

**Financer un réseau intégré de santé
pour les Premières nations et les Inuits**

Document de travail

**Laurel Lemchuk-Favel
FAV COM
Le 22 février 1999**

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	i
Aperçu	1
Portée du document	3
Le contexte provincial	5
Financement intégré des soins de santé pour les Premières nations et les Inuits	8
Pourquoi l'intégration est-elle nécessaire?	8
1. Limites du transfert des responsabilités en matière de santé	8
2. Accent mis sur le système de santé de type occidental	9
3. Absence de programmes traditionnels ou respectueux des différences culturelles	9
4. Préoccupations relatives au transfert de coûts — l'exemple du Programme des SSNA	10
5. Facteurs qui limitent la réalisation de gains d'efficience dans le cadre du système actuel	22
6. Ressources déterminées par les fournisseurs	23
7. Orientations gouvernementales actuelles	24
8. Possibilité de reddition de comptes plus poussée	25
Les réseaux de santé autochtones	26
L'expérience des États-Unis	32
Facteurs à prendre en considération dans une approche fondée sur le financement intégré de la santé	35
Des soins de santé équitables	36
1. Taux de mortalité	39
2. Structure démographique	39
3. Risque socio-économique	39
4. Emplacement géographique et taille de la communauté	41
5. Exigences relatives à la capacité	42
Projections démographiques pour les Premières nations et les Inuits	43
Conséquences démographiques	43
Impact à long terme du projet de loi C-31 sur les règles régissant la transmission du statut	44
Portée du financement intégré de la santé	48
Aperçu provincial	50
1. DGSM	47
2. MAINC	48
3. Province de l'Ontario	51

4. Dépenses par habitant	57
Dépenses communautaires	58
1. DGSM	58
2. Province de l'Ontario	59
3. MAINC	62
Scénarios relatifs aux dépenses combinées	63
Structures et exigences communautaires	65
Économies d'échelle et approvisionnement	65
Organe directeur	67
Capacité	68
Exigences et principes	71
Contexte législatif	72
Projets pilotes	73
Observations	75
NOTES	82

Aperçu

Pour l'ensemble des membres des Premières nations et des Inuits, l'amélioration de l'état de santé des particuliers et des communautés constitue l'un des principaux objectifs de la réforme de services de santé. Deux objectifs complémentaires, mais distincts, permettront d'y parvenir : premièrement, assurer un accès équitable aux services de santé et, deuxièmement, améliorer l'efficacité et la rentabilité du réseau de la santé. La réforme des services de santé, qui découle de l'application d'approches contemporaines, a entraîné un réalignement fondamental du réseau : en effet, on a rapproché le contrôle de la communauté et institué des mécanismes d'allocations adaptés aux besoins locaux. Parmi les membres des Premières nations et les Inuits, les ententes de contribution initiale et les ententes de transfert actuel, en passant par les ententes touchant la prestation de services communautaires intégrés sont autant d'illustrations de la mainmise de plus en plus grande qu'exerce la communauté sur les services de santé.

Le présent document a pour but de stimuler le débat sur le financement intégré des services de santé destinés aux Premières nations et aux Inuits, approche en vertu de laquelle les ressources affectées à la santé, qu'elles proviennent des gouvernements fédéral ou provinciaux, seraient combinées de façon harmonieuse au niveau communautaire. De nombreuses communautés des Premières nations et des Inuits ont adopté avec succès l'initiative de transfert des responsabilités en matière de santé de Santé Canada et ont conçu ou conçoivent actuellement des réseaux de santé mieux adaptés aux besoins des Autochtones au niveau individuel aussi bien que communautaire. Cependant, le manque d'intégration et d'harmonie dans l'ensemble du spectre des programmes et des services de santé ont nui à ces innovations, dans la mesure où les fonds ou les services ont été assurés de façon indépendante aux divers ministères gouvernementaux. Le transfert des responsabilités en matière de santé a établi des précédents et mis des bases à la disposition de collectivités intéressées à se doter d'un réseau de santé mieux intégré, holistique et compatible avec l'objectif des Autochtones qu'est l'auto-détermination. Comme l'a éloquentement mentionné un professionnel de la santé mentale à l'occasion d'un atelier sur le suicide :

On croit parfois que le gouvernement, l'hôpital et les médecins ou les infirmières peuvent tout faire. Je crois cependant que la solution doit venir de l'intérieur des communautés... Nous devons assumer la responsabilité et le contrôle de ce qui se passe à l'intérieur de nos communautés. Nous ne pouvons plus rejeter le blâme sur le gouvernement, sur Ottawa ni sur qui que ce soit d'autre ¹.

La Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA) dans le cadre des longues délibérations qui se sont tenues sur le passé, le présent et l'avenir des peuples autochtones du Canada, a défini un nouveau paradigme pour la santé des Autochtones. Les quatre lignes directrices qui suivent ont été élaborées au terme des consultations les plus poussées et les plus complètes jamais menées dans l'histoire des peuples autochtones.

1. Résultats équitables sur le plan de la santé et du bien-être social
2. Holisme dans le diagnostic des problèmes, leur traitement et leur prévention
3. Mainmise des Autochtones sur leurs réseaux de santé
4. Diversité dans la conception des systèmes et des services ²

Les lignes directrices de la CRPA définissent un cadre pour la création et l'évaluation d'un nouveau modèle de financement pour les Premières nations et les Inuits. En ce qui concerne le premier point, l'allocation des ressources devrait être conçue de manière à faciliter l'atteinte d'un état sanitaire équitable par rapport aux populations non autochtones et entre peuples autochtones. Pour s'attaquer au problème de l'équité, on doit mettre l'accent non pas sur le financement des services, mais bien plutôt sur celui des besoins en matière de santé.

Le holisme témoigne de la perception qu'ont les peuples autochtones de la santé et du bien-être, laquelle s'apparente de près à un modèle de bien-être défini socialement à la lumière de grands déterminants de la santé. Le holisme suppose l'intégration optimale des services sociaux et des services de santé. Les services de santé et les services connexes devraient à tout le moins être coordonnés de manière holistique, compte tenu des résultats physiques, mentaux, affectifs et spirituels.

La mainmise sur les réseaux de santé n'est pas sans rappeler les aspirations des peuples autochtones à l'auto-détermination. De façon plus large, cependant, les recherches qui montrent que les personnes qui ont les événements de leur vie bien en main seront en meilleure santé et vivront plus longtemps montrent bien la valeur de cette approche. La CRPA soutient vigoureusement que l'approche à la pièce des programmes et des services de santé adoptée par les décideurs va à l'encontre de l'autonomie gouvernementale des communautés et des nations.

La diversité de la conception des systèmes et des services rend compte des approches culturelles différentes de la santé et de la guérison observées dans les groupes autochtones, soit les Premières

nations, les Inuits et les Métis. La diversité suppose également la coexistence d'approches traditionnelles de la guérison et du modèle occidental, qui constitue actuellement la structure de base des services de santé dans les communautés des Premières nations et dans les communautés inuites.

Portée du document

Le financement intégré décrit dans le présent document comprend les fonds affectés à la santé par Santé Canada et les provinces de même que des fonds connexes provenant du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (MAINC). On a défini des enjeux et des options aux fins de la tenue d'enquêtes et de consultations plus poussées. Dans le cadre de l'élaboration du présent document de travail, on a postulé certains principes fondamentaux des réseaux intégrés de santé des Autochtones. Un réseau intégré devrait :

- ▶ tabler sur les expériences et les progrès réalisés jusqu'ici au chapitre de l'amélioration du réseau de santé des Premières nations et des Inuits, y compris le transfert de responsabilités en matière de santé;
- ▶ être conforme à la volonté et au besoin des Premières nations et des Inuits d'exercer une mainmise réelle sur l'administration, la planification et le fonctionnement de leur réseau de santé;
- ▶ être suffisamment souple pour donner à un réseau de santé la possibilité de trouver des expressions uniques pouvant intégrer les points de vue autochtone et occidental;
- ▶ intégrer les connaissances actuelles sur les déterminants de la santé et leur contribution à la conception du réseau de la santé;
- ▶ favoriser la reddition de comptes envers les bailleurs de fonds, d'une part, et les Premières nations et les Inuits, d'autre part;
- ▶ s'aligner sur des objectifs liés à l'auto-détermination et à l'autonomie gouvernementale des Premières nations et des Inuits;
- ▶ s'adapter aux besoins en financement des soins de santé des Premières nations et des Inuits, lesquels peuvent varier selon la taille de la communauté, le lieu géographique et l'état de santé;
- ▶ reposer sur le principe de l'accès équitable aux ressources affectées à la santé;
- ▶ prévoir une vision à long terme d'un système de financement des soins de santé pouvant être mis en oeuvre au rythme souhaité par les communautés.

Même s'il a pour thème central la réforme du financement, on devrait voir dans le présent document un outil qui facilitera une réforme plus vaste du réseau de la santé visant l'intégration des services de santé, le but visé étant d'accroître l'efficacité et l'efficacite ainsi que d'améliorer l'état de santé des membres des Premières nations et des Inuits. Ainsi, on trouvera ici un aperçu des orientations de la réforme des services de santé qui compléteront une nouvelle approche du financement.

Pour illustrer cette approche du financement, on utilise les dépenses de 1997-1998 liées aux Premières nations de l'Ontario. On présente une analyse portant sur l'ensemble des dépenses liées à la santé et des dépenses connexes affectées aux Premières nations et aux Inuits, pour l'ensemble de la province et pour deux modèles d'administration de la santé chez les Premières nations : une communauté et un conseil tribal.

On trouvera également ici une analyse sur trois ans du Programme des services de santé non assurés (SSNA). Ce programme, qui compte aujourd'hui pour 52 p. 100 de la participation financière du gouvernement fédéral aux services de santé des Premières nations et des Inuits, est très sensible aux fluctuations du financement des divers secteurs du réseau de la santé. De par son mandat, en effet, le programme constitue un ultime recours pour les services médicalement nécessaires. Le Programme des SSNA, qui fait partie du budget global plafonné de Santé Canada, empiète sur l'équilibre des ressources affectées aux services de santé communautaire budgétisées : en effet, on a eu du mal à contrôler de façon efficace les coûts de la santé liés aux SSNA³. Dans le cadre de l'analyse, on s'est en particulier penché sur les preuves du transfert de coûts entre les différents bailleurs de fonds, dans la mesure où le budget des SSNA a été touché. On analyse ensuite les solutions possibles à ce transfert de coûts dans le contexte de la réforme de réseaux de la santé des Premières nations et des Inuits.

Enfin, le présent document ne vise pas à laisser entendre que les services actuellement financés par la Direction générale des services médicaux (DGSM) sont foncièrement inadéquats. Comme le transfert des responsabilités en matière de santé l'a montré éloquemment, il arrive souvent que des régimes de santé communautaire présentent une similitude remarquable avec les services fournis avant les transferts. Le piètre état de santé des membres des Premières nations et des Inuits (qui ne sera pas documenté ici) s'explique par une interaction complexe de facteurs : les conditions sociales, la situation économique, l'alimentation (dans certains cas), les conséquences de la *Loi sur les Indiens* sur la définition d'un réseau de réserves, les questions liées aux services offerts par les diverses compétences, les choix liés au style de vie, l'héritage des pensionnats, le déplacement de certaines communautés et, enfin, l'érosion générale de la culture et de la cohésion communautaires autochtones. Le financement

des services offerts aux Premières nations et aux Inuits doit cependant être conforme à une approche holistique de la guérison communautaire, familiale et individuelle placée sous le contrôle des Autochtones. De même, la segmentation du financement entre ministères des gouvernements fédéral et provinciaux limite les possibilités de gains d'efficacité, question pourtant absolument essentielle pour les communautés des Premières nations et des Inuits, qui essuient les contrecoups du plafonnement du financement fédéral et de la rationalisation provinciale.

Les communautés des Premières nations et des Inuits sont essentiellement incapables d'apporter des modifications au poste budgétaire le plus important, à savoir le Programme des SSNA, de s'attaquer de façon proactive aux conséquences de la réduction des services hospitaliers dans le secteur provincial ni de redéfinir le réseau des soins primaires axés sur les médecins pour répondre à la situation et à la culture propre aux Autochtones. Étant donné les besoins considérables des peuples autochtones dans le domaine de la santé et les résultats sans cesse médiocres révélés par les indicateurs de la santé, on ne s'attend pas à ce que la demande de services soit l'un des volets de l'équation du financement, diminuée à court terme. C'est du côté de l'offre qu'on devra contenir les coûts, ce que facilitera un financement intégré des soins de santé.

Le contexte provincial

Le présent document porte principalement sur les réseaux de santé des Premières nations et des Inuits, mais, comme ces réseaux subissent l'influence de réseaux provinciaux qui fonctionnent en marge des frontières des communautés et dépendent d'eux, on devra impérativement étudier brièvement les modifications récentes apportées aux réseaux provinciaux de la santé pour comprendre les facteurs pris en considération dans les réformes envisagées ici.

Au fil des ans, on a réalisé des progrès considérables dans la mise au point de cures et de traitements pour bon nombre des maux dont souffrent les populations, mais les percées biomédicales se sont révélées d'une utilité limitée en l'absence de la prise en compte à parts égales de deux autres aspects faisant pourtant partie intégrante de l'amélioration de l'état de santé d'une nation — soit les grands déterminants de la santé, y compris le mode de vie et les conditions socio-économiques, et la gestion, l'organisation et la prestation des services de santé, lesquelles ont un impact sur l'accessibilité des services de santé, l'utilisation efficace des ressources et l'efficacité des services fournis. C'est cette dernière variable, à savoir celle qui concerne la gestion, l'organisation et la prestation des services de santé, qui est la plus directement liée au financement de la santé. Cette corrélation s'observe au premier

chef dans les réseaux provinciaux de la santé, qui s'emploient péniblement à modifier leurs systèmes de prestations afin d'assurer une gestion plus efficace et plus efficiente de ressources limitées. Au Canada, la réforme des réseaux de la santé a été provoquée par la montée fulgurante des coûts de la santé à laquelle les provinces ont été confrontées dans les années 80, au même moment où le gouvernement fédéral limitait l'augmentation des transferts aux provinces au titre de la santé, avant, plus récemment, de les réduire carrément. Essentiellement, les provinces ont réagi de deux façons à la diminution des contributions fédérales.

- ▶ La première réaction provinciale a consisté à réorganiser le réseau de soins, pour des motifs budgétaires, certes, mais aussi dans l'intention d'améliorer la qualité des soins fournis. Cette réorganisation visait à intégrer les services de santé et à assurer un continuum, des soins primaires aux soins tertiaires en passant par les services communautaires. En réalité, la réforme a surtout porté sur la réduction des services dans le secteur qui, en 1993, comptait pour 41,7 p. 100 de l'ensemble des dépenses au Canada — les hôpitaux⁴. Des hôpitaux, particulièrement les établissements de soins actifs, ont fermé leurs portes, ont fusionné ou ont réduit le nombre de lits. On s'affaire à la définition d'un nouveau paradigme des soins de santé, centré sur l'utilisation des nouvelles technologies et les procédures visant à réduire la durée du séjour des patients. Dans le cadre de ce paradigme, on a réévalué les rôles des différents professionnels de la santé du réseau. Du même souffle, on s'en est remis dans une plus large mesure aux services communautaires de même qu'à des aidants naturels, qui assurent la prestation de soins auparavant assurée par des hôpitaux.
- ▶ La deuxième réaction provinciale a consisté à réaligner de façon fondamentale l'organisation et la gestion du réseau de santé de façon à le rapprocher des clients, à ramener l'allocation des ressources au niveau communautaire et, enfin, à confier à la collectivité la reddition de comptes aussi bien que la prise de décisions. Des initiatives de régionalisation ont donc été prises dans neuf des dix provinces (l'Ontario fait exception à la règle). Des conseils de la santé de district ou de région disposent d'enveloppes budgétaires dans lesquelles ils puisent pour financer les services selon les besoins sanitaires de la région; en outre, ils disposent de la marge de manoeuvre voulue pour adapter l'éventail de services offerts au mandat de *Loi canadienne sur la santé* et aux priorités provinciales en matière de santé. La portée des services varie d'une province à l'autre : à titre d'exemple, l'Île-du-Prince-Édouard inclut les services sanitaires, sociaux et correctionnels dans son enveloppe régionale, tandis que celle d'une autre province vise principalement les ressources affectées aux établissements de santé.

En ce qui concerne les Premières nations et les Inuits, l'affectation de ressources aux services de santé, malgré les progrès réalisés au chapitre de l'intégration des fonds grâce au transfert des responsabilités en matière de santé, se divise en ententes et en programmes distincts, et les gouvernements fédéral et provinciaux ont la responsabilité du financement des services de santé. Le volet fédéral des services de santé destinés aux Premières nations est financé par la DGSM de Santé Canada, même si le MAINC finance des services sociaux liés à la santé, par exemple les services à l'enfance et à la famille de même que les services aux adultes. La DGSM a pris des mesures en vue de l'intégration du financement de la santé dans le cadre du programme de transfert des responsabilités en matière de santé, mais, même pour ce qui est des communautés où le transfert a été effectué, des programmes nationaux, par exemple le Programme des SSNA, demeurent exclus de l'enveloppe budgétaire découlant du transfert.

Conformément à la *Loi canadienne sur la santé*, la participation des provinces aux programmes de santé pour les Premières nations et les Inuits passe d'abord et avant tout par la prestation de services médicaux et hospitaliers. Quelques provinces, par exemple l'Ontario, proposent des programmes sanitaires additionnels à l'intention des Autochtones ou des Premières nations et des Inuits. Dans les provinces où des offices régionaux de la santé ont assumé la responsabilité de l'allocation des ressources aux services de santé, ce sont les organismes en question qui sont chargés de la prestation des services de santé aux membres des Premières nations et aux Inuits vivant sur leur territoire. Si l'enveloppe dont dispose un office régional comprend les budgets des hôpitaux, on tient compte des personnes qui vivent dans des communautés des Premières nations ou dans des communautés inuites dans le calcul des ressources affectées aux établissements en question. Jusqu'ici, on n'a pas inclus les services médicaux assurés par les médecins dans les enveloppes budgétaires régionales. Cependant, un certain nombre de provinces étudient maintenant de nouveaux modes de paiement des ressources affectées aux médecins, par exemple la capitation établie en fonction des populations recensées ou inscrites. Par conséquent, les offices régionaux de la santé risquent un jour d'être appelés à administrer les budgets affectés aux soins primaires dispensés par des médecins, notamment les ressources allouées pour la prestation de services médicaux aux membres des Premières nations et aux Inuits de la région.

À l'heure actuelle, les stratégies de limitation et de réduction des coûts des soins de santé mis en place par les gouvernements fédéral et provinciaux qui ont une incidence sur les Premières nations et les Inuits fonctionnent en vase clos. Souvent, ces stratégies ont des répercussions plus profondes sur les communautés en question que sur la population en général, dans la mesure où les deux ordres de gouvernement fournissent des services. En outre, les réductions imposées par une administration

risquent de faire peser un fardeau plus lourd sur ceux assurés par une autre. On discutera cette question plus en profondeur dans une prochaine section du présent document.

Financement intégré des soins de santé pour les Premières nations et les Inuits

Pourquoi l'intégration est-elle nécessaire?

Dans l'aperçu qui figure dans le présent document, on a présenté certains des facteurs à l'origine de l'établissement d'un modèle de financement intégré des soins de santé. Cette nouvelle évolution des ententes de financement, qui se justifie de multiples façons, repose, comme on le montrera dans la présente section, sur la volonté des Autochtones d'exercer une mainmise plus grande sur les services de santé, sur la souplesse qu'exige la conception de programmes de santé, sur les orientations stratégiques actuelles du gouvernement fédéral et sur la capacité limitée du régime actuel de répondre de façon proactive aux réalités budgétaires que sont le plafonnement des ressources et l'augmentation de la population autochtone.

1. Limites du transfert des responsabilités en matière de santé

Comme on l'a déjà mentionné, l'un des premiers points à l'origine de la réforme du mécanisme de financement des soins de santé des Premières nations et des Inuits a trait à la volonté des Premières nations et des Inuits d'assumer une mainmise plus grande sur leur système de santé. Le transfert des responsabilités en matière de santé est le mécanisme actuellement mis sur pied pour céder un tel contrôle, mais il a fait l'objet de diverses critiques. Par exemple, certaines Premières nations estiment qu'il empiète sur leurs droits issus de traités et contrevient à la responsabilité fiduciaire du gouvernement fédéral. Les Premières nations s'inquiètent également des responsabilités et des rôles futurs de Santé Canada. Dans l'examen de la DGSM qu'il a réalisé en 1997, le Vérificateur général en est venu à la conclusion que le cadre du transfert était foncièrement solide, même si des mécanismes redditionnels et des procédures d'évaluation restaient à mettre au point. Il a souligné les préoccupations soulevées par certaines Premières nations, qui craignent que le gouvernement ne cherche à se délester de ses responsabilités et que les communautés ne seront pas prêtes à concevoir et à gérer de façon adéquate les programmes de santé dès lors que la DGSM se retirera du secteur de la prestation de services⁵. À la fin, certains en viendront peut-être — de façon injuste, parfois — à la conclusion que les bandes ou

les communautés administrent mal le dossier.

Les préoccupations des communautés qui ont assumé un transfert sont de nature plus opérationnelles. On considère le transfert comme une étape intermédiaire menant à l'auto-détermination dans le domaine des soins de santé, et non comme la dernière étape. On a dit que les transferts réalisés jusqu'ici se résument pour l'essentiel à une délégation administrative de services, les communautés affirmant être limitées dans le type et la portée des programmes de santé qu'elles peuvent mettre en oeuvre aux termes du transfert des responsabilités en matière de santé. Malgré l'objectif avoué du transfert, soit « permettre aux communautés indiennes de concevoir des programmes de santé, d'établir des services et d'allouer des fonds selon les priorités sanitaires communautaires », des communautés estiment que leurs plans communautaires finaux approuvés s'apparentent aux programmes et aux services de la DGSM. Le phénomène s'explique peut-être en partie par le fait que le budget visé par le transfert ne porte pas sur la totalité des ressources des communautés dévolues aux soins de santé et que le transfert ne leur permet pas d'accéder au budget affecté aux médecins (responsabilité des gouvernements provinciaux) ni à d'autres ressources touchant les soins primaires, par exemple les soins dentaires, les soins de la vue et la chiropratique (toujours exclus du transfert dans l'enveloppe de la DGSM). Les fonds destinés aux soins primaires admissibles au transfert, particulièrement dans les petites communautés qui ne comptent que des services d'infirmières visiteuses et un représentant en santé communautaire, n'offrent que des possibilités limitées et partielles de mise en commun des ressources aux fins du remaniement des réseaux.

2. Accent mis sur le système de santé de type occidental

Le réseau canadien de la santé est axé sur les services curatifs. De même, il valorise les aspects physique et mental au détriment des volets spirituel et culturel du mieux-être. L'absence d'intégration des services sociaux et des services de santé au niveau du gouvernement fédéral, des Premières nations et des Inuits ainsi que de la plupart des provinces aggrave le phénomène. Ainsi, il n'y a pas d'approche unique et concertée visant à améliorer l'état général de santé au moyen de la satisfaction des besoins biomédicaux et sociaux d'une communauté. L'intégration du financement mettra à la disposition des communautés des Premières nations et des communautés inuites un outil qu'elles pourront utiliser pour assurer une coordination plus grande des services de santé et des services connexes, ce qui jettera les bases de l'intégration future des services sociaux, au fur et à mesure que les communautés donnent suite à leurs aspirations à l'autonomie gouvernementale.

3. Absence de programmes traditionnels ou respectueux des différences culturelles

Les programmes de santé respectueux des différences culturelles, dont les peuples autochtones ont pourtant affirmé clairement qu'ils étaient essentiels à l'amélioration du mieux-être des communautés et de particuliers, se font toujours rares. Partant, on ne retrouve pas couramment d'approche holistique de la guérison. Dans le présent document, on ne se prononce pas en faveur d'un mode particulier de guérison, occidental ou traditionnel. À la place, on définit des aspects des réseaux de la santé qui pourraient être améliorés de façon à faciliter la délégation du financement aux communautés. Dans la section intitulée « Les réseaux de santé autochtones », on s'intéressera plus en détail aux vues des Autochtones sur la prestation des services de santé.

4. Préoccupations relatives au transfert de coûts — l'exemple du Programme des SSNA

Comme on l'a mentionné ci-dessus, les Premières nations et les Inuits sont particulièrement vulnérables au transfert des coûts, étant donné que trois ministères principaux (le ministère provincial de la Santé, Santé Canada et Affaires indiennes et du Nord canadien) affectent des ressources au services de santé et aux services connexes des Premières nations et des Inuits, de façon indépendante et sans consultation. Cette situation peut avoir de graves conséquences. À titre d'exemple, les provinces qui ont adopté une politique dynamique de rationalisation ou de fermeture des hôpitaux refilent des coûts au secteur des soins à domicile, les patients recevant leur congé plus tôt. Le coût des soins infirmiers dans les réserves relève de la compétence fédérale de l'avis de la plupart des gouvernements provinciaux; par conséquent, l'enveloppe budgétaire fédérale doit faire une place aux augmentations des dépenses liées aux soins à domicile. En réalité, l'enveloppe fédérale est déjà étirée au maximum en raison des pressions de plus en plus grandes qui se font sentir sur le Programme des SSNA, et il est difficile, voire impossible d'accommoder toute augmentation des dépenses liées aux services de santé communautaire.

Dans un système fermé créé par l'intégration de toutes les ressources affectées à la santé, les Premières nations et les Inuits auraient les moyens de s'attaquer de façon proactive aux problèmes de compétences comme le transfert des coûts. Dans l'analyse qui suit, on s'intéresse en profondeur au Programme des SSNA dans la Région de l'Ontario afin d'y repérer des exemples de transfert de coûts de la part du gouvernement provincial. Dans la préparation du présent rapport, on a recensé peu de preuves du transfert de coûts aux gouvernements provinciaux ou territoriaux par le gouvernement fédéral. Certains soutiendront sans doute que l'application arbitraire du plafonnement des fonds alloués aux services de la DGSM offerts à une population dont les besoins sont considérables et dont la

population connaît un essor non négligeable équivaut essentiellement à transférer des coûts aux provinces, à supposer qu'il existe des services vers lesquels se tourner. Le peu d'informations dont on dispose sur l'utilisation des services de santé ontariens par les Premières nations ne permet pas de conclure à un transfert vers les services provinciaux. Comme on le montrera dans une section ultérieure, l'utilisation des services du Régime d'assurance-maladie de l'Ontario (RAMO) par les membres des Premières nations, telle qu'illustrée par les dépenses par habitant, a diminué depuis le début des années 90 et est nettement inférieure à celle qu'on observe dans le reste de la population ontarienne.

En ce qui concerne la plupart des services de santé des Premières nations et des Inuits, on se bute à un problème sans issue. Le gouvernement fédéral fournit-il des services parce que les gouvernements provinciaux ne le font pas? Si les gouvernements provinciaux ne fournissent pas de services, est-ce parce que les services en question sont déjà assurés par le gouvernement fédéral? La question des SSNA est beaucoup plus tranchée. Le Programme des SSNA est un programme fédéral de dernier recours en vertu duquel on fournit les services suivants : des médicaments d'ordonnance, des soins dentaires, des soins de la vue, y compris des lunettes, des examens de la vue et des réparations des montures, les fournitures médicales comme les fauteuils roulants, les béquilles, les prothèses auditives et les orthèses, le transport à des fins médicales vers des établissements situés à l'extérieur de la communauté, y compris les repas et l'hébergement, les services de santé mentale (intervention en cas de crise) et les cotisations à l'assurance-maladie pour les citoyens de la Colombie-Britannique et de l'Alberta issus des Premières nations. Avant le renouvellement du mandat des SSNA par le Conseil du Trésor, certains services paramédicaux comme la podiatrie, la chiropratique et la physiothérapie étaient également couverts.

Modifications des services assurés par les provinces

Le transfert de coûts du gouvernement provincial au Programme des SSNA peut prendre deux formes :

a) Élimination directe de services assurés par la province. Le plus souvent, ce sont des médicaments qui sont désassurés. Si, par exemple, le régime d'assurance-médicaments d'une province retire un produit de la liste des médicaments assurés, les membres de Premières nations et les Inuits admissibles se tournent vers le Programme des SSNA pour obtenir le remboursement des dépenses liées à l'achat des médicaments désassurés. La modification de la fréquence à laquelle certains services assurés peuvent être remboursés, par exemple les soins

optométriques en Ontario, ou la désassurance pure et simple de certains services, par exemple les soins dentaires ou optométriques dans d'autres provinces, constitue d'autres exemples.

Dans une étude récente menée par William M. Mercer Ltd. pour le compte du Secrétariat de l'initiative de coordination des soins de santé du gouvernement fédéral, on s'est penché sur les dépenses affectées aux soins de santé de clients fédéraux (y compris Santé Canada) non visés par la *Loi canadienne sur la santé*. Ainsi, on a constaté que, à la lumière des tendances récentes, les clients fédéraux devraient se montrer tout particulièrement préoccupés par la délégation plus poussée des services de santé. Étant donné qu'elles bénéficient d'une protection supplémentaire assurée par les programmes fédéraux, les Premières nations constituent, aux yeux des auteurs, une cible facile, étant donné que ce sont les programmes fédéraux qui devraient prendre à leur charge les services désassurés par les provinces. Dans le cadre de l'étude en question, on s'est penché sur sept principaux secteurs continuellement visés par les initiatives de délégation des dépenses ⁶ :

Médicaments d'ordonnance : Dans les provinces où une protection est toujours offerte, par exemple l'Ontario, le Québec et le Manitoba, on en est venu à la conclusion que les médicaments d'ordonnance constituaient le risque unique le plus important pour les ministères fédéraux. On estime que les clients fédéraux font face à la menace d'une désassurance complète. Lorsque les Premières nations ont été soustraites au régime d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique, le Programme des SSNA a dû absorber des coûts additionnels de 4 millions de dollars.

Soins de la vue : Le rapport Mercer est antérieur aux plus récentes modifications apportées aux prestations relatives aux soins de la vue en Ontario. Cependant, on y prévoit une restriction imminente de la protection ou un resserrement des critères d'admissibilité. Comme on le mentionne ci-dessous, les modifications apportées à l'assurance des soins de la vue en Ontario cette année n'ont pas eu d'effet sur les revenus du Programme des SSNA.

Services paramédicaux : Les provinces comme la Colombie-Britannique, l'Alberta et l'Ontario assurent des services paramédicaux, en fonction de remboursements maximums (par visite et par année). Dans le rapport Mercer, on laisse entrevoir la possibilité d'une nouvelle délégation : en effet, ces services peuvent être considérés

comme discrétionnaires et, par conséquent, plus vulnérables à des réductions de budget. Il s'agit d'un secteur qui échappe au Programme des SSNA, dans la mesure où les services paramédicaux ne font pas partie du mandat du programme.

Services dentaires : Si on excepte les interventions chirurgicales, les provinces assurent peu de services dentaires. On pourra ultérieurement modifier l'âge des enfants assurés ou limiter la protection en fonction du revenu. Ces mesures auraient un impact considérable sur le Programme des SSNA, dont les soins dentaires constituent un des éléments de base.

Services ambulanciers : Les services ambulanciers terrestres pourraient être désassurés, ce qui aurait un effet considérable sur les clients du Programme des SSNA, qui vivent pour la plupart en milieu rural et chez qui le taux d'hospitalisation est élevé.

Services de santé mentale des provinces : Certains membres des Premières nations ne vivant pas dans une réserve ont accès à des centres de santé communautaire parrainés par les provinces. Selon le rapport Mercer, ces services pourraient être désassurés.

Programme des appareils et accessoires fonctionnels : Selon le rapport Mercer, le Programme des appareils et accessoires fonctionnels de l'Ontario pourrait faire les frais d'une future mesure de désassurance, qui passerait par le resserrement des critères d'admissibilité en fonction du revenu.

b) Modifications du réseau de la santé des provinces. Les modifications du réseau de la santé des provinces sont un facteur à partir duquel il est plus difficile de déterminer les impacts quantitatifs sur le Programme des SSNA. Néanmoins, de telles modifications pourraient avoir une influence marquée sur le programme. Cette influence pourrait être directe (soustraire plus rapidement les patients à la protection offerte par la *Loi canadienne sur la santé*, par exemple en leur donnant leur congé plus tôt) ou indirects (mauvais résultats pour la santé). On analyse ces deux facteurs ci-dessous :

Mauvais résultats pour la santé : S'il est certain qu'aucun réseau provincial ou territorial de la santé n'apportera sciemment une modification susceptible d'avoir des

effets négatifs sur les clients, cette inquiétude a surgi dans toutes les administrations qui ont restructuré leur réseau de santé. La création d'un réseau de la santé mieux adapté, plus rentable, plus efficace et plus pertinent a été l'un des objectifs de toutes les réformes. Or, les critiques dont ont fait l'objet les efforts de restructuration pour l'essentiel portaient sur la rapidité avec laquelle elles ont été mises en oeuvre et l'incapacité des nouveaux modes de prestation de services de remplacer de façon opportune les soins hospitaliers traditionnels, par définition coûteux.

À l'intérieur du réseau hospitalier qui reste, divers regroupements de professionnels et de clients ont soulevé des doutes à propos de la disponibilité des soins (diminution du nombre de lits et distance plus grande à parcourir pour se rendre dans les hôpitaux qui restent) et de leur qualité (effectifs réduits pour répondre aux besoins des patients). Les plus récentes stratégies de réinvestissement dans les services de santé, réelles et proposées, adoptées par les gouvernements provinciaux et fédéral qui ont remis de l'ordre dans leurs finances tendent à valider la légitimité de ces préoccupations. Des personnes qui ne peuvent obtenir un lit, dont la convalescence est ralentie ou qui rechutent en raison de séjours plus courts : voilà autant de facteurs qui ont des répercussions sur les coûts du Programme des SSNA.

Remplacement des services hospitaliers : Le raccourcissement des séjours dans les hôpitaux de soins actifs a été l'un des effets les plus visibles de la restructuration. Indépendamment du débat qui entoure les résultats de la santé dans le contexte post-restructuration, des coûts bien réels ont été transférés à l'extérieur des établissements hospitaliers. Étant donné que les chirurgies d'un jour remplacent les procédures qui supposent l'hospitalisation et que les patients qui obtiennent leur congé plus tôt ont besoin de services à domicile, on doit multiplier les services à domicile, lesquels doivent fournir des soins de plus en plus actifs. Comme les services assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* se trouvent souvent, en ce qui concerne les services aux Premières nations et aux Inuits, à la frontière entre les compétences provinciales et fédérales, l'impact financier de la restructuration va au-delà du Programme des SSNA pour se répercuter sur l'ensemble des services de santé communautaire des Premières nations et des Inuits. Cependant, les effets se font bel et bien sentir sur le Programme des SSNA, notamment l'augmentation du coût des médicaments que l'hôpital aurait fourni à même ses budgets généraux ou que génère l'état de santé plus précaire des

patients en dehors d'un centre médical, l'augmentation des dépenses liées à l'équipement et aux fournitures nécessaires pour assurer des soins médicaux à domicile et, enfin, l'augmentation des frais de transport des patients qui ont obtenu un congé précoce et qui doivent revenir à l'hôpital pour un examen ou une nouvelle admission.

Autres modifications des réseaux de santé

En raison de son étendue, le Programme des SSNA, qui porte sur les fournitures médicales et l'équipement sanitaire, doit répondre aux transformations du milieu clinique, lesquelles ne sont pas liées aux activités de restructuration des provinces. Parmi ces facteurs, citons :

Évolution technologique : Comme les fournitures médicales et le matériel sanitaire sont visés par le Programme des SSNA, l'évolution technique aura une incidence sur les dépenses. À titre d'exemple, il arrive que les intraveineuses utilisées aux fins des soins à domicile, les glycomètres utilisés par les diabétiques, et des fournitures de base comme des bandages, soient nouveaux et améliorés et, par conséquent, coûtent plus cher. De nouveaux médicaments plus efficaces entraînent également une augmentation des dépenses au titre des SSNA.

Guides de pratique clinique : Les fournisseurs de soins de santé uniformisent les protocoles de traitements dans l'espoir d'assurer des soins plus efficaces et plus appropriés. La mesure se traduira peut-être par un régime de traitements plus précoces de même que par l'admissibilité d'un plus grand nombre de personnes aux traitements. Le fait de modifier les guides de pratique clinique pour le traitement du diabète, soit adopter un seuil moins élevé pour les niveaux de glycémie, se traduit par le début plus hâtif des traitements. Les traitements en question entraînent l'utilisation de glycomètres, d'aiguilles, de seringues et ainsi de suite.

Données démographiques changeantes

Les membres des Premières nations vivent plus longtemps, et la population augmente : le moment venu d'évaluer la demande dont fait l'objet le Programme des SSNA, il s'agit de deux facteurs très importants. On a associé le vieillissement de la population à la montée des coûts de la santé, en particulier au titre des médicaments et des soins à domicile. De même, des questions relatives au mode de vie peuvent également avoir une incidence sur l'utilisation des prestations. On commence à peine à comprendre que le sida risque sous peu de prendre des proportions épidémiques parmi les populations

autochtones, et les coûts élevés de la maladie font sentir leurs effets dans tous les secteurs du réseau de la santé et de l'aide sociale. À titre d'exemple, le traitement des personnes atteintes du sida qui souhaitent rester à la maison ou rentrer chez elles se traduira par une augmentation de la demande de services à domicile et de soins spécialisés et appropriés dans les communautés.

Peut-être peut-on aussi simplement expliquer l'augmentation des coûts des SSNA par une utilisation accrue. La présente analyse ne vise pas à déterminer si cette utilisation accrue est imputable à une détérioration de l'état de santé des membres des Premières nations, à une meilleure sensibilisation aux services disponibles, à l'accessibilité plus grande de services de plus en plus administrés par des Premières nations et respectueux des différences culturelles ou à d'autres facteurs.

Le Programme des SSNA dans la région de l'Ontario

On a analysé le Programme des SSNA de la Région de l'Ontario sur une période de trois ans, catégorie de prestations par catégorie de prestations, afin d'évaluer le rôle du transfert de coûts entre administrations et ses relations avec les augmentations de dépenses. On a retenu la plus récente période de trois ans (de 1995-1996 à 1997-1998). Cette période comprend le renouvellement du mandat des SSNA imposé par le Conseil du Trésor, qui a essentiellement entraîné une forme de « désassurance », les services paramédicaux ayant une fois pour toutes été rayés de la liste des services assurés par le Programme des SSNA. Même si certaines des ressources, par exemple les soins des pieds et la chiropratique, ont trouvé un créneau ailleurs dans le budget de la région, ces mesures, lorsqu'on considère l'ensemble du budget des SSNA, n'ont fait que freiner la montée provoquée par d'autres composantes, en particulier les médicaments et le transport pour raisons médicales.

Comme le montre la figure 1, la période qui va de 1995-1996 à 1997-1998, soit celle qui a été choisie aux fins de l'examen, exclut la montée vertigineuse des coûts qu'on a connu au début des années 90. En 1994-1995, l'augmentation continue des coûts du Programme des SSNA a plafonné, et la stabilisation qui a suivi coïncide avec le plafonnement budgétaire du Programme de la DGSM dans son ensemble découlant de la nouvelle politique. En 1995-1996, on a autorisé une augmentation de 6 p. 100 de l'enveloppe budgétaire de la DGSM suivie par des augmentations de 3 p. 100 chacune (majoration établie à partir des niveaux de 1994-1995) pour 1996-1997 et 1997-1998.

Dans le Programme des SSNA, on a observé une diminution des dépenses totales de 2,6 p. 100 entre 1995-1996 et 1996-1997. Comme on l'expliquera ci-dessous, cette diminution est quelque peu

artificielle dans la mesure où des ressources liées au budget des SSNA ont simplement été déplacées, même si des économies réelles et substantielles ont été réalisées au titre du programme des soins dentaires. Entre 1996-1997 et 1997-1998, les coûts des SSNA ont augmenté de 6,7 p. 100, en raison principalement de la stabilisation de bon nombre de catégories de prestations, phénomène dont les effets ont toutefois été annulés par les augmentations observées au titre des médicaments, des fournitures, de l'équipement et du transport.

Aux figures 2 et 3, on trouve une description visuelle des tendances relatives aux dépenses dans les principales catégories du Programme des SSNA : soins dentaires, médicaments, fournitures médicales et équipement sanitaire, services des professionnels de la santé, contrats des professionnels de la santé, contrats dans les domaines du counseling et de la santé mentale, soins de la vue et transport. Afin d'illustrer les modifications des prestations au cours de la période de trois ans visée, on a divisé en trois les dépenses relatives aux professionnels de la santé. Dans la figure 2, on présente les dépenses brutes en dollars courants, ce qui donne une idée macroéconomique des fluctuations réelles des dépenses liées aux prestations.

Dans la figure 3, on a converti les dépenses brutes en dollars constants de 1986 (ce faisant, on a tenu compte de l'inflation en utilisant l'indice des prix à la consommation). En outre, on fournit des valeurs par habitant. Par conséquent, on a tenu compte à la fois de l'inflation et de l'augmentation de la population, de sorte que les fluctuations des dépenses, en l'absence de modifications de la liste des prestations admissibles, peuvent être attribuées à deux facteurs : les modifications du prix et de l'utilisation de chacun des éléments.

La figure 2 montre que, en réalité, c'est dans la catégorie des médicaments, des fournitures médicales et de l'équipement sanitaire (15,5 p. 100) et du transport (27,7 p. 100) que le Programme des SSNA a connu des augmentations substantielles au cours de la période de trois ans visée. On note aussi une légère augmentation dans la catégorie des soins de la vue (2,1 p. 100). Dans l'ensemble, cependant, le budget du Programme des SSNA n'a augmenté que de 3,9 p. 100. Pour expliquer cette faible augmentation générale, on doit procéder à une analyse catégorie de prestations par catégorie de prestations.

Soins dentaires

Traditionnellement, la catégorie de prestation que représentent les soins dentaires a donné lieu à une majoration des coûts incontrôlée. En Ontario, par exemple, les coûts des soins dentaires ont, de 1990-

1991 à 1994-1995, connu une augmentation de 67,6 p. 100⁷ (données non montrées); sur la foi d'analyses antérieures, on retient un certain nombre d'explications possibles : augmentation de la population admissible, majoration du coût des traitements et utilisation plus poussée par personne. Cependant, en 1996-1997, on a, à l'échelon du pays, mis en place un programme tributaire de la fréquence d'utilisation, en vertu duquel on impose des limites à certaines procédures, par exemple l'hygiène dentaire. Cette nouvelle politique a entraîné un creux passager dans les dépenses totales. Cependant, on n'a pu mesurer la mesure dans laquelle un tel programme permettrait de réduire les coûts à long terme puisque, dès l'année suivante, on a assujéti tous les soins dentaires à un programme de prédétermination. Maintenant, tous les régimes de soins dentaires doivent être soumis à l'examen et à l'approbation de la DGSM, et on favorise une approche holistique des besoins en soins dentaires des patients. Ces deux stratégies de gestion ont permis très efficacement de contenir les coûts du budget des soins dentaires au cours des deux dernières années, et même de les réduire. En dollars indexés, le budget a diminué de 22,3 p. 100; si on tient compte de l'inflation et de l'augmentation de la population, la diminution par habitant, en dollars constants, était de 29,1 p. 100 au cours de la période de 1995-1996 à 1997-1998.

Médicaments, fournitures médicales et équipement sanitaire

Au début des années 90, on a observé dans la catégorie des médicaments, des fournitures médicales et de l'équipement sanitaire une augmentation des coûts semblable à celle qu'a connue le programme des soins dentaires. Dans ce cas, les dépenses en dollars indexés ont crû de 59,1 p. 100 de 1990-1991 à 1994-1995 (données non montrées). Si, dans le cadre du programme de soins dentaires, on est parvenu à mettre en place des stratégies de gestion efficaces pour contenir les coûts, l'augmentation dans la catégorie des médicaments, des fournitures médicales et de l'équipement sanitaire s'est poursuivie au cours des trois dernières années, bien que de façon moins spectaculaire. Au cours de la période visée, ils ont augmenté de 15,5 p. 100 en dollars indexés ou de 5,4 p. 100 en dollars constants par habitant. La Région de l'Ontario n'a pas eu à subir d'importants coûts découlant de la désassurance de médicaments par le régime de médicaments gratuits de l'Ontario⁸. Le gouvernement de l'Ontario est la seule province à coordonner les prestations avec la DGSM, ce qui signifie que les membres admissibles des Premières nations sont visés par le Programme de médicaments gratuits de l'Ontario.

Une modification du Programme de médicaments gratuits de l'Ontario a récemment eu un impact sur le Programme des SSNA. Le 15 juillet 1996, le gouvernement de l'Ontario a en effet imposé le versement d'une quote-part de 2 \$ sur les médicaments d'ordonnance vendus à des personnes à faible revenu ou à des assistés sociaux et de 6,11 \$ (avec une franchise de 100 \$) pour les aînés célibataires qui gagnent

plus de 16 000 \$ par année ou les couples qui gagnent plus de 24 000 \$ par année qui sont clients du Programme de médicaments gratuits de l'Ontario. On estime à 2 millions de dollars les coûts additionnels assumés par le Programme des SSNA au cours des deux dernières années ⁹.

Pour contenir la montée des coûts des médicaments, on a adopté deux stratégies au niveau national. Ainsi, on a institué le processus d'examen de l'utilisation des médicaments afin d'évaluer les habitudes liées à la prescription et à l'utilisation des médicaments de même qu'à l'exécution des ordonnances ainsi que de miser sur des activités et des interventions capables d'optimiser l'effet des médicaments. Ensuite, le Programme a récemment instauré un système de traitement des demandes aux points de service, ce qui permet de saisir les demandes et de les approuver en temps réel. À l'heure actuelle, 80 p. 100 des pharmacies sont en ligne. Certaines catégories de médicaments ne sont vendus qu'une fois leur admissibilité préalablement établie. On dit des deux stratégies qu'elles ont permis de contenir les coûts des médicaments ¹⁰.

Soins de la vue

Au cours des trois dernières années, les dépenses relatives aux soins de la vue sont essentiellement demeurées stables : en effet, les coûts en dollars indexés ont crû de 2,1 p. 100 en 1995-1996 à 1997-1998; quant aux dépenses par habitant en dollars constants, elles ont diminué de 6,8 p. 100, malgré la modification récente de la fréquence des examens de la vue admissibles en vertu du RAMO. Au moment où elle instaurait une politique assujettie à la fréquence d'utilisation, la province de l'Ontario a prévu une exception en vertu de laquelle les ophtalmologistes peuvent exiger un examen additionnel pour certaines affections, comme le glaucome. La DGSM n'a donc pas eu à assumer le coût des examens de la vue additionnels considérés comme nécessaires sur le plan médical, lesquels sont visés par la liste des exemptions définies par la province.

Services des professionnels de la santé

Les services paramédicaux, qui constituaient un volet mineur du Programme des SSNA, n'ont jamais fait partie du mandat initial du Programme. À la suite du renouvellement du mandat imposé par le Conseil du Trésor, les services paramédicaux ont définitivement été rayés de la liste. Comme le montre le tableau 2, les dépenses relatives aux services des professionnels de la santé se sont élevées à tout juste un peu plus de 1 million de dollars en 1995-1996; deux années plus tard, la catégorie a été entièrement supprimée. On y retrouvait les soins des pieds, la chiropratique, l'orthophonie et la physiothérapie d'urgence. En 1996-1997, une somme de 350 000 \$ liée aux soins des pieds a été retirée et convertie en fonds opérationnels dans le cadre du budget des soins infirmiers du Programme

pour les diabétiques. L'année suivante, une somme analogue a été retirée des services de santé de base pour la chiropratique. La Région de l'Ontario s'apprête à décider si elle pourra ou non soutenir le programme de chiropratique. Aujourd'hui, la DGSM assume la portion des coûts des soins chiropratiques non remboursés par le RAMO. Comme les soins chiropratiques ne sont pas régis par un barème prescrit, les chiropraticiens facturent de 25 \$ à 95 \$ la visite (le RAMO rembourse environ 10 \$). Si, dans la Région de l'Ontario, le programme est conservé, la DGSM devra établir un niveau de quote-part uniforme. Les services d'orthophonie et de physiothérapie d'urgence ne sont plus visés par le Programme des SSNA puisque, par définition, les services d'urgence devraient être remboursés par le régime provincial d'assurance-maladie ¹¹ .

Contrats pour les professionnels de la santé

La catégorie comprenait les contrats relatifs à la santé mentale. En 1996-1997, les sommes ont été converties en fonds de fonctionnement dans le cadre du programme Pour des collectivités en bonne santé.

Contrats pour le counseling et la santé mentale

De 1995-1996 à 1997-1998, on note une diminution de 27,7 p. 100 en dollars indexés dans cette catégorie de prestations; pourtant, c'est pendant les deux premières années de la période que la baisse réelle est survenue. En 1995-1996, on a institué les services de santé mentale rémunérés à l'acte, et on a analysé le Programme des SSNA afin de recenser les services ne répondant pas à ce critère. Les services de santé mentale rémunérés à l'acte qui auraient dû faire partie du programme Pour des collectivités en bonne santé ont été supprimés. Au cours de deux dernières années, on a observé une majoration de 30 p. 100 des coûts dans cette catégorie, phénomène imputé à l'augmentation de la demande de services ponctuels d'intervention en cas de crise, lesquels sont actuellement financés par le Programme des SSNA.

Transport

Au cours des trois années visées, les services de transport, qui étaient remboursés à l'acte par la DGSM, ont été confiés aux Premières nations en vertu d'ententes de contribution. Dans l'ensemble, les coûts de transport sont en hausse de 27,7 p. 100 en dollars indexés ou de 16,5 p. 100 en dollars constants par habitant. Cette augmentation a été imputée à la demande des clients. Au cours de la période de 1995-1996 à 1997-1998, il s'agit de la plus importante hausse unique qu'ait dû absorber le Programme des SSNA.

Les services ambulanciers constituent une préoccupation larvée dans la Région de l'Ontario. Actuellement, les services ambulanciers sont assortis du versement d'une quote-part de 45 \$ qu'assume le Programme des SSNA. Or, la province est en voie de céder l'administration des services de transport d'urgence aux municipalités. Même si la province a donné aux municipalités l'assurance que seuls les modes d'administration et de prestation de services allaient changer, et non les modes de financement, la réaction des municipalités demeure pour le moment incertaine. Les services ambulanciers offerts en Ontario sont considérés comme coûteux et inefficients en regard de normes internationales, et l'attention portée à cette question par les médias obligera les administrations municipales à s'attaquer au problème. Un délestage de coûts pourrait avoir de graves conséquences sur le Programme des SSNA en Ontario.

Résumé

Les deux principaux secteurs dans lesquels le Programme des SSNA continue de voir ses coûts augmenter sont les médicaments, les fournitures médicales et l'équipement sanitaire, d'une part, et les transports d'autre part. Le coût des services de santé mentale offerts dans le cadre d'interventions d'urgence ont aussi augmenté. Cependant, il s'agit d'une catégorie de prestations dont l'ampleur est nettement moindre. Dans l'ensemble, le Programme est parvenu à contenir les coûts grâce à l'instauration d'un mécanisme de prédétermination pour les services de soins dentaires, l'élimination des services paramédicaux (qui, pour la plupart, ont été transférés à d'autres catégories de dépenses) et le transfert des ressources affectées aux services de santé mentale rémunérés à l'acte au programme Pour des collectivités en bonne santé.

Voici des exemples de transfert des coûts :

- ▶ dans le cadre du Programme de médicaments gratuits de l'Ontario, la province exige le versement de quotes-parts, dont le Programme des SSNA fait les frais;
- ▶ les services de physiothérapie et d'orthophonie d'urgence (qui, dans la Région de l'Ontario, ont été soustraits au Programme des SSNA);
- ▶ l'augmentation des coûts des médicaments, des fournitures médicales, de l'équipement sanitaire et des soins à domicile, réputée imputable à la rationalisation des services offerts par les hôpitaux de soins aigus.

Au nombre des services qui pourraient être désassurés par le gouvernement de l'Ontario, citons :

- ▶ les médicaments d'ordonnance;
- ▶ les services paramédicaux;

- ▶ les services ambulanciers;
- ▶ les services provinciaux de santé mentale;
- ▶ le Programme des appareils et accessoires fonctionnels.

Voici d'autres inducteurs de coûts qui ont une incidence sur le Programme des SSNA :

- ▶ les coûts plus élevés de la technologie et des médicaments;
- ▶ les guides de pratique clinique;
- ▶ les données démographiques changeantes;
- ▶ l'utilisation accrue des services.

5. Facteurs qui limitent la réalisation de gains d'efficience dans le cadre du système actuel

Les programmes transférés ne comptent que pour une petite partie des ressources totales de la Région de l'Ontario. Dans les deux communautés ontariennes où un transfert a été effectué et qui sont visées dans le présent document, les programmes comptent pour environ 37 p. 100 du budget moyen de la DGSM, étant donné que le Programme des SSNA et certains autres programmes administrés de façon centrale ne sont pas compris. Si on tient compte des dépenses provinciales, la proportion des programmes transférés chute à 26 p. 100 des ressources totales affectées par la DGSM et l'Ontario aux services de santé dans les deux communautés (voir la figure 9). De nos jours, tous les réseaux de la santé se préoccupent du contrôle des coûts. Or, il est difficile, voire impossible, de contenir les coûts lorsque des organisations et des gouvernements différents possèdent chacun une partie des ressources totales. C'est donc dans des parties du réseau de la santé qu'on doit chercher à réaliser des gains d'efficience, dans les limites du possible. On ne peut procéder à une réforme plus large, par exemple en recourant à des stratégies d'adaptation de la main d'oeuvre, en vertu desquelles on affecterait à des infirmières praticiennes une partie des sommes prévues pour les médecins, étant donné qu'il s'agit de ressources provinciales (budgets affectés aux médecins) et que les provinces se montrent réticentes à l'idée de s'ingérer dans des domaines réputés de compétence fédérale (infirmières communautaires). On s'en tient ici aux généralités : en effet, il existe des exceptions. Le gouvernement provincial verse des fonds aux infirmières praticiennes qui exercent leur métier dans la région visée par l'office de la santé nordique de Weeneebayko. Cette situation est en quelque sorte unique dans la mesure où elle concerne la réorganisation d'un réseau de la santé autour d'un hôpital auparavant exploité par la DGSM, aujourd'hui administré par des Premières nations.

Même à l'intérieur des administrations, la réforme des services de santé a ses limites. Le Programme des SSNA exerce ses activités au niveau régional et national. En raison de son ampleur (507,7 millions de dollars au pays en 1997-1998), il fonctionne un peu comme un régime d'assurance collective dont la seule taille entraîne une réduction considérable des risques (liés à la maladie et à l'utilisation). En raison de la taille du programme, les régions sont également en mesure de négocier des taux préférentiels pour les achats de soins dentaires, de médicaments et d'autres fournitures médicales. Fait ironique, il est difficile, en raison de la portée et de la taille du Programme, de gérer les pratiques des fournisseurs de services de santé : ainsi, il est exposé à un autre type de risques, à savoir les mauvaises pratiques de gestion et la satisfaction des intérêts personnels des fournisseurs. Dans le cadre d'un régime aussi vaste, il est difficile de contrôler les pratiques de chacun des professionnels de la santé, et la pratique usuelle consiste à effectuer des vérifications aléatoires. À titre d'exemple classique, citons les services dentaires, où la montée des coûts s'est révélée incontrôlable. Par ailleurs, il n'est pas rare que des dentistes adoptent des pratiques inappropriées. Récemment, l'établissement de la prédétermination, système en vertu duquel les régimes de soins dentaires doivent être approuvés au préalable par les bailleurs de fonds, a semblé renverser la tendance à la montée des coûts. Cependant, il est encore trop tôt pour conclure que la mesure permettra de contenir les coûts des soins dentaires à long terme. Une stratégie antérieure, à savoir le remboursement des consultations selon une fréquence donnée, n'a eu que des effets à court terme au chapitre de la réduction des coûts, phénomène qu'on a imputé au fait que les fournisseurs se sont tournés vers des soins moins fréquents mais plus coûteux (par exemple les traitements de canal plutôt que les simples obturations) pour maintenir leurs niveaux de revenus antérieurs.

Les cas d'abus commis par les clients constituent, au sein du Programme des SSNA, un autre aspect difficile à contrôler en raison de la structure impersonnelle et colossale du Programme. Le Vérificateur général a défini certains risques à cet égard, par exemple le fait que certains clients touchent des niveaux excessifs de prestations tandis que d'autres abusent des médicaments d'ordonnance ou ne les utilisent pas à bon escient ¹².

L'incapacité d'instaurer d'autres types de mécanismes de financement susceptibles de se révéler plus rentables ou mieux adaptés aux besoins d'une population, par exemple la conclusion d'ententes avec des fournisseurs salariés ou contractuels au niveau local, de préférence à la rémunération à l'acte, constitue une autre des limites inhérentes à l'administration régionale des SSNA. Or, on a eu recours à une telle approche dans une communauté ontarienne : là, le contrôle du Programme des SSNA a été confié au niveau local, ce qui s'est soldé par des économies considérables dans les services dentaires.

Ces économies ont été réorientées vers d'autres secteurs du réseau intégré de services de santé et de services sociaux.

6. Ressources déterminées par les fournisseurs

Le système actuel, dans lequel les services sont pour l'essentiel remboursés à distance et directement dans le cadre d'interactions entre le patient et le professionnel (du moins en ce qui concerne le Programme des SSNA, de même que les services offerts par les hôpitaux et les médecins dans les provinces), a une capacité limitée de contrôler le rendement ou encore de s'adapter pour répondre aux besoins communautaires. La qualité des services fournis n'est assujettie à aucun incitatif financier. La conclusion de contrats directs avec des professionnels ou des organisations rendra possible l'inclusion de mesures du rendement. En outre, l'établissement d'une relation plus contractuelle, plus rapprochée entre les fournisseurs et les organisations du domaine de la santé permettra de répondre aux besoins de la population, dans le respect des préoccupations et des exigences des fournisseurs.

7. Orientations gouvernementales actuelles

L'entente de financement proposée dans le présent document est conforme à l'orientation stratégique du gouvernement fédéral. Dans la politique relative aux droits inhérents qu'il a annoncée dans son énoncé de principes de janvier 1998 intitulé *Rassembler nos forces*, le gouvernement fédéral promet l'établissement d'une nouvelle relation budgétaire assurant un financement plus stable et plus prévisible. Cette relation permettra aux gouvernements des Premières nations d'exercer une autonomie et une indépendance plus grandes au moyen de la création d'ententes de transfert élargies, de l'exercice de pouvoirs budgétaires par les Premières nations et, enfin, d'une autonomie gouvernementale à part entière, du partage des ressources et des revenus et, enfin, d'incitatifs visant à accroître la capacité des Premières nations de générer des recettes autonomes ¹³.

Par la voie de la négociation avec les gouvernements autochtones, provinciaux et territoriaux, le gouvernement fédéral est déterminé à conclure des ententes pluriannuelles établissant des formules de financement claires, lesquelles garantiront des sources de revenus plus stables et plus prévisibles, ce qui facilitera la planification des programmes et la planification financière ¹⁴.

Le gouvernement fédéral considère l'intégration des mécanismes de financement de divers ministères gouvernementaux comme une avenue pour améliorer le financement des Premières nations et des Inuits,

par exemple Santé Canada et le MAINC. L'initiative, appelée *Entente de financement Canada-Premières nations* vise principalement à réaliser des économies au titre de l'administration, et non à présenter de nouveaux modes de financement plus novateurs ¹⁵.

La promesse de relations financières futures allant au-delà de la délégation administrative novatrice est cependant dans l'esprit de l'initiative fédérale *Rassembler nos forces*. Le gouvernement fédéral, grâce à une certaine participation provinciale, s'affaire à la mise au point de mécanismes de systèmes de transferts financiers de gouvernement à gouvernement pour les gouvernements des Premières nations. Pour décrire les buts de ces transferts de projets, on utilise les mots « juste », « stable » et « équitable »

¹⁶.

8. Possibilité de reddition de comptes plus poussée

La reddition de comptes découle du contrôle. En ce qui concerne les programmes et les services de Premières nations, les gouvernements invoquent l'obligation de rendre des comptes dans la perspective des « normes gouvernementales sur l'administration des finances, des mesures de contrôle internes, les comptes publics et les vérifications ¹⁷ ». Le modèle de financement proposé dans le présent document postule l'exercice d'un contrôle plus grand par les Premières nations et les Inuits, qui créeront un réseau de santé dans le contexte des besoins holistiques en santé de la communauté. Dès lors qu'on aura établi une relation claire entre la capacité de travailler à la satisfaction des besoins dans un système ouvert aux changements et aux réformes novatrices (ce qui exige une mainmise considérable sur le système) et le produit — des programmes et des services conçus par les communautés —, les bases de la reddition de comptes aux commettants auront été jetées. L'obligation de rendre compte est double, dans la mesure où elle vise à la fois le gouvernement (bailleur de fonds) et les membres de la communauté, le fardeau le plus lourd concernant ces derniers. En vertu d'une approche fondée sur le financement intégré des soins de santé, les organisateurs du réseau de la santé ne se buteront plus aux limites imposées par un financement cloisonné, et on pourra d'autant plus facilement répondre aux besoins de la communauté que les ressources seront à la remorque des besoins (à l'heure actuelle, on doit répondre aux besoins au moyen des programmes existants). C'est au réseau de santé de la communauté qu'il incombe de veiller à ce que cette dernière soit consultée et que la conception des services de santé tienne compte des résultats, de faire état d'améliorations au chapitre des résultats pour la santé, de gérer les ressources de façon efficiente et efficace, d'évaluer la satisfaction de la communauté, d'améliorer sans cesse le réseau, de fonder les décisions prises relativement à la conception et à la mise en oeuvre des programmes de santé sur des preuves et, enfin, de rendre

périodiquement compte à la communauté des progrès du réseau à la lumière de résultats et de critères définis au préalable.

Les réseaux de santé autochtones

La conception que les Autochtones ont de la santé et du mieux-être est compatible avec un modèle de financement qui intègre de façon holistique des services de santé et des services connexes. Le cercle d'influences ou de vie définit un cadre de guérison holistique comprenant les domaines physique, mental et spirituel. Ce n'est que depuis 20 ans que le réseau de la santé dominant a adopté une approche analogue, dans laquelle on reconnaît que la santé et le bien-être découlent d'une diversité d'influences et de facteurs, considérés comme de « grands déterminants de la santé ». Ces déterminants comprennent des forces sociales et économiques, des influences psychologiques, des facteurs physiques et génétiques ainsi que des éléments culturels. L'importance des déterminants de la santé a été validée par de nombreuses études qui ont montré le lien entre l'état de santé et un certain nombre de facteurs, notamment le revenu, le statut social, l'emploi, le mode de vie et la mainmise qu'une personne exerce sur sa propre destinée. De même, des comparaisons internationales portant sur les dépenses par habitant, l'espérance de vie et les taux de morbidité ont montré que les pays qui consacrent le plus à la santé ne sont pas ceux pour qui les indicateurs de la santé sont le plus favorables¹⁸. Au-delà d'un certain niveau, les investissements dans les services de santé n'entraînent pas une amélioration proportionnelle de l'état de santé, ce qui laisse entendre que d'autres facteurs jouent un rôle important dans l'amélioration de l'état de santé de la population¹⁹. Il est certain que la situation que vivent des communautés autochtones donne un exemple bien réel de l'impact des déterminants de la santé, par exemple la pauvreté, la nutrition, les conditions de vie et le chômage, sur la santé et le mieux-être individuels et communautaires.

Malgré l'importance que revêtent les déterminants de la santé pour le bien-être individuel et collectif, le réseau canadien de la santé a conservé son accent principalement clinique (et, en ce qui concerne les services assurés, médical). C'est le système dont les communautés des Premières nations ont hérité. Dans un contexte où les programmes de santé et les programmes sociaux appartiennent à des enveloppes protégées, il est particulièrement difficile de concevoir et de mettre en oeuvre des solutions holistiques. Le financement intégré de la santé constituera une première étape en vue de la mise en place d'un réseau de la santé mieux adapté et plus en prise sur la communauté. En dernière analyse, le financement des services sociaux devrait être conjugué aux fonds dévolus aux services de santé et aux services connexes. Ainsi, on disposerait d'un réseau dans lequel les clients pourraient, sans heurts, utiliser tour à tour divers services, par exemple dans le domaine du logement, de la santé et des soins à domicile.

Pour les peuples autochtones, la guérison holistique, qui allie des éléments physiques, mentaux, affectifs et spirituels, permet non seulement de rétablir le mieux-être des personnes, mais aussi de renouveler leur capacité d'exercer une responsabilité collectivité et de contribuer à bâtir des communautés respectueuses et englobantes ²⁰. La CRPA, dans son rapport final, a défini sept secteurs dans lesquels les concepts de santé et de guérison des Autochtones sont conformes au modèle déterminant de la santé :

1. La santé véritable découle du lien entre les systèmes humains, et non de leur dynamique distincte. Les quatre volets du cercle de vie renforcent les résultats des recherches sur les déterminants de la santé. La santé est le résultat total de la vitalité et de l'équilibre de tous les systèmes de soutien de la vie.
2. Les facteurs économiques sont particulièrement importants pour déterminer la mesure dans laquelle une population est en santé.
3. La santé est une responsabilité à la fois individuelle et collective. Les choix personnels concernant le mode de vie (tabagisme, nutrition, exercices, etc.), conjugués à la responsabilité personnelle du bien-être, complètent les perspectives autochtones sur la responsabilité collectivité du bien-être communautaire aussi bien que des soins personnels.
4. Les croyances autochtones concernant la bonne santé reposent sur l'équilibre et l'harmonie entre le soi et l'environnement social et naturel, ce qu'ont confirmé des recherches attestant l'existence de liens entre le stress et la mauvaise santé.
5. Une enfance saine et heureuse est le point de départ de la vie. De nombreux facteurs qui influent sur l'état de santé tout au long de la vie se manifestent dès l'enfance et avant même la naissance, en particulier la pauvreté, les accidents et les blessures de même que le tabagisme et la consommation d'alcool pendant la grossesse ²¹.

L'habilitation des communautés aussi bien que le mieux-être individuel font partie intégrante des conditions à réunir pour rétablir l'équilibre et le mieux-être des communautés. La dynamique gouvernementale est l'ultime expression d'un réseau de santé autochtone fondé sur l'habilitation des particuliers et des communautés. Cependant, l'adoption d'un système de financement intégré constituerait une première étape pratique sur le chemin qui amènera les Premières nations à prendre en main leur réseau de santé.

Même si de nombreuses Premières nations ont dit craindre que le transfert de responsabilités en

matière de santé ne constitue qu'une simple délégation administrative de services, les enquêtes récentes montrent que les communautés qui ont bénéficié d'un transfert sont plus nombreuses que les autres à croire que leurs services sont équitables pour d'autres Canadiens. C'est ce qu'a révélé le projet d'enquête sur la santé régionale mené auprès de 183 Premières nations et de 5 communautés inuites du Labrador. Au total, on a ainsi sondé 199 782 adultes appartenant à des communautés des Premières nations et à des communautés inuites participantes. Dans une question générale portant sur la comparabilité des services de santé par rapport à d'autres Canadiens, on n'a retenu que deux variables qui influent sur les réponses : la présence du transfert et l'isolement géographique. Les résultats de l'enquête ont montré que le pourcentage d'Autochtones convaincus que la qualité de leurs services de santé équivalait à celle dont bénéficient d'autres Canadiens était nettement supérieur dans les communautés ayant bénéficié d'un transfert de responsabilités en matière de santé : les pourcentages étaient de 35,3 p. 100 dans les communautés ayant bénéficié d'un transfert contre 27,9 p. 100 dans les autres ²². (Il est peu probable que la seule présence du transfert incite indûment les répondants à réagir de façon favorable puisque, par exemple, le volet manitobain de l'enquête a montré que 35 p. 100 des Premières nations de la région ne savaient pas de façon certaine si la responsabilité des services de santé avait été cédée à la bande ²³.) En ce qui concerne l'isolement géographique, 62,2 p. 100 des Autochtones qui vivent dans des communautés isolées ne croyaient pas avoir droit à des services de santé d'une qualité comparable à celle dont bénéficient les Canadiens, comparativement à 56,4 p. 100 des Autochtones vivant dans des régions non isolées ²⁴.

Une analyse et un examen des programmes de santé autochtones qui donnent de bons résultats au Canada, aux États-Unis et en Australie, font, d'un point de vue opérationnel, ressortir notamment les points forts communs qui suivent :

- ▶ la responsabilité de l'éducation, de la santé et des services sociaux;
- ▶ la capacité de proposer un large éventail de services de santé et de services sociaux, notamment dans les domaines du logement, du logement d'urgence, et des banques alimentaires, de la formation et de l'éducation;
- ▶ des services exhaustifs;
- ▶ l'intégration d'éléments culturels et traditionnels;
- ▶ l'habilitation au niveau communautaire (aux fins de l'évaluation et de l'élaboration de programmes);
- ▶ la reconnaissance et l'utilisation des personnes-ressources et des compétences dont bénéficie le réseau de santé;

- ▶ la collaboration avec d'autres organismes qui oeuvrent dans le domaine des services sociaux ainsi qu'avec des politiciens locaux;
- ▶ le soutien de la communauté non autochtone avoisinante, en raison de la forte visibilité de la Première nation;
- ▶ des négociations bilatérales avec la province;
- ▶ des programmes inhérents d'évaluation des résultats pour la santé ²⁵.

En vertu d'un modèle de financement qui, au bout du compte, comprendrait les budgets dévolus aux hôpitaux et aux médecins de même que les fonds versés par le gouvernement fédéral au titre des programmes de santé communautaire et des services connexes, les Premières nations seraient en mesure de réformer en profondeur le réseau de soins primaires, ce qui n'est pas sans rappeler ce que les provinces envisagent pour leurs propres réseaux de santé ²⁶. En dernière analyse, un réseau de santé intégré et fonctionnel pour les Premières nations devra peut-être se munir de multiples points d'accès de façon à accroître la disponibilité des soins de santé, par l'entremise, par exemple, de représentants en santé communautaire, de guérisseurs traditionnels et de professionnels de la santé comme les infirmières praticiennes.

Le modèle des infirmières praticiennes — L'expérience de l'hôpital de Weeneebayko

À l'hôpital Weeneebayko de Moose Factory, en Ontario, on a implanté un modèle axé sur les infirmières praticiennes dans le cadre du transfert de réseau de santé aux Premières nations.

Dans le cadre des efforts de restructuration qui ont débouché sur la création de la Weeneebayko Health Ahtuskaywin Authority (WHA), on a notamment mené des négociations avec les gouvernements provincial et fédéral, en raison de la présence d'un hôpital administré par les Premières nations (auparavant appelé Moose Factory Hospital) dans la région. Les services des médecins sont fournis en vertu d'un accord de partage des coûts entre la province et la DGSM. La participation de la DGSM fait partie d'une entente de contribution conclue avec la WHA, qui, à son tour, rembourse l'Université Queen's. Récemment, dans le cadre du remaniement de l'autorité sanitaire, le marché de services conclu avec les médecins était élargi de manière à s'appliquer aux infirmières praticiennes et à un poste de sage-femme. On procède à la création graduelle des postes d'infirmières praticiennes : une est en poste, une autre est en voie d'être embauchée, et la troisième devrait entrer en fonction en juillet 1999. Cependant, l'hôpital a éprouvé de la difficulté à recruter la deuxième infirmière praticienne, en raison de la concurrence des cliniques du centre-ville de Toronto, qui embauchent elles aussi des infirmières praticiennes, et du peu d'attrait qu'exerce le Nord sur bon nombre de professionnels de la

santé.

L'expérience de l'hôpital de Weeneebayko dans la création d'un réseau de santé transféré aux Premières nations peut nourrir le débat sur l'établissement d'un modèle de financement intégré de la santé, pour un certain nombre de raisons. D'abord, malgré la conviction profonde que la conception des services allait vraiment changer, on a vite compris que la DGSM avait de bonnes raisons d'assurer des services comme elle le faisait. Par conséquent, on n'a pas apporté de modifications radicales au mode de prestation de services. Néanmoins, l'établissement d'un seul et unique conseil régional de la santé, au sein duquel étaient représentées chacune des communautés nordiques membres ainsi que les communautés du sud dont dépendent les services, a constitué un élément clé de la réussite du transfert. Le conseil a entrepris des consultations communautaires qui ont orienté le processus de planification du réseau ²⁷.

On ne saurait surestimer l'importance de l'accessibilité des soins primaires dans les réseaux de santé autochtones. Les Autochtones doivent bénéficier de multiples points d'accès au réseau, par exemple les représentants en santé communautaire, les guérisseurs traditionnels, les infirmières, les infirmières praticiennes et les médecins. L'accessibilité est une question de perception aussi bien que de réalité; par exemple, il est possible que des membres d'une communauté ne se sentent pas à l'aise à l'idée de se rendre dans une clinique médicale pour consulter un médecin visiteur. Le financement intégré de la santé permet d'améliorer l'accès au réseau de la santé, tout en favorisant la réalisation d'économies. De nombreuses études ont montré que les infirmières praticiennes sont efficaces. En milieu non autochtone, on a constaté qu'elles permettaient de réduire le nombre de visites dans les services ambulatoires et les salles d'urgence, le taux d'utilisation des hôpitaux et les coûts des services de radiologie et de laboratoire, sans modifier les résultats pour la santé. En outre, elles favorisent aussi l'utilisation de thérapies autres que les médicaments ²⁸.

Le réseau de santé de Weeneebayko est parvenu à intégrer sa première infirmière praticienne aux services de santé primaires. Elle fait partie de la clinique de médecine familiale de l'hôpital, en plus de tenir des cliniques d'urgence et de faire partie des premiers membres du personnel à rappeler au besoin à la salle d'urgence. Elle traite des patients selon les limites de sa formation et soulage les médecins en réglant les problèmes mineurs qui comptent pour une partie importante des activités d'une clinique de médecine familiale. En raison de ses antécédents, l'infirmière praticienne peut travailler de façon autonome et, au besoin, aiguiller les patients vers

des médecins. Dans la clinique ordinaire, elle s'occupe des suivis, des patients qui reviennent et de ceux qui ont consenti à la voir. Le nombre de patients qui reviennent a montré à la direction de l'hôpital que ce type de professionnel de la santé est bien accepté par la communauté. À l'heure actuelle, l'infirmière praticienne ne travaille que dans les cliniques de l'hôpital. Lorsque la deuxième et la troisième infirmières praticiennes auront été engagées, on envisagera la possibilité d'élargir le service aux postes de soins infirmiers des communautés environnantes. Dans les postes de soins infirmiers, on définira de façon précise cette nouvelle fonction, afin d'éviter que les infirmières praticiennes n'effectuent le travail des infirmières diplômées qui travaillent à temps ²⁹plein.

Pour favoriser l'intégration réussie de non médecins dans des rôles liés à la prestation de soins primaires habituellement réservés à des médecins, on devra donner aux patients la possibilité de choisir qui ils veulent consulter (au moins dans un premier temps), de façon qu'ils n'aient pas le sentiment d'être relégués à un système inférieur et moins coûteux. C'est grâce à l'éducation des patients et à la confiance dans les nouveaux fournisseurs de soins qu'on parviendra à réussir la transition vers le nouveau modèle de services.

Intégration sanitaire et sociale — l'expérience des Nuuchahnulth

L'un des thèmes communs qui se dégagent de l'ensemble des réseaux de la santé étudiés dans le cadre du présent document tient à l'accent mis sur la santé holistique, approche en vertu de laquelle on peut coordonner les services et établir des liens avec les ressources communautaires, par exemple les travailleurs du PNLAADA et les professionnels de la santé mentale avec les services médicaux, tout en permettant d'éviter le dédoublement des services ³⁰. Les services communautaires et humains Nuuchahnulth offerts sur l'île de Vancouver, qui assurent des services à 14 communautés au nord de Port Alberni, en Colombie-Britannique, constituent un exemple d'une telle approche. Même si elles tenaient à l'établissement d'un réseau de santé intégral et services de santé et services sociaux, les communautés ont débuté par un transfert des responsabilités en matière de santé en 1988. En 1992, les services ont été intégrés au sein d'un conseil offrant des services d'aide à l'enfance, de santé et d'éducation ainsi que des services sociaux. En centralisant les services dans un bureau ou au travail de 30 employés et jusqu'à 60 travailleurs additionnels au niveau communautaire, les 14 communautés se sont donné des programmes auxquels elles n'auraient pu prétendre au titre individuel. Depuis 1993, les fonds de la DGSM transitent par le MAINC en vertu d'un nouveau type d'entente de financement. Cependant, les communautés s'efforcent d'obtenir le versement en bloc de

l'ensemble des fonds gouvernementaux, ce qui dégagerait le programme de ses lourdes obligations sur le plan de la présentation de rapports.

L'intégration de l'éducation aux services de santé et aux services sociaux est l'une des forces de l'approche de la communauté. La formation est une priorité à tous les niveaux. Dans la communauté, on offre un cours de dynamique de la vie, qui s'adresse aux travailleurs, visant à perfectionner les compétences individuelles. Des éducateurs autochtones jouent un rôle dans le système d'éducation général et font office d'agents de liaison, de conseillers et d'aides pédagogiques auprès des enfants issus des Premières nations qui fréquentent les écoles générales. Grâce à l'entente de financement, en vertu de laquelle des ressources du conseil tribal sont versées au système d'éducation, les membres de Premières nations parviennent à exercer un certain contrôle et une certaine influence sur le programme d'études. Au sein du conseil Nuu-chah-nulth, l'éducation postsecondaire constitue également une priorité. Étant donné que de nombreux jeunes membres de Premières nations terminent leurs études secondaires et ne possèdent pas les antécédents en sciences nécessaires pour poursuivre une formation postsecondaire, il a mis au point des unités culturelles sur les études relatives aux Premières nations (y compris dans le domaine des arts, des sciences sociales et des sciences)

31.

Zone de Sioux Lookout — Vision de l'avenir

Dans le cadre de l'évaluation des besoins en santé de l'administration sanitaire des Premières nations de Sioux Lookout, on a demandé à des répondants clés et à des travailleurs de la santé de définir le genre de réseau de la santé qu'ils aimeraient voir se constituer dans leur zone et le genre de modifications qui s'imposaient. La plupart des répondants ont éprouvé de la difficulté à définir une vision et ont fait allusion à la nécessité d'augmenter les services existants, de mieux coordonner les divers organismes, de multiplier les consultations entre le gouvernement des Premières nations et les professionnels de la santé et, enfin, de sensibiliser les professionnels et de faire en sorte qu'ils coopèrent entre eux. Les réponses vont dans le sens de l'approche du financement intégré de la santé défini ici, notamment :

- ▶ les soins de santé s'inscrivent dans le cadre de l'autodétermination;
- ▶ on doit réorienter des ressources vers la promotion de la santé et la prévention des maladies;
- ▶ on doit reconnaître l'importance des dimensions spirituelle et culturelle de la santé³².

L'expérience des États-Unis

Aux États-Unis, on a déjà adopté le concept des subventions globales, lequel comprend l'ensemble des fonctions et des activités du Bureau of Indian Affairs (BIA) et de l'Indian Health Service (IHS). En 1975, l'*Indian Self Determination and Educational Assistance Act* a dans un premier temps donné aux tribus un pouvoir limité de négocier à leur profit des « contrats d'autodétermination » aux fins de la planification, de la mise en oeuvre et de l'administration de programmes fédéraux. Au nombre des modifications apportées à la loi en 1988, on retrouve une disposition relative aux subventions globales, en vertu de laquelle un nombre limité de tribus ont la possibilité d'assumer la responsabilité complète de l'ensemble des services du Bureau et de l'IHS, en vertu d'une entente supposant une forme d'autonomie gouvernementale.

Ces ententes sont communément désignées par le mot « compacts ». Ils s'apparentent aux réformes proposées dans le présent document, dans la mesure où l'autonomie gouvernementale, dans le contexte américain, a trait à la délégation du contrôle des programmes exécutés par le BIA et l'IHS (au Canada, les contreparties sont le MAINC et la DGSM). La question des « compact » est très controversée parmi les tribus, et les préoccupations qui entourent l'autonomie gouvernementale ressemblent de près à celles des Premières nations du Canada vis-à-vis du transfert de responsabilités en matière de santé et d'autonomie gouvernementale. Parmi les critiques formulées, citons³³ :

- ▶ Les tribus sont contraintes de souscrire aux « compacts » en raison de la réduction des budgets. Pourquoi une tribu voudrait-elle assumer la responsabilité d'un système qui, à l'heure actuelle, ne dispose pas d'assez de fonds pour être fonctionnel?
- ▶ Il s'agit d'un signe avant-coureur de l'élimination du statut. Des tribus craignent que les « compacts » ne réduisent la responsabilité de fiduciaire du gouvernement fédéral, comme l'ont fait d'autres politiques fédérales qui ont entraîné l'abolition du statut d'Indien.
- ▶ Le principe montera les tribus les unes contre les autres, dans la mesure où elles devront se faire concurrence pour mettre la main sur des ressources limitées.
- ▶ Le moment n'est pas venu d'accéder à l'autonomie gouvernementale, et certaines tribus tiennent à effectuer une telle transition à leurs conditions.
- ▶ Certaines tribus craignent que, si elles attendent pour négocier une entente d'autonomie gouvernementale, il n'y aura plus de fonds disponibles. Au fur et à mesure qu'elles accèdent aux fonds affectés aux « compacts » par l'IHS, les tribus sont autorisées à imputer un coût direct aux fonds en question. Parce qu'aucune somme additionnelle n'est prévue pour un tel soutien, l'Indian Health Service doit détourner des fonds d'autres programmes pour répondre à cette

nouvelle exigence. Des tribus qui reçoivent déjà des services de l'IHS craignent que l'organisme n'abolisse les programmes en question pour financer les coûts indirects des « compacts ».

Malgré ces préoccupations, bon nombre de tribus ont conclu une entente d'autonomie gouvernementale. Les tribus qui ont souscrit au principe des « compacts » et qui en sont au stade initial de la démonstration ont fait état d'une augmentation des services de santé auxquels les membres ont droit. Une d'entre elles, la Mississippi Band of Choctaw Indians, qui a participé à un projet de démonstration et signé un « compact » d'autonomie gouvernementale en 1994, s'enorgueillit d'avoir fait passer le taux de vaccination à plus de 90 p. 100, d'avoir réduit de 50 p. 100 à 17 p. 100 le taux de grossesses chez les adolescentes et d'avoir réduit les taux de mortalité³⁴. La réussite des « compacts » avec l'IHS et le BIA a incité des tribus à envisager la possibilité d'assujettir d'autres programmes du Department of Health and Human Services et du Department of the Interior à la même démarche. Au nombre des fonds concernés, citons Head Start, l'Administration for Native Americans, les programmes axés sur le vieillissement, la réadaptation, le mieux-être et d'autres. Les tribus, tout comme leurs contreparties canadiennes, estiment que les tractations avec de multiples organismes subventionnaires exigent trop de temps et de ressources. Une entente d'autonomie gouvernementale élargie permettrait aux organisations tribales d'accroître et de renforcer les services de façon exhaustive et intégrée. De tels pouvoirs sont déjà prévus par des dispositions législatives et des décrets³⁵.

L'IHS a dû composer avec les réductions budgétaires découlant de l'exercice gouvernemental de rationalisation. De plus, les nouveaux modes de financement sont en voie de lui retirer son rôle à titre de mécanisme de prestation directe de soins. Au nombre des rôles qu'on envisage de lui confier à l'avenir, citons la collecte de données nationales sur la santé, l'aide technique aux tribus et la formation de ces dernières, l'élaboration de normes de santé et, enfin, la création de nouveaux modes d'approvisionnement grâce auxquels les tribus pourraient, à titre individuel, bénéficier d'un pouvoir d'achat comparable à celui dont jouissait l'IHS.

Des tribus américaines ont également fait l'expérience de la passation directe de contrats de services : en effet, il s'agit d'une solution de rechange aux fonds dévolus aux « compacts » relatifs aux services de santé. Des tribus qui ont opté pour les « compacts » ne sont plus tenues de recourir aux services de l'IHS et reçoivent à la place des fonds directs. Au nombre des problèmes associés à un tel système, citons les coûts de plus en plus élevés imposés par les entrepreneurs dans les régions où les forces du marché ne sont pas suffisantes pour permettre de contenir les coûts et l'incapacité des petites tribus d'absorber les coûts de catastrophes ou d'épidémies. Bien qu'il existe un fonds pour les urgences

sanitaires aux proportions catastrophiques (Catastrophic Health Emergency Fund), les tribus en question ne bénéficient pas d'un filet de sécurité adéquat, étant donné que le fonds se trouve généralement à sec au milieu de l'année budgétaire³⁶. Au fur et à mesure que le contrôle des SSNA sera cédé aux communautés, des préoccupations en ce sens se feront jour au Canada³⁷.

Facteurs à prendre en considération dans une approche fondée sur le financement intégré de la santé

Il existe quelques facteurs qui doivent obligatoirement être adoptés dans tout débat entourant l'établissement d'un modèle de financement intégré pour les ressources en santé des Premières nations. Jusqu'ici, une bonne partie du présent document a servi à justifier la réforme des réseaux de santé des Premières nations, à présenter les possibilités qui s'offrent du point de vue de la planification et de la conception des réseaux de santé et, enfin, de faire état de l'éclairage que l'expérience américaine d'une initiative de financement analogue peut jeter sur le débat entourant la réforme.

Dans des contextes non autochtones, des provinces étudient actuellement la capitation dans les soins primaires comme solution de rechange au système actuel en vertu duquel les médecins sont rémunérés à la pièce ou à l'acte, en l'absence de toute approche intégrée visant à répondre aux besoins en santé primaire de la population. La capitation renforcerait la position des médecins à titre de « portiers » du réseau de soins primaires : en effet, une somme par habitant serait versée à des médecins, qui auraient pour tâche de veiller à ce que tous les besoins en soins primaires d'un patient soient satisfaits. Dans le contexte de la réforme du financement des services de santé chez les Premières nations proposée dans le présent document, le principe fondamental est le même. Cependant, ce ne serait pas les médecins qui détiendraient les fonds. Selon la conception du réseau communautaire, les médecins ne seraient peut-être pas les seuls « portiers » des services. Un certain nombre de professionnels de la santé, notamment les infirmières praticiennes, des travailleurs du PNLAADA ou même, pour des services limités, des représentants en santé communautaire pourraient s'acquitter de cette fonction.

La réforme du financement soulève un certain nombre d'enjeux. Comment allouer des fonds qui tiennent compte des besoins communautaires? Quels sont les fonds qui devraient être inclus? Devrait-on adopter une formule de financement par habitant? Comment assurera-t-on l'équité? Comment pourra-t-on surmonter les difficultés que rencontrent les petites communautés incapables de réaliser des économies d'échelle, dans le respect des valeurs de chacune d'entre elles? Comment s'y prendra-t-on pour faire en sorte que la formule soit sensible aux fluctuations démographiques au fil du temps? Le cas

échéant, quelles restrictions les mécanismes de financement provinciaux actuels imposeront-ils un modèle de financement des Premières nations intégrant des fonds provenant de divers gouvernements? Comment régler le problème des risques financiers et des catastrophes éventuelles? À quel organisme de régie devrait-on confier la responsabilité du contrôle des fonds intégrés? Quelle devrait être la durée des ententes financières? Comment devrait-on s'y prendre pour introduire une nouvelle entente financière?

Dans les sections qui suivent, on présente des options et des enjeux dans chacun de ces trois secteurs. On doit y voir des points de départ pour un débat éclairé entre les Premières nations et leurs bailleurs de fonds relativement à un nouveau modèle de financement intégré en mesure de soutenir une stratégie de réforme orientée vers l'amélioration de l'état de santé, l'accès équitable aux services de santé et les coûts des soins de santé.

Des soins de santé équitables

Le mode d'affectation des ressources initiales aux communautés constituera l'un des enjeux centraux dans tout modèle de financement intégré de la santé. À l'heure actuelle, les ententes relatives au transfert de responsabilités en matière de santé utilisent les niveaux de dépenses actuels comme point de départ de l'affectation des fonds. Des Premières nations ont souligné les lacunes d'une telle méthode, étant donné qu'on ne prend pas en compte les besoins réels en santé des communautés et qu'aucune bonification n'est prévue pour tenir compte de l'augmentation du nombre d'habitants. Pour répondre aux besoins en santé de façon juste, on doit veiller à ce que les ressources soient affectées de façon équitable, à l'aide d'un mécanisme intégrant l'information sur l'état de santé d'une communauté et d'autres variables qui influent sur l'utilisation des ressources.

L'équité des soins de santé est l'un des objectifs de tous les réseaux publics. L'équité peut revêtir de multiples significations, selon qu'elle se rapporte à la santé elle-même, à l'utilisation des soins de santé ou à l'accessibilité de ces derniers. En vertu du principe de l'équité horizontale, on s'assure que toutes les personnes sont égales et que, par conséquent, chacun est traité équitablement. L'équité verticale, en revanche, concerne le traitement inégal, mais équitable, d'êtres inégaux — dans une société, il arrive que des personnes inégales ou différentes soient traitées différemment ³⁸.

L'utilisation égale pour des besoins égaux, principe en vertu duquel le besoin a trait à la prévalence

d'une maladie dans une population, est une des illustrations de l'équité horizontale. La définition est difficile à mettre en pratique, dans la mesure où elle n'intègre pas de préférence personnelle aux fins de la santé ou des soins de santé, ce qui peut avoir un impact direct sur l'utilisation des services de santé. La plupart des définitions généralement admises de l'équité horizontale supposent *un accès égal pour des besoins égaux*. Pour faire en sorte que l'accès soit équitable, on reconnaît l'importance que revêtent des facteurs comme le statut socio-économique, l'emplacement géographique et la culture dans les interactions d'une personne avec le réseau de santé.

L'équité verticale, concept beaucoup plus difficile à mettre en pratique, suppose des différences dans le traitement dont bénéficient des personnes. En théorie, on peut assurer l'équité verticale en pondérant différemment les gains au chapitre de la santé réalisés par certaines personnes, par exemple en accordant une pondération supérieure aux gains réalisés par des personnes, par exemple des Autochtones dont l'état de santé est particulièrement mauvais³⁹. Aux fins du présent document, qui porte sur les ressources fixes affectées aux peuples des Premières nations, sans que, dans tout processus d'affectation, on établisse de comparaisons directes avec d'autres Canadiens, on ne s'intéressera pas à la question de l'équité verticale. À la place, on étudiera les apports de l'équité horizontale à un débat sur l'allocation des ressources à des Premières nations à partir d'un ensemble prédéterminé de ressources.

Dans le contexte des Premières nations et des Inuits, la péréquation devrait faire en sorte que, au moment d'allouer des ressources à des communautés ou à des conseils tribaux distincts, il n'y ait pas d'écart dans la capacité des uns et des autres d'offrir des services à leurs populations respectives. Il faudrait ainsi rajuster les fonds alloués en fonction de facteurs en vertu desquels les services rendus dans une communauté sont plus ou moins coûteux que ceux qui le sont dans une autre. Pour ce faire, on peut adopter deux approches.

1. Allouer les ressources en fonction d'écart dans les *coûts* de la prestation des services — reflet véritable de la péréquation.
2. Allouer des ressources pour corriger les inéquités découlant des niveaux de *besoins non satisfaits*

Au moment d'allouer les ressources dévolues aux soins de santé en Australie, on a envisagé une combinaison de ces approches. La Commonwealth Grants Commission utilise maintenant la

péréquation comme point de départ de l'affectation des ressources aux États. Parmi les facteurs utilisés pour rajuster le niveau de ressources versées à chacun des États, citons les déplacements transfrontaliers, l'âge, le sexe, le statut d'Autochtone, la composition socio-économique et un coefficient de répartition de la population. Pour mesurer l'effet du statut d'Autochtone, on compare l'utilisation actuelle des services par les aborigènes (compte tenu de l'âge et du sexe) au niveau d'utilisation des mêmes services par les non-aborigènes ⁴⁰. Dans le facteur de répartition, on ne tient pas compte de la possibilité que les services actuellement utilisés par les Autochtones ne rendent pas adéquatement compte de leurs besoins actuels. Aux fins de la répartition des ressources entre les Premières nations, la pertinence de ce facteur paraît douteuse. En Ontario, par exemple, on a montré que les membres des Premières nations qui vivent dans des réserves utilisent les services hospitaliers dans une proportion de 30 p. 100 de moins (par habitant) que les autres résidents de l'Ontario, malgré un état de santé nettement plus mauvais ⁴¹ et que, dans l'ensemble des Premières nations du Canada, les dépenses par habitant affectées à la santé étaient, en 1991, inférieures de 6,8 p. 100 aux dépenses dans la population totale ⁴².

Dans l'État australien de la Nouvelle-Galles du Sud, la formule utilisée aux fins de l'allocation des ressources entre les régions géographiques mesure le besoin selon trois variables : les taux de mortalité uniformisés, le statut économique et la ruralité. En raison des besoins plus grands des aborigènes dont rendent compte ces trois variables, on tient indirectement compte du statut d'Autochtone. Dans un autre État, soit le Queensland, on prévoit une pondération particulière pour le statut d'Autochtone, laquelle coiffe les autres variables relatives aux besoins ⁴³.

Lorsqu'on doit répartir des ressources sanitaires existantes (fonds du gouvernement fédéral) entre des communautés des Premières nations et des communautés inuites semblables, en ce sens qu'elles ont toutes des besoins considérables, comme le montrent leurs situations socio-économiques et l'état de santé de leurs habitants, bon nombre de facteurs utilisés pour assurer l'équité entre des populations diversifiées n'auront vraisemblablement qu'un effet limité sur le rajustement des allocations par habitant entre diverses communautés des Premières nations et communautés inuites. On s'intéressera ci-dessous aux variables que constituent les taux de mortalité, la structure démographique, le risque socio-économique, l'emplacement géographique et la taille des communautés dans le contexte des Premières nations et des communautés inuites.

En ce qui concerne le financement, le scénario provincial est quelque peu différent dans la mesure où les ressources hospitalières et médicales ne sont pas élargies dans le respect du principe de l'accès

équitable. Tout processus d'allocation fondé sur les niveaux de dépenses historiques ne fera que renforcer les inéquités existantes. On devra procéder à une évaluation pour déterminer si l'utilisation réduite des services hospitaliers et des services des médecins spécialistes par les membres des Premières nations s'explique par le fait que les intéressés utilisent d'autres services communautaires ou s'il s'agit simplement d'un des facteurs qui contribuent au mauvais état de santé des membres des Premières nations en Ontario. Dans la dernière hypothèse, on sera fondé à établir des niveaux de ressources provinciales à l'aide des principes de l'équité : ainsi, les besoins en ressources des Premières nations seraient établis à partir des dépenses provinciales moyennes.

1. Taux de mortalité

Le taux de mortalité, qu'on intègre aux formules de calcul des dépenses liées à la santé, conformément au principe des dépenses égales pour des besoins égaux, est l'indicateur de l'état de santé d'une population généralement admis. Chez les Premières nations et les Inuits, les taux de mortalité fluctuent de façon marquée en raison de la taille des communautés et de la prévalence du suicide, phénomène dont les manifestations tendent à se regrouper. Voilà pourquoi un taux de mortalité établi pour une période de trois à cinq ans aurait pour effet d'annuler la variation aléatoire imputable au regroupement des cas de suicide et à de faibles populations. Malgré tout, certaines communautés demeurent tout simplement trop petites pour que toute variable axée sur le taux de mortalité puisse être significative. On devra procéder à une analyse de sensibilité pour déterminer la population minimale nécessaire pour l'utilisation efficace et équitable des taux de mortalité rendant compte des besoins en santé des Premières nations et des Inuits dans le cadre d'une formule d'allocation des ressources.

2. Structure démographique

Les structures relatives à la structure démographique ont directement trait au principe de la péréquation défini ci-dessus. En vertu d'une telle approche, on tente d'estimer l'écart entre les ressources nécessaires pour assurer un service à des populations différentes, en fonction des coûts établis pour divers profils démographiques. L'âge et le sexe sont les variables qu'on utilise habituellement pour mesurer la structure démographique. Comme Frohlich et Carriere, chercheurs du Manitoba, l'ont montré, le simple fait de rajuster les dépenses en fonction de l'âge et du sexe risque de désavantager les petites populations : par exemple, les petites populations caractérisées par une utilisation élevée des services de santé par les enfants recevraient moins de ressources en vertu d'un strict régime d'allocation de base tenant compte du pourcentage d'enfants que comptent une région ⁴⁴. De toute évidence, on doit inclure un autre facteur pour tenir compte de l'utilisation et du besoin. Ces chercheurs, qui ont mis au point un modèle combinant l'âge et le sexe à un facteur socio-économique de risque (voir la section

suivante), ont constaté, à partir de la population du Manitoba, une corrélation élevée entre l'allocation des ressources établie en fonction du risque selon l'âge, le sexe et le statut socio-économique et la présence de cas de mortalité prématurée (mesure indépendante de l'état de santé).

3. *Risque socio-économique*

Dans une autre analyse manitobaine, Frohlich et Mustard ont illustré, à l'aide de données du recensement de 1986 ne portant pas sur les Autochtones, une relation linéaire entre l'état de santé d'une personne et six variables socio-économiques ⁴⁵. Trois de ces variables sont directement proportionnelles à un mauvais état de santé :

- ▶ le pourcentage de chômeurs âgés de 15 à 24 ans;
- ▶ le pourcentage de chômeurs âgés de 45 à 54 ans;
- ▶ le pourcentage de chefs de famille monoparentale.

Trois variables sont inversement proportionnelles à un mauvais état de santé :

- ▶ le pourcentage des personnes âgées de 25 à 34 ans qui ont terminé leurs études secondaires;
- ▶ le pourcentage de femmes qui participent à la population active;
- ▶ la valeur moyenne des unités d'habitation.

Ces variables sont intégrées à un indice de risque socio-économique qui, comme les chercheurs l'ont montré, entretient une forte corrélation avec un certain nombre de mesures de l'état de santé et de l'utilisation des ressources. Dans la population du Manitoba, l'indice de risque socio-économique conjugué aux variables axées sur l'âge et le sexe est directement proportionnel au recours aux médecins (indicateur des services de santé utilisé dans l'analyse). La répartition moyenne des visites en fonction de ces variables est directement proportionnelle à une autre mesure admise du besoin, à savoir la mortalité prématurée ⁴⁶.

Une fois de plus, mesurer le risque socio-économique dans les communautés des Premières nations et les communautés inuites risque de poser problème. Habituellement, c'est le recensement qu'on utilise comme source des données socio-économiques mentionnées ci-dessus; cependant, certaines communautés des Premières nations ne participent à la collecte de données dans le cadre des recensements. Comme de nombreuses communautés vivent dans des conditions socio-économiques très difficiles liées à leur situation, y compris la proximité des centres urbains, un indice socio-économique fondé sur la géographie est susceptible de se révéler pertinent (et plus facile à obtenir). À

la suite d'une étude récente du MAINC consacrée à 380 Premières nations, on en est venu à la conclusion que, sur la foi du mieux-être socio-économique, il existe cinq types de Premières nations. Les résultats de l'étude montrent qu'on peut définir les divers types de Premières nations à la lumière de leur situation socio-économique et qu'il existe des schémas géographiques distincts de mieux-être socio-économique ⁴⁷. On a défini cinq types de communautés sur la foi d'indicateurs socio-économiques : l'industrie primaire, l'économie en émergence, l'écart typique, l'écart élevé et l'écart extrême. L'étude a montré qu'il existe une diversité considérable dans les niveaux de mieux-être socio-économique des Premières nations ainsi que des disparités régionales marquées. De plus, même les Premières nations appartenant aux catégories de l'industrie primaire et de l'économie en émergence ont des conditions relativement mauvaises par rapport à la société canadienne en général. L'étude a montré que, du point de vue du logement, de la salubrité de l'environnement, de l'éducation, de l'emploi et du revenu, de bonnes conditions sont généralement associées à une population plus âgée, à la proximité des régions plus densément peuplées, à une faible utilisation d'une langue autochtone à la maison et à un pourcentage élevé d'Indiens inscrits vivant à l'extérieur d'une réserve. On devra procéder à de nouveaux travaux pour élucider le lien entre ces groupements socio-économiques parmi les Premières nations et l'état de santé de même que pour déterminer s'il convient d'utiliser un indice géographique socio-économique dans la formule de financement des soins de santé.

4. *Emplacement géographique et taille de la communauté*

Comme on l'a précisé ci-dessus, le mieux-être socio-économique des communautés de Premières nations est notamment fonction de l'emplacement géographique. L'emplacement est également lié à l'accès aux services de santé de deux façons directes :

- ▶ l'éloignement d'une communauté par rapport aux services de santé aura une incidence sur le statut de santé d'une population (et, par conséquent, sur le besoin) si les services de santé offerts ne sont ni suffisants, ni opportuns, ni appropriés;
- ▶ on note aussi un effet direct sur le budget de la santé, en vertu des dépenses qu'exige l'accès aux services nécessaires, que des professionnels de la santé se rendent dans les communautés ou que les patients soient transportés vers les centres médicaux du Sud.

La DGSM a classifié l'ensemble des communautés des Premières nations en fonction de l'emplacement géographique et de l'accès implicite aux services de santé :

- ▶ Type 4 : communauté éloignée et isolée : pas d'accès routier, pas de vols réguliers, accès téléphonique et radio réduit au minimum.
- ▶ Type 3 : communauté isolée : pas d'accès routier, vols réguliers, services téléphoniques

de bonne qualité.

- ▶ Type 2 : communauté semi-isolée : accès routier à des services de médecins offerts à plus de 90 kilomètres.
- ▶ Type 1 : communauté non isolée : accès routier à des services de médecins offerts à moins de 90 kilomètres.

Dans la formule qu'utilise actuellement la DGSM pour allouer des ressources à des programmes particuliers, par exemple l'initiative Grandir ensemble, on tient compte de l'accès et de la taille de la communauté. Cette formule rend compte des besoins en ressources plus élevées des petites collectivités incapables de réaliser des économies d'échelle considérables. Elle a été élaborée en consultation avec l'Assemblée des Premières nations et porte le nom d'AFN approved Modified Berger Formula (Formule de Berger modifiée et approuvée par l'APN). En vertu de la formule, on répartit également 10 p. 100 des ressources dans toutes les communautés qui, du point de vue de l'isolement, appartiennent au type 2, 3 ou 4. Le reste du budget est réparti en fonction du nombre d'habitants, les communautés plus grandes ayant droit à une pondération inférieure (population réduite aux fins du calcul par habitant), selon le système suivant :

- | | |
|---------------------------|--------------------|
| ▶ 0-500 habitants | pondération de 1,0 |
| ▶ 500-1000 habitants | pondération de 0,9 |
| ▶ 1000-3000 habitants | pondération de 0,8 |
| ▶ plus de 3 000 habitants | pondération de 0,7 |

On utilise la formule pour allouer des ressources aux régions, et ces dernières peuvent mettre au point leurs propres mécanismes d'allocation aux communautés, par exemple des demandes de propositions, des allocations pondérées par habitant, etc.

5. Exigences relatives à la capacité

Les communautés de Premières nations et les communautés inuites auront besoin de ressources pour se doter de la capacité voulue, concevoir un plan communautaire et élaborer des stratégies transitoires aux fins de l'attribution des fonds en vertu d'un modèle de santé intégré. Ces ressources, dont on aura besoin au stade de l'élaboration, ne feront donc pas partie de l'allocation ordinaire établie en vertu de la formule de financement. Il convient de noter que toutes les ressources administratives transitoires ne seront pas consacrées à la communauté. Il est impératif que les ministères subventionnaires disposent d'une expertise suffisante pour gérer le processus de délégation et veiller à l'obtention d'un résultat satisfaisant.

On devra disposer de ressources permanentes pour assurer la formation clinique et administrative des travailleurs et gestionnaires autochtones de la santé de même que pour des activités liées au fonctionnement d'un régime administratif, par exemple des consultations auprès de la communauté, l'élection des membres des conseils de la santé, leur convocation, etc. Ces ressources pourront être intégrées à titre de coûts additionnels (progressifs) par habitant : en effet, ils ne dépendent pas de l'état de santé de la communauté ni de considérations fondées sur l'âge ou le sexe, même s'ils entretiennent une corrélation avec l'emplacement géographique (et les coûts généralement plus élevés dans les régions éloignées) et la taille de la communauté.

Bref, la formule de financement qui sera retenue dans le cadre du modèle de financement intégré de la santé devra, pour assurer la prestation de services de santé équitables aux membres de Premières nations et aux Inuits, comporter les volets *axés sur l'équité* qui suivent :

- ▶ allocation de base par habitant égale rajustée en fonction :
 - ▶ de l'état de santé, établi à l'aide des taux de mortalité et peut-être du risque socio-économique;
 - ▶ de la structure démographique;
 - ▶ de l'emplacement géographique;
 - ▶ de la taille de la communauté;
- ▶ allocation par habitant égale au titre de la mise en valeur du potentiel rajustée en fonction :
 - ▶ de l'emplacement géographique;
 - ▶ de la taille de la communauté.

Projections démographiques pour les Premières nations et les Inuits

Au cours des 15 dernières années, les Premières nations et les Inuits ont connu une importante croissance démographique en réaction à deux facteurs : un taux de fertilité appréciable de même que le rétablissement et l'inscription des Premières nations aux termes du projet de loi C-31. Pour prévoir avec précision les besoins futurs en matière de programmes et de services, on doit comprendre l'évolution démographique, y compris les projections démographiques. À moins d'avis contraire, les données présentées dans la présente section sont tirées d'une publication du MAINC intitulée *Conséquences de l'évolution démographique des Premières nations* ⁴⁸.

Conséquences démographiques

Au cours des 15 prochaines années, on s'attend à ce que les populations des Premières nations et des

Inuits connaissent une augmentation considérable. En effet, on prévoit une augmentation de 14 p. 100 entre 1995 et 2000 (83 600 personnes) ou de 36 p. 100 entre 1995 et 2010 (135 900 personnes). Cette augmentation projetée est imputable aux phénomènes suivants :

- ▶ Si, au cours des 15 dernières années, le taux de fertilité des membres des Premières nations et des Inuits a diminué de façon considérable, les dispositions relatives à la description et au rétablissement de la *Loi sur les Indiens* de 1985 (projet de loi C-31) ont contribué à une croissance considérable des Premières nations. Ces augmentations, en particulier celle de la taille de la population en âge d'avoir des enfants, fera plus qu'annuler l'impact d'un taux de fertilité réduit et contribuera à une augmentation soutenue de la population des Premières nations.
- ▶ En raison de la diminution des taux de mortalité, on s'attend à ce que l'espérance de vie augmente pour s'établir à environ 79 ans pour les femmes des Premières nations et à environ 72 ans pour les hommes des Premières nations d'ici l'an 2010.

Malgré ces augmentations en chiffres absolus, on s'attend à ce que le taux de croissance démographique diminue entre 1995 et 2010. La diminution devrait être plus marquée dans les réserves qu'à l'extérieur des réserves. D'ici 2010, on prévoit que le pourcentage de membres des Premières nations qui vivent dans les réserves diminuera pour s'établir à environ 54 p. 100 (comparativement à 71 p. 100 en 1985). L'écart entre les membres de Premières nations qui vivent dans les réserves et à l'extérieur des réserves est principalement imputable au nombre considérable d'inscriptions hors réserve attendues par suite de l'adoption du projet de loi C-31. Selon le Registre des Indiens en date du 31 décembre 1995, les personnes inscrites conformément au projet de loi C-31 ne comptaient que pour 6 p. 100 des Indiens inscrits vivant dans des réserves.

Malgré l'augmentation marquée du nombre d'anciens, les populations des Premières nations demeureront jeunes, étant donné que les groupes d'âge inférieur continueront de compter pour les segments les plus importants de la population. Au nombre des conséquences de l'augmentation démographique sur les services de santé, citons :

- ▶ La demande générale de services augmentera, de sorte que des pressions s'exerceront sur le réseau actuel, qui devra fournir des services de façon plus efficiente et efficace.
- ▶ Le nombre et le coût des maladies chroniques augmenteront considérablement au fur et à mesure que la population augmente et vieillit. L'Enquête auprès des peuples autochtones de 1991 a montré que les maladies chroniques représentent un problème majeur pour les populations qui vivent dans les réserves et hors réserve. Au nombre de ces affections, citons le

diabète, l'hypertension, l'arthrite ou les rhumatismes et la tuberculose. En ce qui concerne le diabète, on prévoit que le nombre d'adultes des Premières nations atteints de la maladie passera de 30 000 en 1995 à plus de 50 000 en 2010, soit une augmentation de 67 p. 100.

- ▶ Le Programme des SSNA fera face à une demande considérable. Entre 1995 et 2010, on prévoit que l'utilisation des services pharmaceutiques augmentera de plus de 50 p. 100, et les dépenses qui s'y rattachent, de 56 p. 100 (en dollars de 1995). En ce qui concerne les services dentaires, on s'attend à ce que, au cours de la même période, la hausse soit de 32 p. 100 au titre de l'utilisation et de 37 p. 100 au titre des dépenses.

Impact à long terme du projet de loi C-31 sur les règles régissant la transmission du statut

Les règles de 1985 qui régissent l'inscription des membres des Premières nations à la naissance (projet de loi C-31) méritent qu'on les étudie, étant donné que les conséquences à long terme qu'elles pourront avoir sur la réduction du nombre de membres des Premières nations de plein droit au fil des ans ou, deuxièmement, sur la création d'une catégorie de membres des Premières nations appartenant à une bande, qui ne sont pas inscrits et qui, par conséquent, pourraient ne pas être admissibles aux services fédéraux. Ces résultats projetés résultent de deux facteurs : les prescriptions de la *Loi sur les Indiens* et les codes d'appartenance à l'effectif des bandes.

Admissibilité en vertu de la Loi sur les Indiens

Aux termes du projet de loi C-31, l'inscription, qui s'effectue à la naissance, ne peut être ni perdue ni révoquée. Au nombre des règles d'admissibilité, citons :

- ▶ un enfant peut être inscrit en application du paragraphe 6(1) si les deux parents sont (ou ont le droit d'être) des Indiens inscrits;
- ▶ un enfant peut être inscrit en application du paragraphe 6(2) si un des parents est (ou a le droit d'être) inscrit aux termes du paragraphe 6(1) et que l'autre parent n'a pas de statut reconnu par la loi (et est probablement un non-Indien);
- ▶ un enfant ne peut être inscrit si un de ses parents est inscrit en application du paragraphe 6(2) et que l'autre parent est un non-Indien.

Il ressort de ce qui précède que, après deux générations successives de mariages en dehors du groupe (par exemple, mariage entre une personne inscrite aux termes de la *Loi sur les Indiens* et une personne non inscrite), les descendants ne peuvent obtenir le statut d'Indien inscrit. Par conséquent, le taux de mariage en dehors du groupe aura une incidence directe sur le nombre de membres des Premières nations pouvant être inscrits de même que sur l'admissibilité

subséquente à certains programmes fédéraux de santé et autres, par exemple l'éducation postsecondaire et le Programme des SSNA.

Dispositions relatives à l'appartenance à l'effectif des bandes

Le projet de loi C-31 habilite également des Premières nations à définir leurs propres règles pour régir l'admissibilité à leurs effectifs. À l'heure actuelle, il existe quatre types de codes d'appartenance à l'effectif des bandes régissant l'admissibilité d'une personne : 1) les deux parents sont membres (ou pourraient l'être); 2) une proportion minimale de sang indien, habituellement 50 p. 100; 3) les règles de la *Loi sur les Indiens* qui régissent le droit à l'inscription; 4) un parent est membre (ou pourrait l'être).

L'impact des règles de la *Loi sur les Indiens* qui régissent l'inscription et des codes d'appartenance à l'effectif des bandes est double :

1. Un moins grand nombre de personnes pourront être inscrites en application de la *Loi sur les Indiens*. En ce qui concerne l'augmentation du nombre d'Indiens inscrits, les effets du projet de loi C-31 se seront pour la plupart fait sentir d'ici l'an 2000. De 1995 à 2010, on s'attend à ce que le nombre d'enfants non admissibles à l'inscription passe d'environ 10 p. 100 à 18 p. 100. Or, les effets seront plus notables dans les politiques qui vivent hors réserve que celles qui vivent dans les réserves. Après 2010, on s'attend à ce que la population de la plupart des communautés des Premières nations (hors réserve et dans les réserves) comprenne de nombreuses personnes non admissibles à l'inscription. De même, certaines Premières nations accuseront probablement des pertes de population considérables à cet égard.
2. Les bandes qui ont instauré des règles en vertu desquelles les enfants dont un seul parent est membre sont admissibles risquent de voir une partie considérable de leurs membres non admissibles au statut d'Indiens inscrits. En mai 1992, 90 Premières nations, soit 15 p. 100, étaient régies par de telles règles. Dans les Premières nations en question, un pourcentage de plus en plus grand des membres des bandes n'auront pas droit, en raison du phénomène des mariages en dehors du groupe, à des services de santé fédéraux comme les SSNA. Dans le cadre d'une analyse récente, on a conclu que tout juste un peu plus de 50 p. 100 de ces Premières nations affichaient un taux de mariages en dehors du groupe de plus de 40 p. 100. Il en ressort donc que le nombre

de personnes pouvant faire partie de l'effectif de la bande comprend 15 p. 100 ou plus de personnes n'ayant pas droit au statut d'Indiens inscrits.

Les conséquences de l'évolution démographique des Premières nations sur les formules de financement de l'avenir sont manifestes. Si, pour calculer les niveaux de financement, on utilise un système par habitant fondé sur l'admissibilité telle que définie dans la *Loi sur les Indiens*, il ne fait aucun doute que les transferts aux communautés des Premières nations et aux communautés inuites diminueront d'ici 15 ans. Il est peu probable que ces communautés elles-mêmes seront à l'origine de l'adoption de deux catégories de résidents fondées sur les mesures restrictives contenues dans la *Loi sur les Indiens*. Jusqu'ici, le nombre d'Indiens non inscrits qui vivent dans des communautés des Premières nations n'a pas eu d'incidence sur les ressources allouées pour des services communautaires subventionnés par le gouvernement fédéral, étant donné que les chiffres sont limités. L'état de santé des membres d'une communauté ne varie pas du simple fait d'une inscription invisible. On pourrait très bien justifier une allocation par habitant établie en fonction du nombre de membres que compte une communauté, indépendamment de l'inscription au sens de la *Loi sur les Indiens*. Si, dans les calculs par habitant, on adopte une définition restrictive de la population, les coûts additionnels qu'épargnerait le réseau de santé au titre de la prestation de soins à une personne dont une bande exigerait le départ seraient vraisemblablement inférieurs au droit par habitant sur lequel le niveau de financement est fondé. Si, en revanche, on utilise un système de financement par habitant fondé sur l'effectif des bandes plutôt que sur l'inscription au sens de la *Loi sur les Indiens*, les communautés des Premières nations qui ont adopté la règle du « parent unique » seront en mesure de maintenir leur niveau de financement actuel pour une période plus longue que celles qui sont assujetties à des règles d'appartenance plus restrictives.

Le Programme des SSNA, auquel tous les Indiens inscrits sont admissibles, où qu'ils vivent au Canada, est un des secteurs où les prestations sont assujetties au statut d'Indien inscrit. Si le modèle de financement prévoit l'octroi de fonds pour les SSNA hors réserve et dans les réserves, sur la foi d'un calcul par habitant, le financement diminuera à coup sûr si, en raison des mariages en dehors du groupe, le nombre d'Indiens inscrits diminue. Les projections relatives aux mariages en dehors du groupe sont telles que les communautés sont pleinement justifiées de négocier l'octroi d'une partie tout au moins des ressources des SSNA en fonction des niveaux cumulatifs historiques plutôt qu'en fonction d'allocations par habitant.

À court terme, cependant, les augmentations démographiques prévues laissent clairement entrevoir qu'on devra modifier de façon critique le réseau de la santé de manière à répondre aux besoins de la

population des Premières nations, qui grandit et vieillit. À l'heure actuelle, les programmes de santé destinés aux membres des Premières nations et aux Inuits doivent être exécutés à même les ressources existantes de la DGSM. En 1998-1999, l'enveloppe n'a crû que de 1 p. 100. Le ministre fédéral de la Santé, Alan Rock, a déclaré qu'il serait prêt à chercher des ressources additionnelles pour répondre aux besoins prioritaires en santé des Premières nations si la mesure se justifiait ⁴⁹. Le budget de 1999 a concrétisé cette déclaration : en effet, 190 millions de dollars sur trois ans ont été engagés dans deux secteurs : un continuum de services intégré mettant l'accent sur les soins à domicile et les soins communautaires, d'une part, et l'établissement de réseaux d'information sur la santé dans les communautés des Premières nations, d'autre part. De même, on a prévu des ressources additionnelles pour la mise en oeuvre d'une Stratégie relative au diabète chez les Autochtones.

Portée du financement intégré de la santé

L'intégration de la prestation des services de santé et des services sociaux est l'orientation prise par les approches des réseaux de santé qui ont connu du succès auprès des Autochtones. Même dans un contexte où les ressources sont aussi restreintes que dans les soins de santé pour les Premières nations, on assiste à des dédoublements de services. À l'heure actuelle, l'administration des programmes est cloisonnée, chacun engendrant des coûts distincts. Dans une communauté des Premières nations, on retrouvait, avant l'intégration des services de santé et des services sociaux, 19 directeurs représentant chacun un programme de santé ou un programme social financé dans la communauté. En plus de générer des inefficiences, le manque de coordination au niveau des clients risque de nuire à la qualité des soins. Dans les domaines liés au counseling en particulier, il est possible que des fournisseurs de soins différents répètent les mêmes tâches. Du point de vue d'un patient, il est possible que la continuité des soins ne soit pas assurée, que ce soit sur le plan horizontal, entre les différents points d'accès aux soins primaires dans un continuum de programmes de santé et de programmes sociaux, ou verticalement, à mesure que le patient évolue des soins primaires vers des soins plus spécialisés.

Santé Canada et le MAINC ont réalisé des progrès dans la simplification du processus de financement et institué des ententes de financement pluriannuelles. Dans les deux cas, cependant, le seul transfert de fonds ne vise pas l'ensemble des programmes du ministère, et la décentralisation des fonds est d'abord et avant tout administrative. En vertu d'une approche fondée sur les grands déterminants de la santé, la synergie qui pourra naître des programmes financés par ces deux ministères fédéraux est évidente. En fait, de nombreuses Premières nations coordonnent actuellement ces programmes et ces fonds au meilleur de leur connaissance, compte tenu des restrictions imposées par chacun des ministères. En ce qui concerne les fonds fédéraux, tous les fonds de la DGSM affectés à la santé et les fonds connexes du MAINC constitueraient le point de départ d'un financement intégré de la santé.

Dans la description des fonds affectés aux services de santé et aux services connexes qui suit, on a utilisé l'Ontario pour illustrer le type de ressources qui pourraient être incluses dans un réseau intégré ainsi que la répartition de ces dernières. L'Ontario présente un exemple d'un gouvernement provincial qui dispose de données sur les dépenses affectées à la santé dans les réserves et qui offre des programmes de santé additionnels destinés aux Autochtones, y compris les communautés des Premières nations.

Ainsi, trois scénarios financiers distincts sont présentés : la province de l'Ontario dans son ensemble, et

deux autorités sanitaires : une communauté unique (« A ») et un conseil tribal (« B ») représentant quelques communautés. Les deux ont bénéficié d'un transfert de responsabilités en matière de services sociaux. La figure 4 ci-dessous illustre la répartition démographique. En outre, on présente pour chacun de ces groupements un descripteur de catégories géographiques définies par le MAINC.

Figure 4
Population (MAINC, 1997-1998) et catégorie géographique
Ontario, communauté A et conseil tribal B

	Population dans les réserves (MAINC)	Population hors réserve (MAINC)	Population totale (MAINC)	Catégorie géographique
Province de l'Ontario	69 825	72 583	142 408	
Communauté A	7 333	1 507	8 841	Urbaine
Conseil tribal B	3 767	4 977	8 744	Urbaine/rurale

Source des données démographiques : MAINC, *Population du registre des indiens selon le sexe et la résidence, 1997, 1998.*

Source des descripteurs géographiques : MAINC, *First Nation Community Profiles : Ontario Region, 1996.*

La taille des communautés (dans les réserves) et la proximité géographique des centres urbains sont deux des principaux facteurs de l'allocation des ressources pour la DGSM et le MAINC. Si on tient compte du nombre total d'Indiens inscrits obtenu à partir du Registre des Indiens du MAINC, la communauté A et le conseil tribal B sont essentiellement similaires, étant donné qu'ils comptent tous deux environ 8 800 membres. C'est au chapitre du nombre de personnes vivant dans des réserves que ces deux communautés fournissent des exemples distincts. En effet, la communauté A compte 80 p. 100 de sa population dans des réserves, tandis que la population du conseil tribal B traduit davantage la répartition habituelle entre personnes vivant dans des réserves et hors réserve, les personnes qui vivent dans la communauté (43 p. 100) étant légèrement moins nombreuses que celles qui vivent à l'extérieur du territoire.

La DGSM fournit des ressources ou des services de santé communautaire à la population entière d'une communauté, sans établir de distinction entre les résidents inscrits et les autres. Le Système d'augmentation des tâches communautaires (SATC) tient compte de tous les résidents d'une

communauté; par conséquent, la population qui vit dans des réserves est habituellement un peu plus élevée que celle qui figure dans le Registre des Indiens. Aux termes du SATC, la population du conseil tribal B en 1997 était de 4 143 habitants (10 p. 100 de plus); cependant, la population de la communauté A aux termes du même SATC, soit 7 134, était légèrement inférieure à ce qu'indiquait le Registre des Indiens (3 p. 100 de moins).

La province de l'Ontario fournit un autre décompte de la population vivant dans les réserves, cette fois aux fins de l'admissibilité au RAMO, lequel est le plus bas parmi les trois sources : MAINC, DGSM et Ontario (on trouvera à la figure 5 une comparaison des trois populations).

Figure 5
Décompte de la population dans les réserves en 1997

	MAINC	SATC	Ontario
Communauté A	7 333	7 134	7 200
Conseil tribal B	3 767	4 143	3 666

Source : MAINC, *Population du registre des Indiens selon le sexe et la résidence, 1997, 1998*
Région de l'Ontario de la DGSM et Bureau des services de santé pour les Autochtones, ministère de la Santé, Ontario

Aux fins de l'uniformité et de la cohérence de l'analyse qui suit, on a utilisé les chiffres de population du MAINC dans tous les calculs par habitant qui suivent.

Ces communautés présentent également des profils différents en ce qui a trait à la proximité des milieux urbains (voir la figure 4) selon la classification du MAINC, la communauté A est considérée comme urbaine, tandis que le conseil tribal B comporte des communautés considérées comme rurales tout autant que des communautés considérées comme urbaines.

Aperçu provincial

À la figure 6, on énumère les dépenses affectées à la santé et les dépenses connexes dans des communautés des Premières nations de l'Ontario en 1997-1998. C'est la DGSM qui fournit la proportion des fonds la plus conséquente, soit près de 204 millions de dollars (63,9 p. 100), suivie par la province de l'Ontario avec 78 millions de dollars (24,5 p. 100), et le MAINC, avec 37,5 millions de dollars (11,7 p. 100). Le volet du MAINC comporte les dépenses relatives à la santé rattachées aux soins aux adultes de même qu'aux services à l'enfance et à la famille.

1. DGSM

En 1997-1998, le Programme des SSNA représentait le plus important volet des dépenses de la DGSM, soit 46,2 p. 100. À l'heure actuelle, le programme ne peut faire l'objet d'un transfert. Même si, au départ, le gouvernement fédéral envisageait d'effectuer des transferts au titre des SSNA, la mesure a été mise en suspens à la demande des Premières nations. Ces dernières s'inquiètent des conséquences du transfert des SSNA dans le contexte du plafonnement des fonds. De même, on n'a pas terminé une évaluation des projets pilotes des SSNA.

L'expérience des Premières nations et des communautés inuites qui ont assumé la gestion du Programme des SSNA montre que l'administration locale du programme peut permettre la réalisation d'économies substantielles, lesquelles peuvent être dirigées vers d'autres secteurs du réseau de la santé. En particulier, les soins dentaires, qui sont rémunérés à l'acte (et qui ont compté pour 21,4 p. 100 du total des dépenses du Programme des SSNA en Ontario en 1997-1998), pourraient donner lieu à des économies grâce à l'établissement de nouveaux modes de financement, par exemple la passation de marchés ou l'embauche de dentistes salariés, lesquels peuvent être négociés au niveau local.

Comme on le précisera ci-dessous, les limites imposées par la taille des communautés exigeront peut-être la conclusion d'ententes coopératives entre communautés ou régions en ce qui concerne l'inclusion des SSNA dans un modèle de financement intégré.

Les transferts de responsabilités en matière de santé comptent pour 13,4 p. 100 des dépenses de la DGSM — en date du 31 août 1999, 19 ententes de transfert avaient été conclues en Ontario. Ces ententes visent 33 communautés ou 26,6 p. 100 de l'ensemble des communautés de la province. Par conséquent, les services de santé communautaire (autres que les SSNA), la salubrité et la surveillance de l'environnement et le PNLAADA qu'on retrouve dans la figure 6 représentent des dépenses liées à des fonds de programmes destinés à des bandes n'ayant pas bénéficié d'un transfert de même que des

fonds de programmes ne pouvant pour le moment faire l'objet d'un transfert. Dans le dernier cas, les secteurs de financement des services de santé communautaire ne pouvant faire l'objet d'un transfert comprennent les programmes en vertu desquels des ressources ont été fournies à des organisations régionales des Premières nations, par exemple la consultation et la liaison dans le domaine de la santé, le projet canadien de nutrition prénatale et des programmes de durée limitée fondés sur des propositions comme l'Initiative d'aide préscolaire aux Autochtones.

Les frais d'administration dans la région de l'Ontario (au niveau de la région et de la zone), présentés à la figure 6, s'élevaient à tout juste un peu moins de 3 millions de dollars en 1997-1998.

2. *MAINC*

Le MAINC assure aux Premières nations la plupart des programmes autres que les programmes de santé, y compris l'aide à l'enfance et aux familles, les soins aux adultes, le maintien du revenu, l'éducation élémentaire et secondaire, l'éducation postsecondaire, l'aide au gouvernement des bandes, le logement de même que les immobilisation et l'entretien. En vertu d'un modèle de financement intégré, les fonds reliés à la santé, l'aide à l'enfance et à la famille ainsi que des soins aux adultes complèteraient les autres volets sanitaires. À la figure 6, on retrouve une ventilation des dépenses du MAINC en Ontario en 1997-1998. Ces sommes sont pour la plupart versées directement au ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario (MSSC), aux foyers d'accueil ou aux organisations politiques des Premières nations. Aux termes de l'Entente Canada-Ontario sur les programmes de bien-être à l'intention des Indiens de 1965 conclue entre l'Ontario et le MAINC, la province a convenu d'offrir des services d'aide sociale, de garde d'enfants, de protection de l'enfance, d'auxiliaires familiales et de services infirmiers à domicile. On rembourse à la province la majorité de ces dépenses. En ce qui concerne les soins à domicile, le gouvernement fédéral assume 20 p. 100 des coûts bruts et 91,46 p. 100 des 80 p. 100 des coûts restants qu'assume le gouvernement de l'Ontario. En ce qui concerne les soins aux adultes en établissement des types I et II, le gouvernement fédéral rembourse 100 p. 100 des dépenses provinciales. Le gouvernement fédéral assume également 91,46 p. 100 de l'ensemble des coûts des services de protection de l'enfance. L'information sur les dépenses tirée du système financier du MAINC repose sur des mouvements de trésorerie convenus avec le MSSC et les Premières nations, et non sur les coûts réels engagés. Les données pour 1997-1998 qu'on retrouve dans la figure 6 sont des estimations fondées sur ces mouvements de trésorerie prévus, étant donné que les vérifications financières des programmes n'ont pas encore été menées à bien et qu'on ne dispose pas

de chiffres concernant les dépenses réelles. Ces estimations ne comprennent pas les frais d'administration de l'administration centrale ni les régions. (Dans le Budget des dépenses principal du MAINC, les frais d'administration totaux du ministère s'établissent à environ 3 p. 100.)

Aide aux adultes

Le programme porte sur les soins en établissement de même que sur les soins à domicile autres que les soins infirmiers. Les montants par habitant alloués aux régions au titre des soins à domicile ont varié considérablement, les sommes allouées par l'administration centrale étant fondées sur les niveaux historiques. Des ressources additionnelles ont été versées aux régions qui, en 1994-1995, ont pu faire la preuve de disparités.

Le volet axé sur les soins en établissement est orienté vers les soins en établissement. Aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, l'aide aux adultes plus poussée qui exige des services de santé accrus relève de la responsabilité de la province. À l'heure actuelle, on ne trouve que 13 établissements de soins en résidence, dont sept au Manitoba. Quant aux autres, ils se répartissent comme suit : trois sont en Ontario, deux sont en Alberta et un est en Colombie-Britannique. Comme bon nombre d'anciens et de personnes handicapées ne souhaitent pas quitter leur communauté, l'utilisation des établissements hors réserve par des résidents des communautés des Premières nations s'est révélée faible. De même, les établissements de soins provinciaux doivent répondre à la demande de la population générale aussi bien qu'à celle des Premières nations. En raison de ces facteurs, on note des écarts considérables entre les soins en établissement offerts dans les différentes régions.

À la figure 6, on constate que 10 955 117 \$ ont été consacrés aux soins à domicile et aux soins en établissement en Ontario en 1997-1998.

Au nombre des problèmes qu'il faudra régler si l'aide aux adultes fait partie du modèle de financement intégré de la santé, citons :

- ▶ Étant donné l'écart historique prononcé observé entre les dépenses par habitant, comment pourra-t-on répartir équitablement entre Premières nations les sommes consacrées aux soins en établissement?
- ▶ Quelle sera l'aire de recrutement des établissements de soins en résidence des Premières nations dans le contexte des Premières nations environnantes? Répartira-t-on les ressources consacrées aux soins en établissement entre ces communautés avoisinantes? Conclura-t-on des marchés avec les établissements pour la prestation de

soins?

- ▶ La présente analyse porte principalement sur les Premières nations de l'Ontario, mais, dans le contexte national plus large, la DGSM pourra en pratique assumer des niveaux de soins en établissement qui diffèrent selon les régions. Comment pourra-t-on répartir les ressources de façon équitable de manière à répondre à des problèmes propres aux régions concernées?

Services à l'enfance et à la famille

Aux termes des dispositions législatives, les provinces assument la responsabilité des services à l'enfance et à la famille, laquelle découle de la compétence qu'elles exercent sur la santé, le bien-être social et l'éducation, conformément à la Constitution du Canada. Avant l'avènement des organismes qui assurent la prestation des Services à l'enfance et à la famille indiennes (SEFI), le gouvernement fédéral remboursait aux provinces les services offerts, habituellement par les sociétés d'aide à l'enfance. Depuis la fin des années 80, les Premières nations assument une part de plus en plus grande de la responsabilité des organismes des SEFI, et les activités touchant l'administration provinciale directe ont considérablement diminué. Les organismes des SEFI jouent un rôle dans les foyers d'accueil, les foyers collectifs et les soins en établissement offerts aux enfants des Premières nations jusqu'à l'âge de 18 ans. Comme le montre la figure 6, les dépenses estimatives prévues au titre des Services à l'enfance et à la famille s'élevaient à 25 millions de dollars en 1997-1998, soit les deux tiers des ressources totales que le MAINC affecte à la santé.

Dans le contexte du modèle de financement intégré de la santé, quelques problèmes sont dignes de mention. Comment, par exemple, alignera-t-on les ressources affectées aux SEFI provenant d'organismes des SEFI qui représentent quelques bandes dans une entente relative au financement intégré de la santé si les ressources affectées à la santé ne sont pas administrées par le même regroupement de bandes?

Violence familiale

L'initiative contre la violence familiale du MAINC a pris fin en 1995-1996. Toutefois, elle a été reconduite jusqu'en 1997-1998. Dans le cadre de l'initiative, on a subventionné la prestation de services communautaires permanents visant à lutter contre tous les aspects de la violence familiale dans les réserves, y compris les foyers d'urgence. En 1997-1998, on a financé quatre projets de foyers d'urgence. Les fonds non affectés aux foyers ont été pour l'essentiel dirigés vers les organisations parties à un traité politique, chargées de les répartir entre les communautés. Ensemble, ces deux volets

ont compté pour une somme estimative de 1,4 million de dollars en 1997-1998 (figure 6).

Voici quelques enjeux à prendre en considération dans le contexte d'un modèle de financement intégré de la santé : quelles seront les relations entre les organisations parties à un traité politique et les communautés? Les ressources d'une communauté demeureront-elles au niveau des organisations parties à un traité politique ou seront-elles versées directement dans l'enveloppe budgétaire?

3. *Province de l'Ontario*

Les provinces et les territoires constituent la troisième source de financement des services de santé des Premières nations et des Inuits. Dans la majorité des cas, la province fournit des services plutôt que des fonds, par exemple les services de santé assurés appliqués en application de la *Loi canadienne sur la santé*. Les Premières nations et les Inuits exercent un contrôle limité, voire inexistant, sur la planification et la prestation des services hospitaliers assurés. Récemment, les provinces ont délégué les ressources affectées aux soins en établissement. Dans toutes les provinces, sauf l'Ontario, les enveloppes des autorités sanitaires régionales sont fondées sur les transferts pour les hôpitaux, d'autres services étant subventionnés selon les priorités provinciales. Jusqu'ici, jamais n'a-t-on scindé le budget d'un hôpital pour en allouer une partie à une population donnée dans l'aire de recrutement de l'établissement. Cette pratique a de nombreux précédents sur la scène internationale, le mieux connu étant peut-être le régime d'attribution d'enveloppes pour les médecins généralistes en Grande-Bretagne : des groupements de médecins administrent les fonds dévolus à la santé pour leurs patients et passent avec des hôpitaux et des spécialistes des marchés pour les services nécessaires.

Lorsqu'on considère la population des Premières nations de l'Ontario par rapport à la population totale de la province, le secteur hospitalier, de façon générale, courrait un risque minimal en cédant aux Premières nations le contrôle des ressources hospitalières, au moins dans cette province. Dans de nombreux cas, les fonds transférés compteraient pour un pourcentage infime du budget de l'hôpital, et la Première nation devrait, en vertu d'un contrat, obtenir de l'hôpital le remboursement des fonds. Dans le contexte de la restructuration et de la fusion des hôpitaux en cours en Ontario, on est loin de l'avènement d'un système obéissant aux forces de marché en vertu duquel des hôpitaux se disputeraient la clientèle des Premières nations, sauf dans certaines grandes villes du sud de la province. Cependant, un tel système permettrait l'établissement de contrats de rendement, dans lesquels seraient définis

clairement les engagements de l'hôpital en matière d'accès et de qualité des soins. En outre, la Première nation deviendrait un intervenant respecté dans le réseau des établissements et pourrait négocier des services répondant aux besoins des Premières nations, par exemple des services d'interprètes, des guérisseurs traditionnels ou des services enrichis à l'intention des diabétiques. Dans deux régions où on trouvait des hôpitaux fédéraux pour les Premières nations (Sioux Lookout et Moose Factory), les ententes qui lient actuellement la province, le gouvernement fédéral et les Premières nations constituent un modèle de collaboration tripartite.

En ce qui concerne les services médicaux des médecins, la situation est moins claire. Dans la plupart des provinces, sinon dans la totalité d'entre elles, en ce qui concerne la négociation des barèmes liés à la rémunération à l'acte entre les médecins et la province a été houleuse, c'est le moins qu'on puisse dire. Le lobby des médecins est puissant, et les Premières nations, à titre individuel, n'auraient pas le poids politique ou financier suffisant pour obtenir des résultats comparables à ceux des provinces dans le cadre du processus de négociations. De même, on ignore comment les médecins réagiraient à l'idée que leurs budgets soient versés dans une entente de financement intégré ou encore à la recherche de nouveaux modes de rémunération. Dans les provinces où de nouveaux mécanismes de financement des services médicaux ont été proposés, les médecins ont soutenu que la liberté de choix doit être préservée et se refusent à l'idée d'être cantonnés dans le salariat, la capitation ou des ententes contractuelles.

En Ontario, il existe trois principales sources de fonds affectés à la santé pour les Premières nations : les services régis par la *Loi canadienne sur la santé*, soit le RAMO et les services hospitaliers (y compris les services remboursés par l'assurance-maladie dans les zones de Sioux Lookout et de Moose Factory Zone), des programmes de santé dont certains sont dans une large part remboursés aux termes de l'entente de 1965 et, enfin, la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones. Comme le montre la figure 6, on estime à 78,2 millions de dollars la somme qui, en 1997-1998, a été affectée aux membres des Premières nations qui vivent dans des réserves. Voici des observations pertinentes :

- ▶ La Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones est le fruit de la collaboration entre des Premières nations, des Métis et des groupements d'Autochtones vivant hors réserve et les ministères provinciaux des Services sociaux et communautaires et de la santé, le Secrétariat des affaires autochtones de l'Ontario et la Direction générale de la condition féminine de l'Ontario. Dans le cadre de la stratégie, on affecte des ressources à une diversité de services destinés aux Autochtones qui vivent dans des réserves ou hors réserve, y

compris des travailleurs affectés à la prévention communautaire et à la promotion de la santé, des agents de liaison sanitaires, des équipes et des travailleurs chargés des interventions en cas de crise, des travailleurs d'approche dans le domaine de la santé, des pavillons de ressourcement, des centres de traitement, des refuges, des offices autochtones de planification de la santé, des centres de santé maternelle et infantile, des centres d'accès aux services de santé communautaire et des traducteurs. En 1997-1998, les dépenses affectées à l'ensemble des services subventionnés dans des communautés de Premières nations ou destinées aux populations dans les réserves et hors réserve se sont élevées à 24 952 467 \$, excluant les dépenses d'immobilisation. La somme de 24 millions comprend les coûts de fonctionnement (par exemple, les centres d'accès aux services de santé) des subventions ponctuelles (par exemple, des projets de formation) alloués au terme d'un concours.

- ▶ Dans la base de données du ministère de la Santé, les dépenses liées au RAMO et aux congés dans les hôpitaux de soins aigus sont définies pour les Premières nations à l'aide d'un code de résidence. On ne rend pas compte des dépenses liées aux coûts des congés dans les hôpitaux de soins chroniques. Dans la figure 6, on retrouve aussi les dépenses des services remboursés par l'assurance-maladie, notamment les services hospitaliers offerts dans la zone de Sioux Lookout et dans la Weeneebayko Health Ahtuskaywin (WHA) de même que les services offerts par des médecins dans la WHA en vertu d'une entente de partage des coûts conclue avec le gouvernement fédéral.
- ▶ Il est très difficile, voire impossible, de répartir d'autres ressources affectées aux programmes de santé entre les populations dans les réserves et hors réserve, étant donné que les programmes ontariens de santé autochtones sont offerts à tous les Autochtones, quel que soit leur statut. Au nombre de ces programmes, citons les services de santé communautaire, les services de santé mentale, la stratégie sur le diabète, le programme Meilleur départ, le logement supervisé, les programmes de lutte contre le sida, etc. comme on le montre dans la figure 6, on a établi une estimation à l'aide du pourcentage de membres des Premières nations qui vivent dans des réserves par rapport à la population autochtone totale de l'Ontario. On a aussi effectué un rajustement en fonction des services remboursés par le gouvernement fédéral aux termes de l'entente de 1965.
- ▶ On a inclus les frais administratifs dans les dépenses liées à la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones, mais pas dans les autres programmes provinciaux.

Parmi les enjeux à débattre en ce qui concerne la prise en compte du financement provincial dans un modèle de financement intégré de la santé, citons :

- ▶ Quand les budgets affectés aux médecins devraient-ils faire partie de l'entente de financement intégré — immédiatement ou une fois que l'intégration dans d'autres secteurs du budget de la santé aura fait ses preuves et convaincu le lobby des médecins, qui a des préoccupations, des avantages de la démarche?
- ▶ Comment le régime d'assurance-maladie provincial devrait-il traiter la migration des membres des communautés, dans les réserves ou hors réserve? Il s'agit d'un problème qui se pose dans les programmes d'intégration en général, mais il est peut-être plus aigu en ce qui concerne les ressources provinciales, étant donné les coûts élevés des services offerts par les médecins et des séjours à l'hôpital.
- ▶ Quelle proportion des ressources hospitalières devrait faire l'objet d'un transfert? Devrait-on utiliser les coûts moyens par habitant établis pour l'ensemble de la province et rajuster en fonction du besoin (voir, ci-dessus, la section portant sur l'équité) ou encore les coûts historiques, lesquels ont déjà fait état d'une baisse importante du taux d'utilisation des soins hospitaliers par les Premières nations ⁵⁰? Les besoins des Premières nations sont considérables, et la délégation du contrôle de tout le réseau de santé à la communauté entraînera peut-être la suppression des obstacles et, du même souffle, une augmentation de l'utilisation. Dans ce cas, le financement à partir des coûts historiques placerait les Premières nations dans une position déficitaire.
- ▶ De la même façon, les Premières nations, par le passé, ont davantage eu recours aux services des généralistes qu'à ceux des spécialistes, comparativement à la population de la province en général. Quel serait donc le point de départ des transferts financiers pour les médecins — les coûts historiques ou les coûts projetés en fonction du besoin?
- ▶ Comment devrait-on dédommager les Premières nations pour les ressources hospitalières que la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario retire actuellement au secteur des soins en établissement? À l'heure actuelle, on retire 900 000 \$ du secteur, une somme équivalente devant être réinvestie dans des soins communautaires et autres. La province n'est pas tenue de fournir des services de soins à domicile dans les réserves (même si certains services sont offerts en vertu de l'entente de 1965, comme l'illustre la section consacrée au financement du MAINC). Cependant, les Premières nations partageront également les difficultés issues de la diminution des ressources hospitalières. Comme les ressources affectées aux soins à domicile sont actuellement plus rares dans les communautés des Premières nations, l'impact de la fermeture des hôpitaux sera en fait plus prononcé parmi cette population.

4. *Dépenses par habitant*

La figure 7 illustre les dépenses par habitant en 1997-1998, à l'aide des chiffres concernant les membres des Premières nations qui vivent dans des réserves établis par le MAINC. Comme tous les membres des Premières nations ont accès au Programme des SSNA, quel que soit leur statut, on utilise, aux fins des calculs par habitant le concernant, la population totale des Premières nations telle que définie par le MAINC pour donner une idée juste de l'allocation des coûts. Ainsi, la proportion des dépenses totales par habitant assumée par la DGSM chute pour s'établir à 57,4 p. 100 ou 2 233,72 \$ par personne. La part des dépenses par habitant qui revient à la province de l'Ontario est de 1 120,14 \$, soit 28,8 p. 100 du total. Quant aux dépenses en matière de santé du MAINC, elles s'élèvent à 536,36 \$ par personne ou 13,8 p. 100 du total.

Comme on l'a mentionné plus tôt, une analyse des données du RAMO pour 1991-1992 a permis de conclure que les résidents qui vivent dans des réserves ont eu recours aux services remboursés par le RAMO dans une proportion inférieure de 30 p. 100 au reste de la population. Les données relatives aux dépenses pour 1997-1998 présentées ici montrent qu'une somme de 233,78 \$ par habitant des réserves a été affectée aux services remboursés par le RAMO; si on ajoute les coûts rattachés aux médecins contractuels, le montant passe à 255,73 \$. En ce qui concerne les non-Autochtones de l'Ontario, les coûts par habitant du RAMO sont de 406,70 \$. Ces résultats confirment la différence constatée dans les données de 1991-1992 et laissent entendre que, en fait, l'écart se creuse. En ce qui concerne les dépenses du RAMO uniquement, les membres de Premières nations vivant dans les réserves ont généré 42,7 p. 100 de moins de dépenses que les autres résidents de l'Ontario (37,1 p. 100 de moins si on tient compte des dépenses liées aux médecins contractuels dans le calcul).

Dépenses communautaires

À la figure 8, on compare les dépenses totales affectées à la santé et les dépenses connexes pour la communauté A et le conseil tribal B par sources de fonds :

1. DGSM

Les deux autorités sanitaires ont bénéficié d'un transfert de responsabilités en matière de santé, et la majorité des dépenses autres que les SSNA sont visées par ces ententes. Au nombre des dépenses n'ayant pas fait l'objet d'un transfert dans les deux communautés, citons l'Initiative d'aide préscolaire aux Autochtones, les Programmes de carrières dans la santé, les agents de liaison dans le domaine de la santé, les fonds de consultation, le Programme canadien de nutrition prénatale et le Plan vert (sous la rubrique Salubrité et surveillance de l'environnement). En outre, la communauté A a reçu 86 365 \$ aux

fins de l'administration de son Programme des SSNA, qui n'est pas visé par l'entente de transfert de responsabilités en matière de santé. Les dépenses totales dans les deux communautés sont comparables, soit 7,8 millions de dollars dans la communauté A et 8,3 millions de dollars dans le conseil tribal B, ce qui, tout compte fait, n'est guère étonnant, étant donné les populations analogues qu'on retrouve dans les deux bandes. Cependant, comme la section qui suit le montre, la communauté A, du fait que 80 p. 100 de sa population vit dans des réserves comparativement à moins de 50 p. 100 en ce qui concerne le conseil tribal B, a droit à une allocation par habitant nettement réduite.

À la figure 9, on trouve une comparaison par habitant entre les deux communautés. En ce qui concerne les coûts par habitant des SSNA calculés à l'aide de la population totale, les coûts dans le conseil tribal B, soit 558,89 \$ par personne, sont supérieurs de 6,2 p. 100 à ceux dans la communauté A, phénomène qui, selon toute vraisemblance, peut être imputé aux coûts plus élevés pour une population rurale, laquelle jouit d'un moins bon accès aux fournisseurs de soins et fait face à des coûts de transport à des fins médicales plus élevés. Le calcul par habitant des dépenses autres que celles qui se rattachent au Programme des SSNA montre bien les économies d'échelle qui peuvent être réalisées dans une communauté plus large non répartie sur sept réserves distinctes, les dépenses pour la communauté A se situant à moins de la moitié du total observé pour le conseil tribal B (425,73 \$ contre 907,75 \$).

2. *Province de l'Ontario*

Dans les figures 8 et 9, on compare les deux communautés du point de vue des principaux programmes financés par la province de l'Ontario, en fonction des dépenses brutes et des dépenses par habitant. On trouvera ci-dessous une description de ces dépenses.

Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones

Les dépenses dont rendent compte les figures 8 et 9 comprennent tous les fonds opérationnels au titre de la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones, y compris les subventions ponctuelles. Les dépenses d'immobilisations ont été exclues. Aux termes de la stratégie, on a versé aux deux communautés des fonds pour la création de centres de santé communautaire, lesquels fonctionnent à l'aide d'une subvention annuelle de un million de dollars⁵¹. Le centre de santé communautaire du conseil tribal B, fruit d'un partenariat avec un centre d'accueil voisin, assure des services aux Autochtones qui vivent dans des réserves et hors réserve. On y propose des traitements holistiques ou encore des services de promotion de la santé et de prévention, dans quelques postes sanitaires communautaires ou au domicile des patients qui ont de la difficulté à se déplacer. Pour sa

part, le centre de santé communautaire de la communauté A assure des services aux résidents de la communauté et aux membres qui vivent hors réserve dans des centres urbains avoisinants. Le centre mise sur les services d'un dentiste, d'une infirmière autorisée, d'une infirmière praticienne, d'une diététicienne-nutritionniste, d'un commis aux dossiers médicaux, d'un travailleur d'approche et d'un gestionnaire de programme. Des généralistes et des spécialistes assurent des services à la communauté suivant une rotation. Pour soutenir cette activité, on offre à temps partiel des services de laboratoire, de physiothérapie, de praxithérapie et d'orthophonie.

Hormis le centre de santé communautaire, le conseil tribal B reçoit des fonds de la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones pour l'embauche de travailleurs qui offrent à la communauté des services de prévention et de promotion de la santé, par l'intermédiaire de l'Association of Iroquois and Allied Indians et de l'Union of Ontario Indians. La communauté A reçoit de la Stratégie des fonds pour son projet d'agrandissement du refuge. Le refuge actuel, qui compte cinq chambres à coucher, est doté de deux travailleurs d'approche et de deux travailleurs de l'aide à l'enfance qui assurent des services de counseling dans la communauté.

Dans l'ensemble, les dépenses effectuées au titre de la Stratégie sont à peu près les mêmes dans les deux communautés, soit environ 1,4 million de dollars. Lorsqu'on effectue un calcul par habitant, à partir des personnes qui vivent dans des réserves, on constate toutefois un écart qui s'apparente à celui dont on a fait état ci-dessus à propos des dépenses de la DGSM. Les dépenses par habitant dans la communauté A correspondent à environ la moitié (184,10 \$) de celles dans le conseil tribal B (377,51 \$). Comme les deux centres de santé communautaire assurent des services à des Autochtones qui vivent hors réserve et que, en ce qui concerne le conseil tribal B, tous les Autochtones font partie de l'aire de recrutement, les calculs par habitant risquent toutefois d'être inexacts. Si, en revanche, on utilise la population totale aux fins du calcul par habitant, on aboutit à un niveau de dépenses plus comparable, soit 152,70 \$ pour la communauté A et 162,64 \$ pour le conseil tribal B.

RAMO et congés dans les hôpitaux de soins aigus

Le figures 8 et 9 font état d'un écart considérable entre les deux communautés au titre des dépenses affectées aux médecins et aux hôpitaux, qu'il s'agisse des dépenses brutes ou des dépenses par habitant. On pouvait s'attendre à ce que les coûts médicaux soient plus élevés pour le conseil tribal B, étant donné que la vie dans les milieux ruraux du nord de l'Ontario est généralement associée à un statut socio-économique inférieur, lequel se traduit souvent par un mauvais état de santé. Ainsi, la

communauté A a dépensé 56,83 \$ par habitant au titre du RAMO ^a et 69,68 \$ par habitant au titre de l'hospitalisation dans des établissements de soins aigus, contre 245,10 \$ et 197,01 \$ respectivement pour le conseil tribal B.

Programmes de santé

Le gouvernement de l'Ontario finance un éventail différent de programmes de santé (hormis la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones) dans chacune des communautés. Dans la communauté A, les fonds portent principalement sur les services infirmiers assurés dans les établissements de soins en résidence, une somme moindre étant consacrée aux services d'urgence (ambulance). Le conseil tribal B reçoit des fonds pour un projet pilote « Meilleur départ » (soins prénatals et infantiles visant à faire en sorte que les enfants, les familles et les femmes enceintes s'alimentent sainement), le Réseau-Santé du Diabète du Nord et pour des services de soutien communautaire aux anciens (par exemple des services de repas à domicile, des programmes de traitement de jour, des services de relève, de l'aide à domicile, etc.) Aux termes de l'entente de 1965, le MSSC assure de plus des services d'aide auxiliaire et des services infirmiers, la majorité des dépenses étant remboursée par le gouvernement fédéral .

Dans l'ensemble, les calculs par habitant faits pour la province de l'Ontario montrent que les dépenses pour la communauté A, soit 362,12 \$, correspondent à 33 p. 100 de celles pour le conseil tribal B (1 102,16 \$). Si on utilise l'autre forme de calculs par habitant pour les fonds de la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones (voir ci-dessus), les dépenses provinciales totales pour la communauté A s'établissent à 330,72 \$, soit 37 p. 100 des dépenses par habitant pour le conseil tribal B, qui s'élèvent à 887,29 \$.

3. MAINC

La plupart des sommes dépensées par le MAINC sont versées directement au MSSC, à des foyers de soins infirmiers ou à des organisations parties à un traité politique; par conséquent, il est impossible de catégoriser les dépenses par communauté. À des fins descriptives, on trouve dans la figure 8 une répartition directe fondée sur la population, sauf en ce qui concerne les soins à domicile pour les

^a Les coûts totaux pour les médecins dans la communauté A, y compris les dépenses engagées pour des résidents vivant au Québec, se sont élevés à 110,68 \$ par habitant. Cette somme additionnelle inclut les paiements effectués à des médecins de l'Ontario pour des services rendus à des personnes visées par le régime d'assurance-maladie provincial du Québec et les coûts différentiels (entre le taux de remboursement en vigueur en Ontario et le taux moindre en vigueur au Québec), lesquels sont assumés à même le Programme de SSNA.

adultes, pour lesquels on disposait de ventilations par communauté, les dépenses pour les établissements de soins en résidence (adultes et enfants), un refuge d'urgence dans la communauté A et une allocation directe pour des services de lutte contre la violence familiale dans le conseil tribal B.

Voilà pourquoi les dépenses brutes et par habitant du MAINC qu'on trouve dans les figures 8 et 9 devraient être considérées avec prudence : en effet, elles sont davantage hypothétiques que réelles. Les estimations de dépenses dans les deux communautés examinées ici ont été fournies par le MAINC.

Elles comprennent :

▶	1 008 400 \$	soins en résidence — adultes	Communauté A
▶	206 800 \$	refuge d'urgence	Communauté A
▶	179 799 \$	soins en établissement — enfants	Communauté A
▶	651 800 \$	soins à domicile — adultes	Communauté A
▶	296 100 \$	soins à domicile — adultes	Conseil tribal B
▶	12 600 \$	violence familiale	Conseil tribal B

On a calculé les allocations versées aux communautés sur la foi de la population pour le financement des soins à domicile assurés par le MSSC, les services à l'enfance et à la famille financés par le MSSC et des organisations parties à un traité politique, les soins en établissement pour adultes (autres que ceux qui sont offerts dans la communauté A) et les services de lutte contre la violence familiale assurés par les organisations parties à un traité politique. Tous ces éléments ont été intégrés dans la figure 9, avec les estimations de dépenses présentées en détail ci-dessous.

Selon l'allocation présentée, la communauté A reçoit davantage du MAINC que le conseil tribal B. Le phénomène se vérifie probablement étant donné la présence de l'établissement de soins en résidence entièrement financé par le MAINC (à l'exception de certains services infirmiers subventionnés par l'Ontario, comme on l'a mentionné ci-dessus) et le financement d'un refuge d'urgence.

Scénarios relatifs aux dépenses combinées

Dans les figures 10 et 11, on présente les ressources totales par habitant selon deux modèles possibles de financement intégré : la mise en commun des dépenses de la DGSM et de la province de l'Ontario dans le domaine de la santé ou la mise en commun de toutes les dépenses liées à la santé et des dépenses connexes grâce à l'ajout des fonds du MAINC. En ce qui concerne le premier scénario, une somme de 1 314,04 \$ par habitant pourrait être incluse dans un modèle de financement intégré de la santé pour la communauté A. Pour le conseil tribal B, la somme serait de 2 568,80 \$. Sur le plan des

dépenses brutes, l'enveloppe mise à la disposition de la communauté A serait de l'ordre de 10,4 millions de dollars, contre 12,5 millions de dollars pour le conseil tribal B. La base de dépenses accrue pour le conseil tribal B s'explique par la situation géographique de ce dernier (facteur qui entre en ligne de compte dans les allocations versées en application de la formule de la DGSM), la petite taille des communautés et l'amalgame de quelques communautés (chacune dotée de sa clinique médicale et confrontée à des coûts fixes distincts). Les coûts plus élevés entretiennent vraisemblablement aussi une corrélation avec des besoins éprouvés en santé, lesquels auront (au moins dans une certaine mesure) contribué à définir l'ampleur des services de santé offerts, ce qui peut expliquer les écarts importants observés au titre des dépenses relatives au RAMO et aux hospitalisations dans des établissements de soins aigus. Dans le second scénario, qui intègre les ressources du MAINC, on a présenté des allocations hypothétiques du ministère aussi bien que les ressources liées à la santé que le MAINC verse directement au MSSC (pour des services définis dans l'entente de 1965), des organisations parties à un traité politique ou des soins infirmiers, autant d'éléments à propos desquels on ne dispose pas de données par communauté. La présence d'établissements (soins aux adultes, soins aux enfants et refuge d'urgence) dans la communauté A exige des ressources considérables et compte pour 1,4 million de dollars au titre des ressources identifiables. Selon ce scénario, la communauté A recevrait 15,6 millions de dollars ou 2 013 \$ par habitant, tandis que le conseil tribal B recevrait 14,3 millions de dollars ou 3 081 \$ par habitant.

En vertu des deux scénarios, les frais d'administration qui n'ont pas été énumérés dans l'analyse ci-dessus viendraient s'ajouter aux enveloppes de chacune des communautés. Les coûts qui ne sont pas pris en compte dans ces dépenses sont ceux qui ont trait à l'administration des programmes du MAINC de même qu'aux programmes provinciaux autres que la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones. Le rôle et la taille des ministères subventionnaires dans un régime de financement intégré de la santé exerceront une incidence sur l'importance des ressources à retenir aux fins de l'administration dans chacune des organisations.

Économies d'échelle et approvisionnement

La réalité des contraintes budgétaires inhérentes au système doit venir tempérer l'aspiration d'une communauté à l'autodétermination dans le domaine des soins de santé. On a déjà fait ce constat dans le contexte du transfert de responsabilités en matière de santé, les petites communautés étant réunies en partenariat sous l'égide d'une autorité sanitaire commune. En évitant le dédoublement des services administratifs et en partageant les ressources de professionnels de la santé, on peut réaliser des gains d'efficacité budgétaires. Pour assurer la viabilité d'un mode de financement intégré de la santé, on devra établir un seuil de population minimal. Chez les Premières nations et les Inuits, il ne s'agit pas d'un précédent. En ce qui concerne les organisations de Services à l'enfance et à la famille indienne, on a fixé à 1 000 le nombre optimal d'enfants aux fins de l'admissibilité au financement du MAINC. De façon générale, on ne tient pas compte des organisations qui assurent des services à moins de 250 enfants. Des exceptions sont permises, notamment l'isolement et l'éloignement de bandes, phénomène qui aurait pour effet d'annuler tout gain d'efficacité réalisé au moyen d'économies d'échelle, des écarts culturels ne pouvant donner lieu à l'établissement de relations de travail efficaces et des regroupements existants, en vertu desquels certaines bandes se sont déjà unies aux fins de l'administration et de l'exécution d'autres programmes ⁵².

Dans le cadre du Programme des SSNA, on doit impérativement disposer d'un nombre de clients suffisants pour gérer les risques de façon adéquate. Les risques ont trait à la possibilité que les fonds soient dépensés plus rapidement qu'on le croyait en raison d'événements imprévus, par exemple l'apparition d'une maladie grave ou une catastrophe, comme une épidémie. On peut réagir au risque d'un certain nombre de façons :

- ▶ Augmenter le bassin de population de façon que, en moyenne, les clients qui ont peu recours aux services annulent les coûts additionnels engendrés par le pourcentage de résidents qui en utilisent beaucoup. On doit évaluer la population minimale optimale grâce à laquelle on pourra adéquatement faire face au risque dans le cadre du Programme des SSNA.
- ▶ Maintenir une fonction d'approvisionnement centralisé au niveau régional. On obtiendra ainsi des médicaments et d'autres fournitures à un coût moindre que celui que chacune des communautés pourrait négocier.
- ▶ Négocier des contrats collectifs pour des professionnels de la santé, par exemple des

dentistes, des optométristes, des physiothérapeutes et d'autres professionnels de la santé visiteurs. (La possibilité de remplacer les professionnels rémunérés à l'acte par des professionnels salariés ou à contrat est l'un des avantages de la délégation des fonds affectés aux SSNA aux communautés.) Non seulement les petites communautés auront-elles accès à des services contractuels qu'elles ne pourraient pas autrement s'offrir, mais en plus les professionnels de la santé bénéficieront d'un volume de travail garanti plus important. En outre, on n'aura à négocier qu'avec un seul organe administratif.

- Constituer un fonds régional ou national pour faire face aux catastrophes. Comme le montre l'expérience des États-Unis, il sera important de définir un niveau adéquat dès le départ, afin d'éviter que le fonds en question ne s'épuise avant la fin d'un exercice.

La taille optimale de l'administration des SSNA (y compris les postes contractuels) risque d'être supérieure à celle de la plupart des partenariats définis par suite du transfert de responsabilités en matière de santé. Le recours à des réseaux de centres de santé qui s'associent pour la prestation de certains services constitue une option qu'on pourra envisager pour limiter les risques et générer des économies d'échelle. Dans nos réseaux de santé, il s'agit d'un phénomène fréquent : des organisations autonomes créent des organismes centralisés aux fins de la prestation de services de laboratoire, de blanchisserie et de préparation d'aliments; ce faisant, elles réalisent des économies substantielles. Dans un tel cas, un représentant de chacun des organismes de régie siège à un conseil d'administration commun. Il est possible que les avantages des réseaux de santé ainsi créés aillent au-delà de la simple réalisation d'économies d'échelle pour aller jusqu'à la création de coentreprises dans les domaines de la recherche et de la collecte de données, de la fixation de normes, de la défense d'intérêts et de la diffusion des connaissances.

Les Maoris de Nouvelle-Zélande ont obtenu du succès dans l'achat de services de santé pour leurs communautés. En 1991, le gouvernement de la Nouvelle-Zélande a entrepris des réformes de la santé, en vertu desquelles on a dissocié les rôles d'acheteur et de fournisseur de services. Dans l'ensemble du pays, on a ainsi créé quatre organisations responsables des achats, chargés de faire l'achat des services nécessaires auprès de fournisseurs compétents au nom de la communauté. Deux orientations stratégiques données par le gouvernement aux autorités sanitaires ont stimulé la participation des Maoris aux services de santé. Ces orientations faisaient de la santé des Maoris une priorité et obligeaient les autorités sanitaires à passer des marchés avec des organisations et des fournisseurs de services maoris. Ainsi, des regroupements de Maoris ont pu participer à la budgétisation. À Wanganui,

par exemple, où les Maoris sont répartis sur l'ensemble du territoire urbain, l'organisation qui représente les Maoris a conclu des contrats de paiement par capitation avec des médecins chargés d'assurer des soins primaires aux personnes inscrites auprès de l'organisation. D'autres organisations réservent des fonds pour les soins secondaires, ce qui permet à des services de Maoris de passer des marchés avec des spécialistes des hôpitaux, sur la foi de contrats de rendement. On réserve aussi des fonds pour les pharmacies, les services de pathologie, les services aux personnes handicapées, les services infirmiers communautaires et les guérisseurs traditionnels ⁵³.

La réussite des Maoris dans le domaine s'explique en partie par la structure des soins de santé en Nouvelle-Zélande, régie par un seul ministère de la Santé (il n'y a pas de système fédéral) et par l'engagement du gouvernement à assurer la réussite des projets de budgétisation pour les Maoris. L'exemple pourrait servir de modèle en contexte canadien, où les Premières nations pourraient passer des contrats avec des autorités sanitaires régionales aux fins de l'achat de services plutôt que de négocier directement avec des hôpitaux, des organisations de soins à domicile et d'autres institutions du genre. Les autorités en question pourraient également participer à la planification et à l'évaluation des programmes.

Organe directeur

La régie est un autre secteur où, en raison de la réalité des petites communautés, on doit adopter des structures et des modèles souples. Pour que le système fonctionne de façon optimale, le système politique et le système chargé de la prestation des services de santé devraient être dissociés. Dans l'expression ultime du financement intégré, en ce qui concerne, par exemple, la Convention de la Baie James et du Nord québécois (autonomie gouvernementale), un conseil de la santé distinct contrôle le réseau de santé et en assure le fonctionnement. On voit dans la présence d'un organe directeur « neutre » une sorte de tampon grâce auquel les soins de santé ne risquent pas de devenir un simple enjeu politique. Du même souffle, on s'assure que les décisions sont prises pour des motifs non politiques. Les provinces ont fourni neuf exemples de gouvernement provincial créant des structures régionales pour distancier les décisions politiques des décisions opérationnelles touchant les services de santé.

Dans les petites collectivités, il est possible, en vertu de la capacité existante, que le représentant d'un conseil de bande siège à un conseil d'administration commun chargé de l'administration des fonds affectés à la santé pour le compte de quelques communautés. Dans les conseils tribaux plus importants,

par exemple ceux qui ont bénéficié d'un transfert de responsabilités en matière de santé, un organe existe déjà. En dernière analyse, l'entité chargée du contrôle et de l'administration de ces ressources doit rendre des comptes aux bailleurs de fonds et à la communauté. Elle doit en outre être dotée d'une structure donnant aux dirigeants politiques des Premières nations et des Inuits l'assurance que les communautés bénéficient d'une représentation et d'un droit de parole adéquats, tout en répondant aux exigences des gouvernements subventionnaires en matière de rendement et d'information financière.

Capacité

Dans la section qui précède, on a fait allusion aux obligations redditionnelles des Premières nations et des Inuits dans le contexte d'un réseau de la santé intégré. La reddition de comptes a directement trait à la capacité d'une communauté de s'occuper comme il se doit de la délégation de ces ressources. À l'heure actuelle, 220 communautés ont bénéficié d'un transfert (ce qui représente 114 ententes distinctes). Ces communautés, qui ont fait la preuve de leur capacité administrative après un transfert, seront, dans un premier temps, les meilleures candidates à la mise en place d'un projet pilote de modèles de financement intégré de la santé. De même, les communautés en question sont parvenues à dissiper les inquiétudes concernant le transfert — y compris les empiétements sur les droits issus de traités, l'érosion de la responsabilité fiduciaire du gouvernement fédéral et l'insuffisance des ressources disponibles. Il est probable que ces questions surgiront également dans le contexte de la mise au point d'un modèle de financement intégré de la santé.

On peut voir dans l'intégration des fonds affectés à la santé le prolongement naturel de la dynamique des transferts ou le point de départ d'une démarche qui conduira au transfert complet de ressources intégrées affectées aux services de santé et aux services sociaux. Pour que la mesure se révèle efficace, on devra se doter d'une capacité dans un certain nombre de secteurs :

- ▶ **Stratégies de gestion transitoire** : La mise en oeuvre d'une entente relative au financement intégré de la santé exigera l'établissement de relations de travail étroites entre les communautés et les bailleurs de fonds. En effet, ce n'est qu'ainsi qu'on pourra assurer une éducation et une formation adéquates pendant l'intégration et dans la période qui suit. Par exemple, on aura peut-être intérêt à transférer le Programme des SSNA par étapes (soins de la vue, médicaments, soins dentaires, etc.), de façon que les mécanismes de contrôle et d'administration utilisés aujourd'hui par les gestionnaires tiers soient en place et tous fonctionnels. Aux yeux des utilisateurs, le processus devrait être transparent, en ce sens que les

interruptions de services doivent être réduites au minimum, voire inexistantes. Les services de consultation du ministère gouvernemental devront être assurés pendant un certain temps par suite du transfert : ainsi, les Premières nations et les Inuits bénéficieront d'un accès immédiat et en temps réel à des conseils et à des connaissances.

- **Systèmes d'information** : Dans son rapport d'étape, le Conseil consultatif de l'information sur la santé a défini trois objectifs stratégiques qui guideront ses recommandations dans le contexte d'une autoroute de l'information dans le domaine de la santé. Si le mandat du Conseil va au-delà des questions touchant les Premières nations et les Inuits, les objectifs définis peuvent tout de même jeter un éclairage sur le présent débat :
- (i) Habilitier le public. Le système d'information devrait permettre aux citoyens d'accéder à l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions éclairées et réunir sous un même toit des renseignements opportuns et dignes de foi.
 - (ii) Renforcer et intégrer les services de santé. On doit miser sur un système axé sur le client en vertu duquel la collecte de données cliniques et la gestion des services de santé sont organisées et interreliées de manière à répondre aux besoins des clients, à assurer la protection des renseignements personnels et à répondre aux objectifs administratifs de façon harmonieuse.
 - (iii) Créer des sources d'information pour assurer la reddition de comptes. On devra miser sur une structure de l'information qui favorise la reddition de comptes au sein du secteur de la santé grâce à la collecte, à l'analyse et à la diffusion d'informations nouvelles⁵⁴.

Dans le contexte autochtone, l'utilité de la présence physique d'un système d'informations sur la santé sera fonction de la capacité d'une communauté de recueillir, d'analyser et de diffuser de l'information sur la santé. Par conséquent, la mise en valeur du potentiel des ressources humaines va de pair avec l'élaboration de l'infrastructure. Non seulement aura-t-on besoin d'un système interne pour lier entre eux les divers programmes et services, mais en plus on devra se doter d'une infostructure externe pour permettre aux communautés de communiquer entre elles. Ce lien extérieur pourra être utilisé à diverses fins, notamment établir des comparaisons entre les gains réalisés au titre de l'état de santé d'une communauté à l'autre, créer un mécanisme de partage des données cliniques, ce qui permettra de répondre aux besoins des clients dans le cadre d'un réseau intégré, et, enfin, accéder à des compétences et à des services de l'extérieur dans le domaine de la santé, tout en rendant des comptes à la communauté et aux bailleurs de fonds. En vertu du principe des économies d'échelle, les petites communautés devront

collaborer ou conclure des partenariats dans le cadre de nombreux programmes et services de santé, et il faudra impérativement miser sur des liens de communication pour assurer la transmission efficace et efficiente d'informations sur les clients.

Les Premières nations et les communautés inuites régies par un réseau de santé intégré n'auront peut-être pas droit à la même diversité de soutiens administratifs que celle que leur assurent les gouvernements fédéral et provinciaux. Dans le cadre de l'élaboration d'un modèle intégré, on devra discuter de la reconduction du rôle traditionnellement joué par le gouvernement fédéral dans le domaine de la collecte de données sur l'état de santé et l'utilisation des services.

- ▶ **Accent mis sur l'évaluation et les résultats pour la santé :** Une fois réformé, le réseau de la santé des Premières nations et des Inuits devra fonder ses décisions en matière de politiques et de question sur des preuves et sensibiliser les membres de la communauté aux preuves en question, tout en les associant de plus près aux décisions prises. Ces activités exigeront la diffusion continue d'informations sur les résultats pour la santé, l'état de santé, les gains d'efficacité opérationnelle et la satisfaction de la communauté. On devrait mettre au point des systèmes d'information, de planification et d'évaluation garantissant l'autonomie par rapport aux structures centralisées. À titre d'exemple, le système d'informations sanitaires conçu dans la région de l'Ontario que d'autres régions sont en voie d'opter constitue une base de données épidémiologiques qui fournit de l'information pour la gestion de cas, pour l'établissement de priorités pour les programmes communautaires de même que pour la planification et l'évaluation de programmes. De même, la DGSM ou un organisme national comme l'Institut de la santé autochtone pourrait jouer auprès des communautés un rôle de centre d'informations réunissant les conclusions pertinentes issues du secteur de la recherche et de la connaissance, tout en contribuant à l'éducation permanente des employés issus des Premières nations et des communautés inuites.

- ▶ **Perfectionnement des ressources des Premières nations et des Inuits.** La mise en valeur de la capacité administrative et clinique dans les réseaux de santé des Premières nations et des Inuits est un processus à long terme. Dans le cadre du financement intégré de la santé, on devrait garder une marge de manoeuvre suffisante pour allouer des ressources au perfectionnement et au soutien de membres de la communauté qui ont manifesté la volonté de faire carrière dans le domaine de la santé. À court terme, la mise en valeur du potentiel risque, de façon réaliste, de porter sur la mise en oeuvre de stratégies visant à recruter des personnes

qui seront appelées à travailler au sein du réseau de la santé de même qu'à retenir celles qui y travaillent déjà. On devra peut-être recourir à des approches novatrices entre des communautés et des maisons d'enseignement, par exemple des programmes d'alternance travail-études à l'intention d'étudiants qui, au moment de leur inscription au programme d'études, se sont dits intéressés à travailler dans des communautés des Premières nations et des communautés inuites.

Exigences et principes

Le transfert de fonds globaux, lequel débouchera sur la délégation absolue des services de santé aux Premières nations et aux Inuits exigera l'établissement de principes ou de conditions. Pour avoir droit au transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, les provinces doivent se conformer à des exigences définies dans la *Loi canadienne sur la santé*. Tout transfert de fonds dévolu à la santé de la part des provinces vers les Premières nations et les Inuits aux fins des services assurés supposera le respect des cinq principes que sont l'intégralité, l'accessibilité, l'universalité, la transférabilité et la gestion publique. Il est essentiel d'assurer à tous les membres de la communauté une protection universelle. Aux fins des provinces, tout au moins, les fonds transférés viseront toutes les personnes de la communauté, qu'elles soient inscrites ou non au sens de la *Loi sur les Indiens*. On devra peut-être interpréter la gestion publique d'une façon qui permette à diverses entités, dont les conseils de bandes, de gouverner le réseau de santé. De même, on devra s'intéresser à l'adoption du principe de la transférabilité pour faire face à la migration des membres de la communauté, dans les réserves et à l'extérieur des réserves.

La DGSM et le MAINC devront également définir des principes aux fins du transfert de fonds, mais ces derniers, de portée générale, concerneront la prestation de soins communautaires, l'attention accordée aux besoins holistiques d'une communauté, l'inclusion des services pour répondre aux besoins au titre de la garde d'enfants, l'aide aux adultes, les toxicomanies, la santé mentale et les soins infirmiers primaires, pour n'en citer que quelques-uns. Ces principes devraient également être conformes à la politique actuelle du gouvernement fédéral qui consiste à offrir le bénéfice des SSNA à l'ensemble des membres de Premières nations et des Inuits, qu'ils vivent au Canada ou non. La liberté qu'ont les communautés de concevoir les programmes et les services les mieux habilités à répondre à leurs besoins en santé constitue une caractéristique fondamentale d'un régime de santé intégré. Ce n'est qu'ainsi qu'on pourra éviter que le modèle de financement ne fasse que reproduire le transfert de

responsabilités en matière de santé, la seule différence étant que les fonds concernés sont plus conséquents.

Il faudra produire un rapport annuel, conçu sous forme de bulletin, un peu comme il en est aujourd'hui question au niveau provincial. En plus de rendre compte de la responsabilité financière des parties concernées, le bulletin devrait comprendre des données sur les résultats pour la santé de même que sur le coût et l'utilisation des services. Les exigences dont le rapport annuel sera assorti sont fonction de la capacité des réseaux de santé des Premières nations et des Inuits en matière d'information. À cet égard, les exigences pourront être évolutives. Les Premières nations, les Inuits et les bailleurs de fonds gouvernementaux auraient intérêt à mettre au point un plan définissant les progrès attendus en regard de critères précis concernant la présentation de rapports ⁵⁵. La mise sur pied d'un système de financement intégré devrait avoir notamment pour effet de réduire le nombre de rapports exigés et leur fréquence, et on devrait déployer des efforts pour définir les caractéristiques d'un rapport annuel unique acceptable pour toutes les parties concernées.

Contexte législatif

La délégation par les provinces de ressources affectées aux services hospitaliers et médicaux offerts par des médecins à des communautés des Premières nations et des communautés inuites dans un cadre autre que l'autonomie gouvernementale est sans précédent. Certaines provinces, par exemple le Manitoba et l'Ontario, ont conclu des ententes contractuelles avec le gouvernement fédéral aux fins de la prestation de services assurés à des Premières nations; plus récemment, elles ont conclu des ententes tripartites avec des Premières nations et le gouvernement fédéral (par exemple, Moose Factory). Les provinces ont également l'habitude de transmettre des ressources à des autorités sanitaires régionales. On pourrait mettre au point un mécanisme analogue à l'intention des Premières nations et des Inuits. Dans ce cas, on pourrait se passer de modification législative.

Même si la validité de l'affirmation qui suivra devrait faire l'objet d'une analyse juridique, il ne semble pas que le transfert direct de fonds dévolus aux services de santé à des Premières nations et à des communautés inuites, aux termes d'une entente définissant clairement les attentes et les exigences des provinces, contreviendrait aux ententes provinciales-fédérales actuelles régissant le financement des services de santé. Cependant, l'adoption d'un scénario en vertu duquel le gouvernement fédéral transférerait directement à des Premières nations sa part du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (sans d'abord passer par la province) exigerait vraisemblablement une

approbation législative et parlementaire.

Projets pilotes

Pour être efficace, la planification de réseaux de santé exige des connaissances et, à coup sûr, un financement qui va au-delà de l'exercice en cours. Le transfert de responsabilités en matière de santé est valable pour une période de financement de cinq ans, après quoi les ententes sont révisées, et de nouvelles ententes, négociées. Dans un premier temps, le mode de financement intégré de la santé devra faire l'objet d'un projet pilote d'une durée de cinq ans auquel participeraient les communautés ayant bénéficié d'un transfert qui se sont montrées intéressées à faire l'essai d'une forme plus autonome de prestation de services de santé intégrés. En limitant les projets pilotes aux communautés qui ont bénéficié d'un transfert, on limitera les efforts de mise en valeur du potentiel qu'entraînera la mise en place d'un nouveau modèle de financement. Les communautés en question auront procédé à une évaluation des besoins communautaires relativement récente, laquelle pourra servir de point de départ à l'établissement d'un projet de planification plus exhaustif. Cependant, on pourra aussi déléguer les services existants tels qu'ils existent actuellement, ou peu s'en faut, et laisser aux communautés concernées le soin d'apporter des modifications au réseau de la santé, d'une façon progressive et contrôlable.

Au moment de la mise au point des projets pilotes, la question de savoir s'il convient de fonder les allocations de fonds sur les coûts historiques ou encore sur une formule par habitant établie en fonction des besoins constituera un enjeu fondamental. L'allocation en fonction des coûts historiques a ceci d'avantageux que les calculs seront relativement faciles à effectuer et que le processus de réallocation ne fera ni gagnants ni perdants. Cependant, une telle option ne donnera pas suite à la volonté exprimée par les Premières nations de fonder les niveaux de financement sur un besoin communautaire. La mise au point d'un processus d'allocations par habitant exigera des consultations, des évaluations et des recherches poussées à propos des indicateurs équitables qui s'imposent : dans un tel cas, il ne fait aucun doute que certaines communautés recevront moins d'argent et que d'autres auront des besoins plus grands. Deux options, qui ont déjà été utilisées dans le cadre du financement des programmes pour les Premières nations et les Inuits, peuvent être considérés comme faisables :

1. Conserver les coûts historiques et utiliser la formule axée sur les besoins pour les nouvelles ressources qui entrent dans le système. C'est ce qu'on a fait à propos du financement régional des activités entourant le VIH/sida : en effet, on a dans ce cas

adopté une nouvelle formule (AFN-MBF) dans le cadre d'un processus de financement établi. On a décidé d'utiliser la formule pour allouer les nouveaux fonds prévus pour 1997-1998, sans toucher aux niveaux de financement historiques.

2. Adopter immédiatement la formule de financement par habitant fondée sur les besoins, mais étaler les rajustements financiers sur une période de trois ou quatre ans. Pendant ce temps, les communautés qui bénéficient d'un surfinancement verraient leurs niveaux de financement diminuer progressivement en raison de l'application de la formule; quant aux communautés sous-financées, elles verraient leur financement augmenter. C'est le mécanisme qu'a adopté le MAINC au moment de l'élaboration d'une nouvelle formule de financement pour les organisations de Services à l'enfance et à la famille indiennes. Certains organismes créés aux premiers jours de l'initiative et qui bénéficiaient de niveaux de financement généreux ont, au cours d'une période de cinq ans, vu leur financement progressivement réduit jusqu'au niveau défini par la formule. Quant aux organisations qui bénéficiaient d'un financement moindre que celui auquel elles auraient eu droit en vertu de la nouvelle formule, elles ont bénéficié d'un rétablissement établi sur une période de quatre ans : ainsi, elles ont reçu 75 p. 100 de la somme à laquelle aboutissait l'application de la formule pour la première année, 85 p. 100 la deuxième année, 95 p. 100 la troisième année et l'intégralité de la somme la quatrième année.

Observations

1. Le mouvement vers un mode de financement intégré de la santé constitue une progression naturelle des réseaux de la santé dans les communautés des Premières nations et les communautés inuites. Cette observation est justifiée par les activités aujourd'hui en cours dans des communautés autochtones, au Canada et à l'étranger, lesquelles intègrent des ressources, souvent dans le cadre de systèmes de financement distincts, afin de répondre de façon holistique à leurs besoins en matière de santé et de services sociaux.
2. Lorsque des possibilités se présenteront et qu'on pourra conclure des partenariats utiles, les frontières administratives s'estomperont. Dans le cadre de la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones, on adopte une approche du financement des services de santé qui s'applique à l'ensemble des Autochtones, sans tenir compte des divisions entre ceux qui vivent dans les réserves et hors réserve. Par exemple, le centre de santé communautaire financé pour le conseil tribal B est le fruit d'un effort de collaboration avec un centre d'accueil, et tous les Autochtones qui vivent dans des communautés visées par le conseil tribal et le centre d'accueil peuvent accéder aux services.
3. Le fait de constituer une enveloppe intégrée de ressources près du point de prestation de services paraît sensé, qu'il s'agisse des autorités régionales de la santé au Canada, du contrôle que les Maoris exercent sur les services de santé en Nouvelle-Zélande ou des pratiques de retenue de fonds pour les généralistes en Grande-Bretagne, pour ne citer que quelques exemples. Ces expériences ont montré qu'il est important que les parties disposent d'une certaine souplesse relativement aux services inclus dans une enveloppe. En effet, il est possible que les administrations souhaitent ne s'occuper que des soins primaires ou des soins secondaires, ou encore assumer la responsabilité de tous les niveaux du réseau de la santé.
4. Même si de nombreuses personnes craignent que le gouvernement provincial ne se contente de refiler les coûts aux Premières nations, en ce qui concerne le Programme des SSNA, du moins, les exemples de délestage de coûts en Ontario sont rares. L'adoption d'un système de quotes-parts dans le cadre du Programme des médicaments gratuits de l'Ontario en 1996. En constitue l'exemple le plus notoire. Néanmoins, des craintes subsistent à propos de futures mesures de désassurance, particulièrement dans le domaine des médicaments et des services ambulanciers. La restructuration du réseau hospitalier de l'Ontario, dans le cadre de laquelle on réduit le

nombre de lits, en plus de favoriser le raccourcissement des séjours, pourra constituer un facteur de coûts plus important. Il n'y a pas de moyen facile de quantifier le transfert de coûts découlant de la restructuration. En l'absence d'une relation axée sur la collaboration entre la DGSM et la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario, qui pourrait permettre de s'attaquer de façon proactive aux futurs impacts sur le réseau de santé des Premières nations, ces dernières devront prendre leur mal en patience.

5. Dans les deux communautés décrites ici, on observe un écart semblable en ce qui a trait aux types de services de santé offerts, aux dépenses par habitant, à l'utilisation des services provinciaux et aux économies d'échelle possibles. Dans les deux cas, il semble que, du point de vue des services offerts, il en coûte au moins deux fois plus par habitant pour exploiter un réseau composé de multiples points d'accès au réseau de la santé dans un milieu mixte (urbain-rural) qu'un réseau urbain doté d'un seul centre de services, même lorsque les chiffres de population sont relativement élevés, du moins en ce qui concerne les Premières nations. La communauté A, qui est en mesure d'absorber dans son budget les coûts d'un établissement de soins en résidence et d'un refuge d'urgence, affiche malgré tout des coûts par habitant nettement moins élevés.
6. Dans le cadre de l'analyse, on ne s'est pas intéressé à l'état de santé ni aux indicateurs socio-économiques des deux communautés étudiées. Quant à savoir si les fonds dont on dispose actuellement sont suffisants pour répondre aux besoins en matière de santé ou si les écarts au titre des dépenses entre les deux communautés peuvent être imputés à l'équité du processus d'allocation des ressources, on ne peut tirer de conclusions. Pour comprendre plus à fond tout l'éventail des dépenses constatées, on devra procéder à une analyse détaillée des services réels, de l'état de santé et des caractéristiques socio-économiques des deux communautés.
7. En théorie, et à la lumière d'expériences tentées au Canada et à l'étranger, l'intégration des ressources affectées à la santé dans les Premières nations et dans les communautés inuites paraît réalisable et serait en outre très susceptible de déboucher sur l'établissement d'un réseau de la santé plus accessible et plus efficient, dans lequel on aborderait les besoins de la communauté d'un point de vue holistique. La mise au point d'un mécanisme d'allocation des ressources fondé sur l'équité des soins de santé et favorable à cette dernière constituera l'aspect le plus difficile de l'intégration des fonds. Au nombre des problèmes opérationnels soulevés dans le présent rapport qui devraient faire l'objet de consultations auprès des Premières nations

et des Inuits en ce qui concerne le financement intégré de la santé, citons :

- ▶ Comment pourrait-on répartir de façon juste et équitable les ressources institutionnelles affectées à l'aide aux adultes et aux soins de santé à domicile? Quel rôle le MSSC serait-il appelé à jouer dans la prestation de soins aux adultes et aux enfants?
- ▶ Les efforts de collaboration entre les communautés suivront-ils les affiliations qui existent déjà entre organisations et conseils tribaux? Pourra-t-on constituer un groupe plus large de façon à gérer efficacement les ressources des SSNA?
- ▶ Quelles seront les relations futures entre les communautés et les organisations parties à un traité politique relativement aux ressources sanitaires actuellement administrées par ces dernières?
- ▶ Comment les communautés pourront-elles fonctionner de façon indépendante tout en forgeant des alliances stratégiques afin d'optimiser les fonds limités dont elles disposent (par exemple, les sommes consacrées à la lutte contre la violence familiale et à d'autres projets spéciaux) afin d'assurer des liens d'efficience (par exemple, Programme des SSNA) ou de négocier avec des fournisseurs (par exemple, médecins, hôpitaux ou autres fournisseurs)?
- ▶ Sur quoi se fondera-t-on pour transférer des ressources affectées aux services hospitaliers et médicaux offerts par les médecins — sur les coûts historiques ou sur les besoins? La deuxième hypothèse est celle qui est recommandée (voir le point 10 ci-dessous, mais, pour ce faire, il faudra organiser un débat provincial plus large, étant donné qu'il est possible que des ressources affectées à la population en général soient orientées vers des services de santé autochtones.
- ▶ Dans l'entente relative aux ressources, comment tiendra-t-on compte de la migration des membres de la communauté, à l'intérieur et à l'extérieur des réserves?

8. L'analyse des deux communautés a montré que la mise en commun des dépenses en santé de l'Ontario et des dépenses liées à la santé du MAINC avec les dépenses totales de la DGSM aura pour effet de tripler ou de quadrupler le budget actuel des transferts de responsabilités en matière de santé. À l'échelle de la province, on estime à 319 millions de dollars ou 3 890 \$ par habitant les dépenses communes de la DGSM, de la province de l'Ontario et du MAINC pour 1997-1998. Malgré l'écart entre les dépenses par habitant de la communauté A et du conseil tribal B (2 013 \$ et 3 080 \$ respectivement), les totaux sont dans les deux cas nettement inférieurs à la moyenne provinciale par habitant, ce qui montre bien l'importance des économies d'échelle qui peuvent être réalisées même par les petites communautés regroupées sous l'égide

d'une autorité commune.

9. La réforme des soins primaires doit porter sur les services offerts par les médecins, étant donné qu'ils comptent pour un pourcentage élevé des ressources liées aux soins primaires. Par conséquent, il sera important de faire en sorte que les ressources affectées aux médecins fassent partie d'un système intégré. Pour que la démarche soit couronnée de succès, il sera essentiel d'obtenir l'adhésion des médecins. On devrait chercher à obtenir leur appui le plus tôt possible dans le processus.
10. Pour assurer un accès équitable aux soins de santé, on devra réaffecter les ressources non seulement à l'intérieur des communautés des Premières nations et des communautés inuites, mais aussi à l'intérieur du réseau provincial plus large. Au moment de la conclusion d'une entente relative au financement intégré de la santé, on ne pourra mettre de côté sans modifications la question des dépenses nettement inférieures observées au titre du RAMO et des hospitalisations dans des établissements de soins aigus chez les Premières nations de l'Ontario comparativement au reste de la population, étant donné les indicateurs de la santé chez ces dernières, lesquels sont moins favorables.
11. Toutes les communautés ne sont pas prêtes à relever le défi que représente la mise en place d'un système de financement intégré de la santé, et le transfert de responsabilités en matière de santé devrait toujours constituer une étape intermédiaire ou une stratégie permanente pour les Premières nations qui cherchent à affirmer leur autodétermination ou à assumer un contrôle plus grand sur leurs services de santé. Pour dire les choses simplement, l'intégration n'intéressera que les communautés qui n'ont pas froid aux yeux, et seules celles qui ont fait la preuve de leurs capacités au titre de la gestion des ressources ainsi qu'à celui de la participation communautaire et de la reddition de comptes devraient être admissibles à cette nouvelle stratégie de financement.
12. La prise de décisions fondée sur des preuves et l'amélioration continue de la qualité devraient faire partie intégrante de la conception d'un modèle de financement intégré de la santé. On devra miser sur des systèmes d'information pour contrôler le rendement et fournir des données aux fins de la planification et de l'exécution des programmes. De tels systèmes seront également utiles dans le cadre des fonctions liées à la présentation de rapports et à la reddition de comptes.

13. Le présent document de travail a pour but de servir de point de départ à des discussions entre les Premières nations, les Inuits et les trois organismes subventionnaires dans les domaines suivants :

a) L'élaboration d'une formule de financement axée sur le besoin assurant un accès équitable aux services. Au nombre des variables dont il faudra débattre, citons :

Allocation de base par habitant égale rajustée en fonction :

- ▶ d'indicateurs de l'état de santé (par exemple le taux de mortalité);
- ▶ de la structure démographique (âge et sexe);
- ▶ du facteur socio-économique;
- ▶ de l'emplacement géographique;
- ▶ de la taille de la communauté.

Allocation par habitant égale au titre de la mise en valeur du potentiel rajustée en fonction :

- ▶ de l'emplacement géographique;
- ▶ de la taille de la communauté.

b) La population à prendre en compte aux fins de l'établissement d'une formule axée sur les besoins. Parmi les options possibles, citons :

- ▶ la population selon l'inscription au sens de la *Loi sur les Indiens*;
- ▶ l'effectif des bandes;
- ▶ l'effectif des communautés pour les services autres que les SSNA et l'inscription au sens de la *Loi sur les Indiens* pour les SSNA.

On devra également discuter de mécanismes de rajustement en fonction de la croissance projetée de la population des Premières nations et des Inuits.

c) L'effectif approprié de la population aux fins de la gestion efficace d'un mode de financement intégré de la santé :

- ▶ l'effectif minimal aux fins des programmes autres que les SSNA permettant de limiter les risques et d'intégrer des économies d'échelle;

- ▶ l'effectif minimal aux fins du Programme des SSNA pour limiter les risques;
 - ▶ la création de réseaux de santé aux fins des achats, du partage des services, de la fixation de normes, etc.;
 - ▶ la taille minimale de l'effectif aux fins de l'établissement de budgets réservés pour les soins primaires, les soins secondaires et d'autres services.
- d) Les modèles de régie dans un réseau intégré de la santé :
- ▶ prévoir une conception souple en fonction de la taille de la communauté et de son emplacement géographique;
 - ▶ réduire au minimum la participation politique directe.
- e) Stratégies de mise en valeur du potentiel :
- ▶ stratégies de gestion transitoire entre les communautés et les bailleurs de fonds;
 - ▶ systèmes d'information pour soutenir la prestation de soins de santé, établir des liens entre communautés qui partagent des services, favoriser l'accès à des connaissances et des services de santé externes et fournir de l'information aux fins de la reddition de comptes;
 - ▶ accent mis sur l'évaluation et les résultats pour la santé de même que sur l'élaboration d'un système favorisant la collecte de ces données;
 - ▶ élaboration de ressources chez les Premières nations et les Inuits : planification à long terme pour perfectionner une capacité administrative et clinique.
- f) Exigences et principes :
- ▶ établissement de principes compatibles avec la *Loi canadienne sur la santé* prévoyant une approche holistique répondant aux besoins en santé d'une communauté;
 - ▶ élaboration de critères aux fins de production d'un rapport annuel acceptable pour toutes les parties. Le rapport doit porter sur la reddition de comptes dans le domaine des finances, la mesure des résultats pour la santé de même que l'utilisation et le coût des services.
- g) Contexte législatif :
- ▶ élaboration d'un mécanisme de transfert provincial comparable à d'autres transferts provinciaux, par exemple les administrations régionales de la santé.

- h) Projets pilotes :
- ▶ mise sur pied d'un processus de projets pilotes d'une durée de cinq ans;
 - ▶ sélection des participants sur la foi d'un rendement satisfaisant dans le contexte des transferts;
 - ▶ prise d'une décision relative à l'utilisation des coûts historiques plutôt que des besoins aux fins de l'allocation des fonds par habitant.

NOTES

1. Citation présentée dans Minore, B., M. Boone, M., Katt, et P. Kinch, « Looking in looking out : Coping with adolescent suicide in the Cree and Ojibway communities of northern Ontario », *Canadian Journal of Native Studies*, vol. 11, 1991, pp. 1-24.
2. Commission royale sur les peuples autochtones, *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones : Volume 3; Vers un ressourcement*, Groupe Communication Canada, Ottawa, 1996.
3. On a également associé l'augmentation des coûts liés au Programme des SSNA à la croissance démographique, résultat des inscriptions et des rétablissements du statut imputables au projet de loi C-31, à la montée du coût de la technologie et à une utilisation plus grande des services de santé.
4. Association canadienne des soins de santé, *Health Facts: Made in Canada*, Presse de l'ACS, Ottawa, 1995.
5. Vérificateur général, *Rapport du Vérificateur général du Canada à la Chambre des communes. Chapitre 13 : Santé Canada — La santé des Premières nations*, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, Ottawa, 1997.
6. William M. Mercer Ltd., *Report regarding expenditures for federal health care clients for the Health Care Coordination Initiative Secretariat*, William M. Mercer Ltd., Ottawa, 1996.
7. Direction générale des services médicaux, *Rapport annuel du Programme des services de santé non assurés de 1996-1997*, Santé Canada, Ottawa, 1996.
8. Entrevue avec Ida Campbell, gestionnaire, Programme des SSNA, Région de l'Ontario de la DGSM, le 1^{er} octobre 1998.
9. Voir la note 5.
10. Entrevue avec Debbie Tattrie, gestionnaire, Gestion des prestations, Programme des SSNA, administration centrale de la Direction générale des services médicaux, le 18 octobre 1998.
11. Voir la note 8.
12. *Ibid.*
13. Gouvernement du Canada, *Rassembler nos forces : le plan d'action du Canada pour les questions autochtones*, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux du

- Canada, Ottawa, 1998, page 20.
14. *Ibid.*
 15. Entrevue avec Abu Nazier, directeur Ententes des services de santé, Direction générale des services médicaux, le 24 septembre 1998, Ottawa.
 16. Gouvernement du Canada, *Rassembler nos forces*, 1998, page 20.
 17. *Ibid.* Page 21.
 18. L'OCDE, *Health Care Financing Review : Annual Supplement*, Organisation de coopération et de développement économiques, Paris, 1990.
 19. Evans, Robert et Gregory Stoddart, « Producing Health, Consuming Health Care », *Social Science and Medicine*, vol. 31, n° 12, 1990, p. 1347.
 20. Fondation pour la guérison des Autochtones, *Document d'information*, Fondation pour la guérison des Autochtones, Ottawa, 1998.
 21. CRPA, 1996, page 223.
 22. National Steering Committee of the First Nations and Inuit Longitudinal Health Survey, *Summary of the National Reports*, National Steering Committee, Ottawa, page 10-11, 1998.
 23. O'Neil, J., A. Leader, B. Elais et D. Sanderson, « Manitoba Regional Health Survey : A Preliminary Report of Selected Results », résumé publié dans le *National Aboriginal Information and Conference Report*, National Steering Committee of the First Nations and Inuit Longitudinal Health Survey, Ottawa, 1998.
 24. National Steering Committee of the First Nations and Inuit Longitudinal Health Survey, 1998, pages 10-11.
 25. Sutherland, Cheryl, *Indigenous Health Systems: A review and analysis of successful programs in Canada, US and Australia, designed and delivered by First Nations and indigenous peoples. Part II: study examples*, Assemblée des Premières nations, Ottawa, 1997.
 26. En particulier, l'Ontario, qui envisage de créer des réseaux de santé intégrés axés sur la capitation, a récemment annoncé la mise en branle de quatre projets pilotes dans ce secteur. Les provinces de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et de la Saskatchewan se sont associées à l'Ontario pour mener des recherches sur les avantages de la capitation et des réseaux de santé intégrée, y compris la formule de calcul des taux de capitation et des organismes de régie dans le cadre de tels réseaux.

27. Interview avec M^{me} Rachel Cull, directrice des services infirmiers, hôpital Weeneebayko, le 5 novembre 1998.
28. Mitchell, Alba et coll., *Utilization of Nurse Practitioners in Ontario: Executive Summary*, École de sciences infirmières, Université McMaster, Hamilton, document non daté.
29. Voir la note 27.
30. Par exemple, on peut imaginer que des intervenants et des services d'aide à l'enfance et à la famille ainsi que des professionnels de la santé mentale se rendent au domicile d'une famille pour offrir des services de counseling. Dans certains cas, même les infirmières participeront au counseling.
31. Sutherland, Cheryl, 1997, pages 20-22.
32. Young, T. K., *Sioux Lookout First Nations Health Authority Participatory Research Project. Final Report I - Health Needs Assessment (revised)*, Northern Health Research Unit, Université du Manitoba, Winnipeg, 1995
33. Le National Indian Health Board a résumé les préoccupations dans les rapports suivants, qu'on trouve dans le site Web de l'organisme : Southwest Regional Forum on Health Care, Scottsdale, Arizona, du 14 au 16 juin 1995; Minneapolis Regional Forum, Bloomington, Minnesota, du 31 mai au 2 juin 1995; Aberdeen Regional Forum, Bismark, Dakota du Nord, du 19 au 21 juillet 1995.
34. National Indian Health Board, South and Eastern Forum on American Indian Health Care, Nashville, Tennessee, du 31 juillet au 2 août 1995 (voir la note 28).
35. National Indian Health Board (voir la note 28).
36. National Indian Health Board, Minneapolis Regional Forum, Bloomington, Minnesota, du 31 mai au 2 juin 1995.
37. Aux fins du transfert du Programme des SSNA, le gouvernement fédéral a adopté une approche transitoire d'une durée de cinq ans.
38. Jan, S. et V. Wiseman, « Equity in health care : some conceptual and practical issues », *Aust NZ J Public Health*, vol. 1, n° 1, pp. 13-15, 1996.
39. *Ibid.*
40. *Ibid.*

41. L'écart de 30 p. 100 observé dans les soins hospitaliers actifs et chroniques entre les Autochtones et les résidents de l'Ontario repose sur une analyse des dépenses de 1991-1992, réalisée par le Bureau des services de santé pour les Autochtones, ministère de la Santé, Toronto (Ontario).
42. Manga, P. et L. Lemchuk-Favel, *Health Care Financing and Health Status of Registered Indians*, Assemblée des Premières nations, Ottawa, 1993.
43. Jan, S. et V. Wiseman, 1996.
44. Frohlich, N. et K. C. Carriere, *Issues in Developing Indicators for Needs-Based Funding*, Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba, Winnipeg, 1997.
45. Voir la référence citée dans la note 44.
46. Frohlich, N. et K. C. Carriere, 1997.
47. Information obtenue de la Direction de la recherche et de l'analyse du MAINC à partir du synopsis d'un des projets de recherche de la Direction : *A First Nations Typology: Patterns of Socio-Economic Well-Being*.
48. Four Directions Consulting Group, *Conséquences de l'évolution démographique des Premières nations : Rapport final*, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, Ottawa, 1997.
49. Lettre de M. Alan Rock, ministre de la Santé du Canada, à M. Phil Fontaine, chef national, Assemblée des Premières nations, le 17 juin 1998.
50. Aux fins de l'analyse, on ne disposait pas des coûts provinciaux et des congés dans les hôpitaux de soins aigus pour 1997-1998 pour l'ensemble de la population. Cependant, une étude réalisée en 1991-1992 par le Bureau des services de santé pour les Autochtones du ministère de la Santé de l'Ontario a montré que le coût des séjours dans des hôpitaux de soins aigus et chroniques pour les membres des Premières nations qui vivent dans des réserves s'élèvent à 553 \$ par personne, soit 32 p. 100 de moins que la somme de 808 \$ observée dans le reste de la population.
51. La description des services financés dans le cadre de la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones provient du Rapport annuel de la Stratégie pour 1996-1997.
52. Laurel Lemchuk-Favel, *Back to the Future : An Analysis of DIAND Funding Methods*, Assemblée des Premières nations, Ottawa, 1996.

53. Scrimgeour, D., « Funding for Community Control of Indigenous Health Services. », *Australia and New Zealand Journal of Public Health*, vol. 20 n° 1, 1996, pp. 17-18.
54. Conseil consultatif de l'information sur la santé, *Connexions pour une meilleure santé : Questions stratégiques*, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, Ottawa, 1998.
55. Manga, P., *Fundamental Reforms of the Current Federal Health Services for Status Indians and Inuit*, Direction générale des services médicaux, Santé Canada, Ontario, 1998.