chercheur-euses et les responsables politiques ne peuvent pas comprendre pleinement les caractéristiques des maladies, évaluer les interventions ou déterminer les domaines où les ressources sont les plus nécessaires. Bien que la récente initiative « Priorités partagées en santé » de l'ICIS – en collaboration avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, Statistique Canada, Inforoute Santé du Canada et Services intégrés pour les jeunes – constitue un premier pas vers l'élaboration d'indicateurs interprovinciaux comparables, les données propres aux femmes demeurent incomplètes.²³ Combler ce manque de données permettrait d'obtenir de nouvelles perspectives, de stimuler l'innovation ciblée et de prendre des décisions politiques qui entraîneraient des améliorations mesurables et durables à la santé des femmes. Le plus récent « Plan d'action sur l'analyse comparative fondée sur le sexe et le genre Plus de Santé Canada 2022-2026 » vise à renforcer l'intégration systématique des facteurs liés au sexe, au genre et à la diversité. Toutefois, certains mécanismes de mise en œuvre (par exemple, l'attribution de subventions, l'autorisation de médicaments ou de dispositifs médicaux) continuent d'accuser un retard par rapport à ceux de pays membres de l'OCDE tels que les États-Unis.²⁴

Appel à l'action

Réduire les disparités en matière de santé des femmes représente une occasion majeure pour le Canada. En effet, plus de la moitié des années de vie en bonne santé supplémentaires dont bénéficient les femmes et 75 % des gains de PIB se concrétisent pendant leur vie active. Les femmes produisent de puissants effets d'entraînement dans les communautés : elles constituent la majorité des enseignant-es (jusqu'à 75 %),²⁵ des infirmier-ères (jusqu'à 90 %)²⁶ et des proches aidant-es, des rôles qui améliorent la productivité des autres et renforcent les investissements à long terme dans l'éducation et la santé. Les femmes philanthropes investissent également différemment, triplant leurs dons depuis 2011 et recherchant des retombées concrètes, en particulier pour les femmes et les filles.²⁷

Prendre conscience du vaste potentiel d'amélioration des conditions de vie et des moyens de subsistance de la moitié de la population canadienne, tout en stimulant l'économie, est le catalyseur qui permettra de combler l'écart en matière de santé des femmes. Quatorze mesures fondamentales peuvent contribuer à produire un impact, et chaque aspect de cet effort nécessite l'engagement des responsables du secteur de la santé, des instituts de recherche, des responsables politiques, des innovateur-trices, des entreprises, des investisseur-euses, des philanthropes et de chaque citoyen-ne, ainsi que leur collaboration (figure 6). Cette initiative pourrait générer un potentiel économique de 37 milliards de dollars grâce à l'amélioration de la santé et de la participation économique des femmes, sans compter les nouvelles perspectives offertes par

²¹ « The 2023 nonhormone therapy position statement of The North American Menopause Society », *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 2023, volume 30, numéro 6; « Impact of menopause symptoms on women in the workplace », Stephanie S. Faubion et coll., *Mayo Clinic Proceedings*, 2023, volume 98, numéro 6.

²² « Menstrual health inequities and 'period poverty' in Canada », Ann C. Lee, Leisha Toory, et Megan E. Harrison, *Canadian Journal of Public Health*, 2024, volume 115, numéro 3.

²³ « Le poulx des soins de santé : mesurer les priorités partagées en santé au Canada, 2024 », ICIS, 24 octobre 2024.

²⁴ « Plan d'action sur l'analyse comparative fondée sur le sexe et le genre Plus de Santé Canada 2022-2026 », Santé Canada, mars 2022.

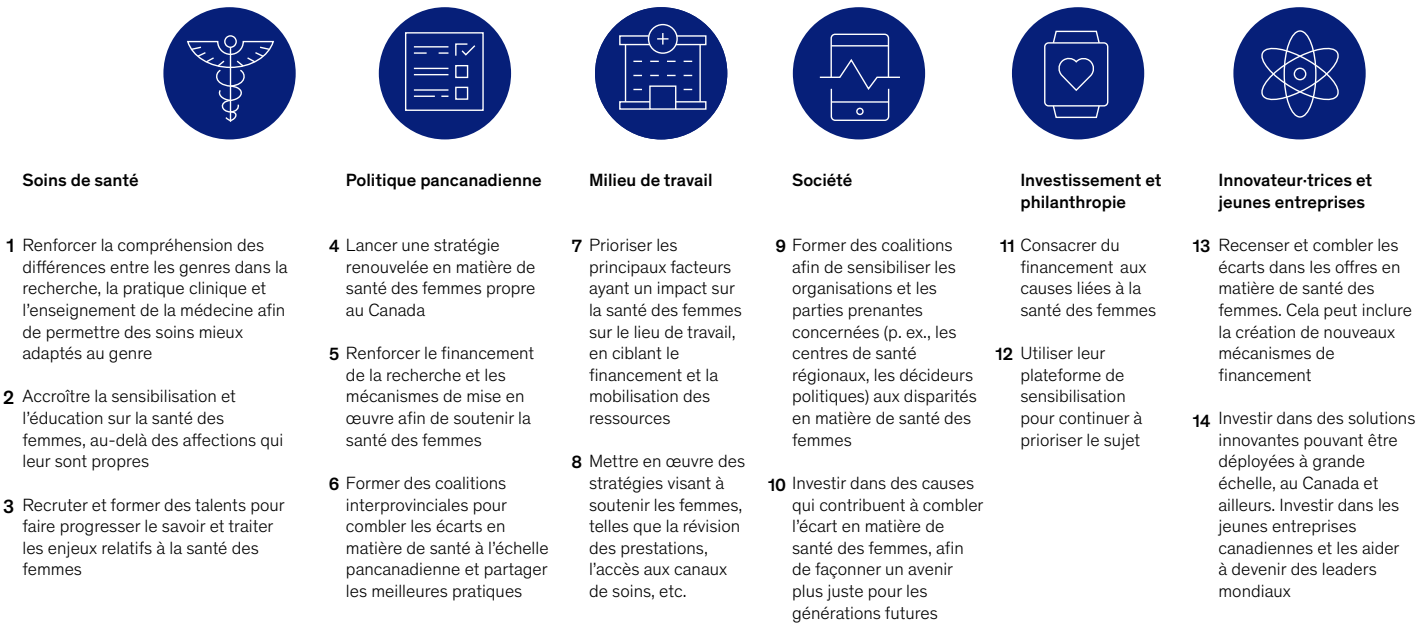
²⁵ « 6.2 Who are Canadian teachers? » dans *Understanding Canadian Schools: An Introduction to Educational Administration in Canada (6^e édition)*, University of Saskatchewan Open Press, 2021.

²⁶ « Statistiques sur les soins infirmiers », Association des infirmières et infirmiers du Canada, consulté le 3 septembre 2025.

²⁷ « New TD study reveals distinct giving behaviour among Canadian female philanthropists », TD Bank Group, 28 novembre 2023; « How – and how much – women give is changing the philanthropic landscape », *Philanthropist Journal*, 9 novembre 2022.

Figure 6

Nous devons tous·tes suivre 14 mesures fondamentales afin de créer un avenir meilleur.



McKinsey & Company

les marchés émergents (tels que la *femtech*). Le problème n'est pas de savoir si ces possibilités existent, mais bien qui prendra les devants pour les saisir et provoquer le changement.

Le Canada a besoin d'un plan d'action pour rattraper son retard en matière de santé des femmes. Même si l'écart est considérable, il est possible d'amorcer le changement en se penchant sur des maladies et des troubles de santé précis à l'échelle nationale ou provinciale. Si l'on réduit ces inégalités, les femmes seront en meilleure santé et l'économie en tirera des avantages durables, notamment une diminution des problèmes de santé, une participation accrue à la population active, une augmentation de la productivité et une réduction des décès prématurés, ce qui profitera aux femmes et se répercutera jusque dans leurs familles et leurs communautés. La réduction des disparités en matière de santé chez les femmes canadiennes n'est pas un coût, mais plutôt l'investissement le plus judicieux que notre pays puisse faire.

Vous trouverez plus de contenu comme celui-ci (en anglais seulement) sur

l'appli McKinsey Insights



Balayer • Télécharger • Personnaliser



Laurie Lanoue et **Marie-Renée B-Lajoie** sont des associées du bureau de McKinsey à Montréal, où **Sandrine Devillard** est associée senior. **Liza Vityuk** est une associée du bureau de Toronto, et **Lucy Pérez** est une associée senior du bureau de Boston.

Les autrices remercient Alley Adams, Alex Beauvais, Èvane Amico, Elaine Almeida, Heather Watt, Katie McLean, Leigh Jansen, Liela Touré, Marie Woindrich, Nathalie Khalaf, et Sarah Gitlin pour leurs contributions à ce travail.

Cet article a été édité par Elizabeth Newman, rédactrice en chef au bureau de Chicago.

Conçu par McKinsey Global Publishing
Protégé par le droit d'auteur © 2025 McKinsey & Compagnie. Tous droits réservés.