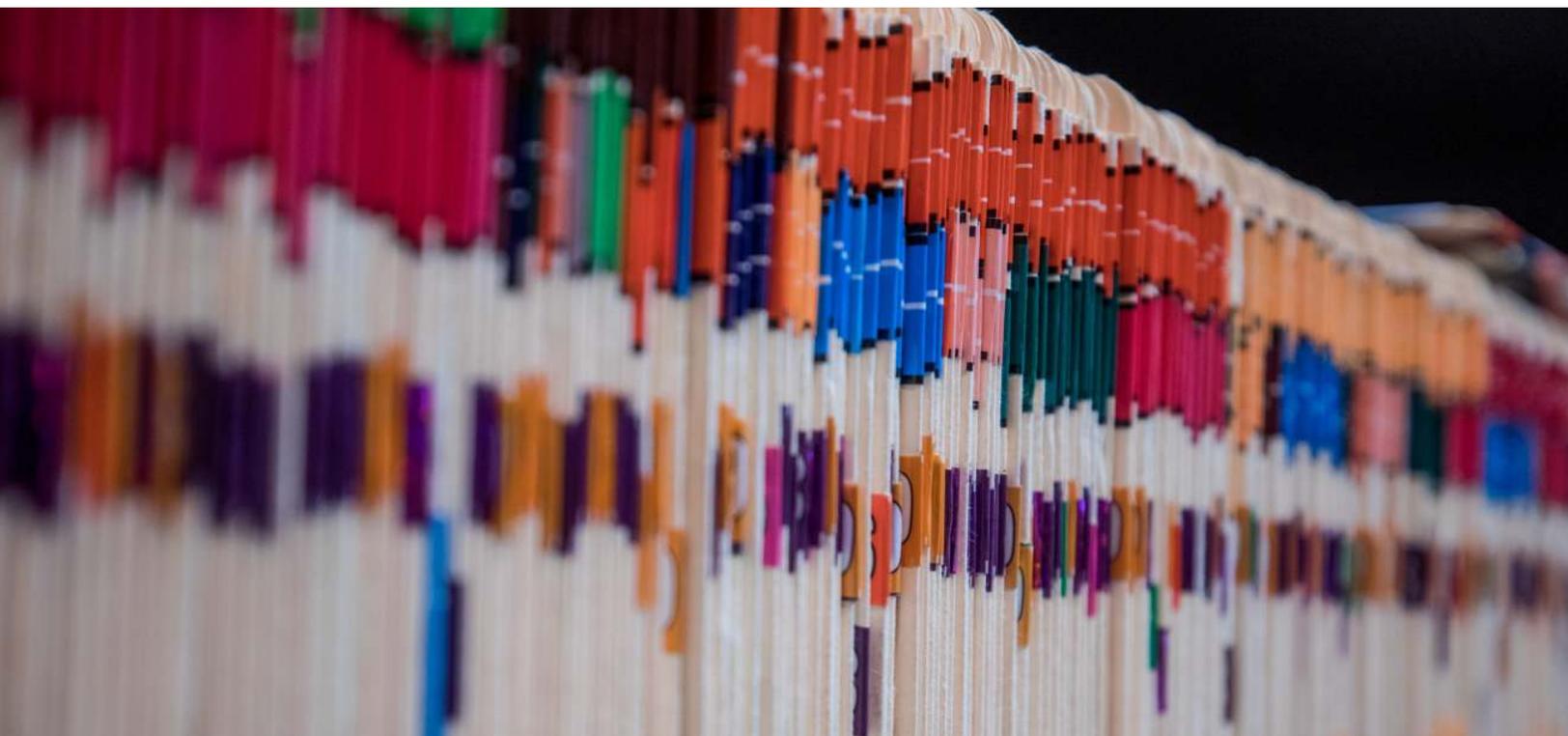


18 mai 2021



# DÉPENSES FÉDÉRALES POUR LES SOINS DE SANTÉ AUX PREMIÈRES NATIONS ET AUX INUITS



BUREAU DU DIRECTEUR PARLEMENTAIRE DU BUDGET  
OFFICE OF THE PARLIAMENTARY BUDGET OFFICER

Le directeur parlementaire du budget (DPB) appuie le Parlement en fournissant des analyses économiques et financières dans le but d'améliorer la qualité des débats parlementaires et de promouvoir une plus grande transparence et une plus grande responsabilité en matière budgétaire.

Plusieurs parlementaires ont indiqué qu'il serait utile que le DPB produise une analyse, en dollars et par habitant, du financement provincial et territorial des soins de santé ainsi que du financement que verse Services aux Autochtones Canada pour les Premières Nations et les Inuits par l'intermédiaire de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

Ce rapport offre un aperçu analytique des dépenses des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour les soins de santé aux populations inuites et des Premières Nations. Il ne vise pas à établir s'il existe un écart entre les dépenses du gouvernement fédéral pour les soins de santé aux Premières Nations et aux Inuits et les dépenses des gouvernements provinciaux et territoriaux pour tous les résidents du Canada.

Analystes principaux :  
Robert Behrend, conseiller-analyste  
Jamie Forsyth, analyste

Collaboratrice :  
Salma Ahmed Mohamed, assistante de recherche

Ce rapport a été préparé sous la supervision de :  
Xiaoyi Yan, directrice, Analyse des budgets

Nancy Beauchamp, Carol Faucher et Rémy Vanherweghem ont contribué à la préparation du rapport pour publication.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez nous joindre à l'adresse [dpb-pbo@parl.gc.ca](mailto:dpb-pbo@parl.gc.ca).

Yves Giroux  
Directeur parlementaire du budget

# Table des matières

---

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Résumé</b>  | <b>1</b>  |
| <b>1. Introduction</b>   | <b>3</b>  |
| <b>2. Soins de santé aux Premières Nations et aux Inuits au Canada</b>             | <b>4</b>  |
| <b>3. Dépenses de santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux</b> | <b>5</b>  |
| <b>4. Analyse des dépenses de santé</b>  | <b>9</b>  |
| 4.1. Croissance économique et dépenses de santé                                    | 9         |
| 4.2. Dépenses totales en matière de santé  | 10        |
| 4.3. Dépenses de santé par habitant  | 13        |
| 4.4. Collectivités éloignées inuites et des Premières Nations                      | 16        |
| <b>5. Dépenses de santé prévues du gouvernement fédéral</b>                        | <b>18</b> |
| <b>Annexe A : Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique</b>               | <b>19</b> |
| <b>Annexe B : Ententes sur l'autonomie gouvernementale</b>                         | <b>21</b> |
| <b>Annexe C : Considérations relatives aux données</b>                             | <b>24</b> |
| <b>Notes</b>   | <b>27</b> |

# Résumé

---

Ce rapport offre un aperçu des dépenses de santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour les populations inuites et des Premières Nations.

Ce rapport ne vise pas à établir s'il existe un écart entre les dépenses de santé du gouvernement fédéral aux Premières Nations et aux Inuits et les dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux pour tous les résidents du Canada. Ce calcul est impossible, car les dépenses de santé du gouvernement fédéral pour les Premières Nations et les Inuits s'ajoutent aux dépenses des gouvernements provinciaux et territoriaux pour les services de santé assurés par le régime public pour tous les résidents, y compris les Premières Nations et les Inuits<sup>1</sup>. En outre, la prestation des services de santé dans les réserves est partagée entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les organismes et les collectivités autochtones et des tiers fournisseurs de services<sup>2,3,4</sup>.

Généralement, les dépenses de santé pour les Premières Nations et les Inuits présentent des différences entre les régions et à l'intérieur même de celles-ci. Toutefois, les inégalités de financement ne peuvent être déterminées uniquement en comparant les dépenses<sup>5</sup>. Pour faire des comparaisons, tous les facteurs qui influent sur les niveaux de financement dans les provinces et les territoires doivent être pris en compte, comme les données démographiques (âge), les lieux géographiques, la fréquence des maladies, les traumatismes et les différences socioéconomiques.

Le DPB a analysé les dépenses de santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux de 2011-2012 à 2018-2019 pour les Premières Nations et les Inuits ainsi que pour l'ensemble de la population canadienne, et ce de plusieurs points de vue. Il a fait les constatations suivantes :

- En 2018-2019, les dépenses de santé du gouvernement fédéral pour les Premières Nations et les Inuits représentaient 33 % des dépenses de Services aux Autochtones Canada (SAC), alors que les dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux constituaient de 24 à 40 % de leurs dépenses de programmes.
- Après correction pour l'inflation, les dépenses de santé du gouvernement fédéral pour les Premières Nations et les Inuits ont augmenté en moyenne de près de 9,0 % par année entre 2011-2012 et 2018-2019. Parallèlement, les dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux pour l'ensemble de la population ont augmenté en moyenne de 2,1 %.

- Dans toutes les régions, les dépenses de santé des deux ordres de gouvernement sont généralement proportionnelles à la population bénéficiaire.
- Ensemble, les dépenses de santé par habitant des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour les Premières Nations et les Inuits ont augmenté en moyenne de 3,5 % par année entre 2011-2012 et 2018-2019. À elle seule, la portion provinciale et territoriale par habitant a augmenté en moyenne de près de 1,0 % par année.
- Dans l'ensemble, les dépenses en subventions et contributions de SAC pour les Premières Nations et les Inuits, par habitant, sont beaucoup plus élevées dans les collectivités éloignées qu'ailleurs.

# 1. Introduction

---

Ce rapport examine les dépenses de santé fédérales pour les populations inuites et des Premières Nations dans les réserves, en milieu rural et non rural, et les compare aux dépenses de santé des provinces et territoires pour l'ensemble de la population.

Les soins de santé aux Premières Nations et aux Inuits ainsi que leur financement constituent une question complexe. Ce rapport ne vise pas à établir s'il existe un écart entre les dépenses de santé du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux et territoriaux pour les Premières Nations et les Inuits et les dépenses de santé pour tous les résidents du Canada. Si les soins de santé aux Premières Nations et aux Inuits relèvent essentiellement du gouvernement fédéral, ils s'ajoutent aux dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux pour tous les résidents, y compris les Premières Nations et les Inuits<sup>6</sup>. En outre, la prestation des services de santé dans les réserves est partagée entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les organismes et les collectivités autochtones et des tiers fournisseurs de services<sup>7,8,9</sup>. Un écart dans les dépenses pour les soins de santé est donc difficile à définir.

## 2. Soins de santé aux Premières Nations et aux Inuits au Canada

---

La Constitution canadienne précise les compétences fédérales, provinciales et territoriales en matière de soins de santé. Si les gouvernements provinciaux et territoriaux sont chargés de la prestation des soins de santé, le gouvernement fédéral procède à des paiements de transfert pour financer la prestation des services de santé à la population, y compris aux Premières Nations et aux Inuits.

Le partage de la responsabilité des soins de santé pour les collectivités inuites et des Premières Nations dans les réserves est moins net. Les gouvernements provinciaux et territoriaux fournissent les hôpitaux, les médecins et les programmes de santé publique, mais ils offrent rarement des services de santé directs dans les réserves. Par l'intermédiaire de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de Services aux Autochtones Canada (SAC), le gouvernement fédéral finance et, dans certains cas, assure la prestation de programmes et de services de santé pour les populations inuites et des Premières Nations vivant dans les réserves ou sur les territoires traditionnels<sup>10</sup>. Ces programmes et services que finance le gouvernement fédéral s'ajoutent aux services de santé fournis par les gouvernements provinciaux et territoriaux<sup>11</sup>.

### Boîte 1-1 Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits

La Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) répond aux besoins en matière de santé des Premières Nations et des Inuits :

- en garantissant la disponibilité et l'accessibilité de services de santé de qualité;
- en favorisant un contrôle accru du système de santé par les Premières Nations et les Inuits;
- en appuyant l'amélioration des programmes et des services de santé des Premières Nations par une meilleure intégration et une plus grande harmonisation avec les systèmes de santé provinciaux et territoriaux.

La DGSPNI offre aussi aux membres des Premières Nations et aux Inuits admissibles, où qu'ils vivent, des prestations de santé supplémentaires qui ne sont pas assurées par les régimes provinciaux, territoriaux ou privés, comme les médicaments sur ordonnance, les fournitures et l'équipement médicaux, les soins dentaires et de la vue, les services de consultation d'urgence en santé mentale et les déplacements à des fins médicales.

# 3. Dépenses de santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux

---

Dans cette section, nous examinons les dépenses de santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux de 2011-2012 à 2018-2019.

## Dépenses de santé fédérales

Par l'intermédiaire de la DGSPNI de SAC, le gouvernement fédéral administre trois grands programmes relatifs aux soins de santé aux Premières Nations et aux Inuits. Les programmes Soins de santé primaires et Soutien à l'infrastructure de santé apportent un financement pour les membres des Premières Nations inscrits vivant dans des réserves et les Inuits vivant sur des territoires traditionnels. Le programme Prestations supplémentaires en santé finance des services pour tous les membres des Premières Nations inscrits et tous les Inuits, où qu'ils vivent<sup>12</sup>.

**Tableau 3-1 Secteurs de programme pour les Premières Nations et les Inuits**

| Secteurs de programme                | Sous-programme                                   | Sous-sous-programme   |
|--------------------------------------|--|---|
| Soins de santé primaires             | Promotion de la santé et prévention des maladies | Développement des enfants en santé*<br>Vie saine*<br>Bien-être mental   |
|                                      | Protection de la santé publique                  | Contrôle et gestion des maladies transmissibles**<br>Hygiène du milieu  |
|                                      | Soins primaires                                  | Pratique clinique et soins aux clients<br>Soins à domicile et en milieu communautaire*<br>Principe de Jordan            |
| Soutien à l'infrastructure de santé  | Capacité du système de santé                     | Planification de la santé et de la gestion de la qualité*<br>Ressources humaines en santé**<br>Établissements de santé* |
|                                      | Transformation du système de santé               | Intégration des systèmes*<br>Infrastructure de la cybersanté*<br>Innovation en soins infirmiers                         |
|                                      | Gouvernance tripartite de la santé               | Initiative tripartite de la Colombie-Britannique*   |
| Prestations supplémentaires en santé | Services de santé non assurés                    |   |

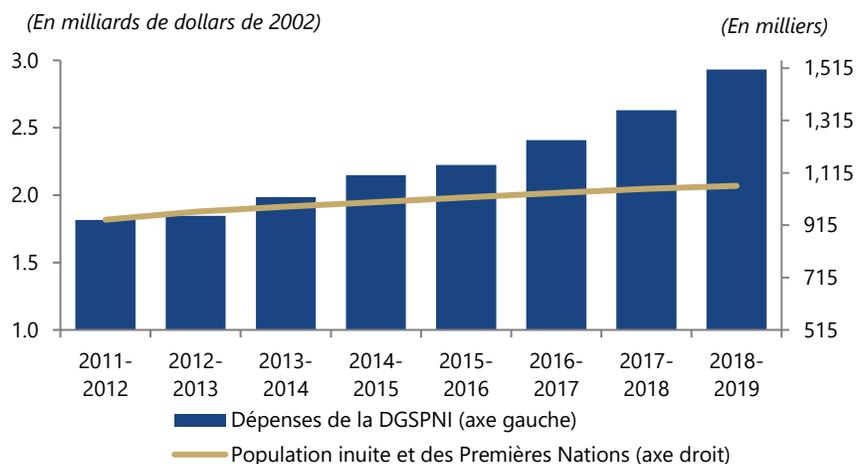
Source : Services aux Autochtones Canada.

Notes : \* Financement de base/permanent. \*\* Certains programmes du sous-sous-programme font l'objet d'un financement de base/permanent. L'absence d'astérisque signifie qu'il n'y a pas de financement de base/permanent ou que Services aux Autochtones Canada n'a rien indiqué à ce sujet.

Les dépenses de santé du gouvernement fédéral pour les Premières Nations et les Inuits se chiffraient à 2,2 milliards de dollars en 2011-2012, ce qui représentait environ 30 % des dépenses de programmes fédérales pour la santé<sup>13</sup>. En 2018-2019, les dépenses dépassaient les 3,8 milliards de dollars, soit, respectivement, environ 40 % des dépenses de programmes fédérales pour la santé et environ 33 % du budget de SAC.

Après correction pour l'inflation, les dépenses de santé ont augmenté de près de 9,0 % en moyenne par année, passant d'environ 1,8 milliard de dollars en 2011-2012 à plus de 2,9 milliards de dollars en 2018-2019 (figure 3-1). Les dépenses ont nettement plus augmenté que la population inuite et des Premières Nations au cours de la même période, soit en moyenne d'environ 2,0 % par année.

**Figure 3-1** Dépenses de santé rajustées du gouvernement fédéral pour la population inuite et des Premières Nations



Sources : Services aux Autochtones Canada, calculs du DPB.  
 Notes : Les dépenses de la DGSPNI excluent les dépenses au titre du régime d'avantages sociaux des employés et de la supervision et de la prestation. Les chiffres de population reposent sur les codes de résidence des personnes affiliées à des collectivités inuites et des Premières Nations reconnues par le gouvernement fédéral.

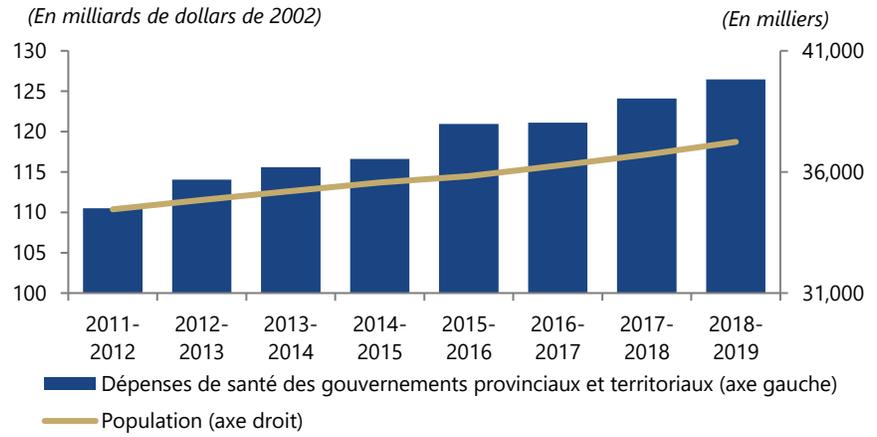
Les dépenses ont nettement plus augmenté dans les dernières années de la décennie que dans les premières. Comme le montre la figure 3-1, entre 2012-2013 et 2015-2016, les dépenses de santé ont augmenté en dollars constants de 6,8 % en moyenne par année. Depuis 2016-2017, elles augmentent en moyenne de 10,6 % par année. Cette augmentation tient probablement au financement accru des programmes Soins de santé primaires et Soutien à l'infrastructure de santé depuis le budget de 2016, ainsi qu'à la mise en œuvre du principe de Jordan<sup>14</sup> et des décisions du Tribunal canadien des droits de la personne.

### Dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux

Les dépenses de santé constituaient la part la plus importante (de 24 à 40 %) des dépenses de programmes des gouvernements provinciaux et territoriaux en 2018-2019<sup>15</sup>. En 2011-2012, elles approchaient au total les 132 milliards de dollars. En 2018-2019, elles avaient dépassé les 167 milliards de dollars.

La figure 3-2 montre qu'entre 2011-2012 et 2018-2019, les dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux corrigées de l'inflation ont augmenté en moyenne de 2,1 % par année, soit moins du quart de l'augmentation des dépenses de santé fédérales pour les Premières Nations et les Inuits. Au cours de la même période, la population canadienne a augmenté en moyenne de 1,2 % par année, soit un peu plus de la moitié du taux de croissance de la population inuite et des Premières Nations.

**Figure 3-2** Dépenses de santé rajustées et population des provinces et territoires



Sources : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), calculs du DPB.

Note : Les dépenses de santé provinciales comprennent toutes les dépenses publiques des gouvernements provinciaux et territoriaux<sup>16</sup>.

## 4. Analyse des dépenses de santé

---

Dans cette section, nous analysons plus en détail les dépenses de santé publiques des gouvernements de plusieurs points de vue. Premièrement, nous examinons la relation entre la croissance économique et les dépenses de santé, en accordant une attention particulière à la croissance des dépenses pour les soins de santé aux Premières Nations et aux Inuits. Deuxièmement, nous analysons globalement les dépenses de santé pour la population inuite et des Premières Nations et pour l'ensemble de la population canadienne. Troisièmement, nous analysons les dépenses de santé, par habitant, sur la période 2011-2012 à 2018-2019 et par région pour l'année 2018-2019. Enfin, nous analysons les dépenses de santé fédérales par habitant pour les Premières Nations et les Inuits dans les régions éloignées et non éloignées pour l'année 2018-2019.

La Colombie-Britannique est exclue de toute analyse régionale en raison de l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique<sup>17</sup>, qui prévoit un modèle de financement qui n'existe pas dans la plupart des autres provinces. En outre, nous excluons aussi les territoires, où la prestation des services de santé diffère de celle des provinces<sup>18</sup>.

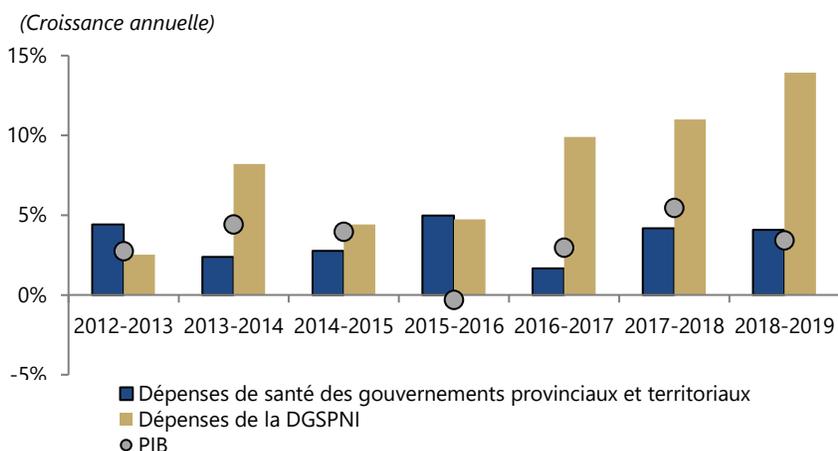
### 4.1. Croissance économique et dépenses de santé

---

Comme l'illustre la figure 4.1, la croissance des dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux augmente habituellement en période de forte croissance économique, probablement en raison de la marge de manœuvre budgétaire supplémentaire qu'offre cette croissance économique. Les tendances récentes montrent que les dépenses de santé fédérales pour les Premières Nations et les Inuits augmentent à des taux annuels équivalents ou supérieurs aux taux de croissance économique, soit de plus de 10 % depuis 2016-2017. Cette croissance semble stimulée par des décisions de politique publique plutôt que par la croissance économique et la marge de manœuvre budgétaire qui en découle.

Qui plus est, les changements dans l'augmentation du Transfert canadien en matière de santé sont en corrélation avec les changements correspondants dans les dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux<sup>19</sup>. L'incertitude qui a précédé le renouvellement du Transfert canadien en matière de santé en 2014-2015 a probablement contribué à la modération observée dans les dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux en 2013-2014 et 2014-2015 (figure 4-1).

**Figure 4-1 Croissance annuelle des dépenses de santé gouvernementales et PIB nominal, de 2012-2013 à 2018-2019**



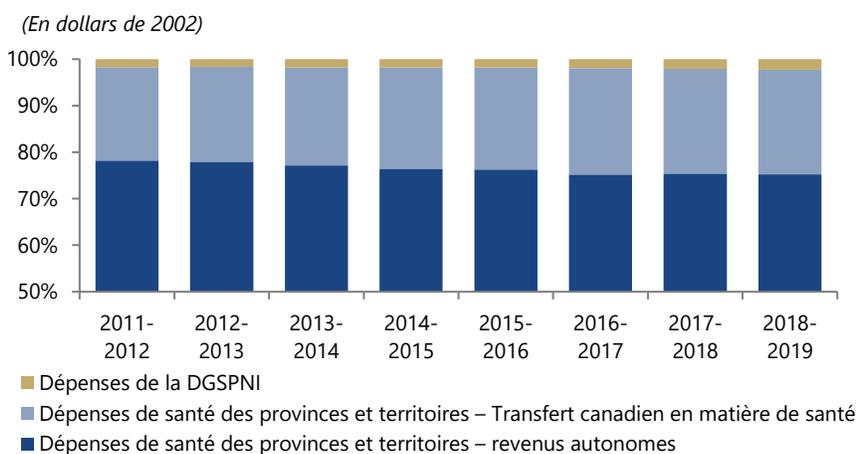
Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Services aux Autochtones Canada, calculs du DPB.

Notes : Les dépenses de la DGSPNI excluent les dépenses au titre du régime d'avantages sociaux des employés et de la supervision et de la prestation. Les dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux comprennent les dépenses de santé financées par les fonds des gouvernements provinciaux et territoriaux, les transferts fédéraux en matière de santé aux provinces et territoires et les transferts en matière de santé provinciaux et territoriaux aux administrations municipales<sup>20</sup>.

## 4.2. Dépenses totales en matière de santé

La figure 4-2 montre qu'en 2011-2012, les dépenses de santé fédérales pour les Premières Nations et les Inuits constituaient 1,7 % des dépenses de santé totales au Canada. En 2018-2019, cette proportion était passée à 2,3 %. En comparaison, la population inuite et des Premières Nations représentait environ 2,7 % de la population canadienne totale en 2011-2012 et 2,9 % en 2018-2019.

**Figure 4-2** Part des dépenses de santé totales par source de financement

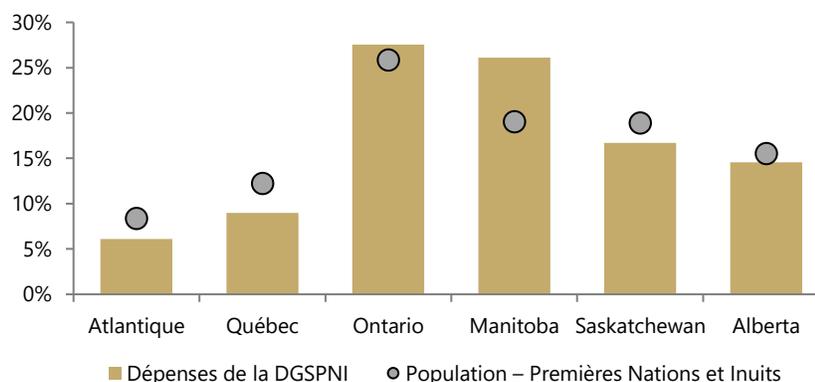


Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Services aux Autochtones Canada, calculs du DPB.

Notes : Les dépenses de la DGSPNI excluent les dépenses au titre du régime d'avantages sociaux des employés et de la supervision et de la prestation. Les dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux comprennent les dépenses de santé financées par les fonds des gouvernements provinciaux et territoriaux, les transferts fédéraux en matière de santé aux provinces et territoires et les transferts de santé provinciaux et territoriaux aux administrations municipales<sup>21</sup>.

Exclusion faite de la Colombie-Britannique et des territoires, l'examen des dépenses de santé des gouvernements fédéral et provinciaux en 2018-2019 par région révèle que le financement global pour les populations inuites et des Premières Nations était concentré en Ontario et au Manitoba. Ce constat n'est pas surprenant, car ces deux provinces, suivies de la Saskatchewan et de l'Alberta, comptent le plus grand nombre de membres des Premières Nations au Canada. La population des Premières Nations au Québec est comparativement plus faible (plus faible aussi que dans la région de l'Atlantique); sa population inuite est néanmoins plus élevée. Une corrélation positive a été observée entre le financement global de la santé et la taille de la population inuite et des Premières Nations dans les régions, comme l'illustre la figure 4.3.

**Figure 4-3** Part des dépenses de santé du gouvernement fédéral et population inuite et des Premières Nations, par région, 2018-2019



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Services aux Autochtones Canada, calculs du DPB.

Notes : Les dépenses de la DGSPNI excluent les dépenses au titre du régime d'avantages sociaux des employés et de la supervision et de la prestation. Les dépenses de santé des gouvernements provinciaux comprennent les dépenses de santé financées par les fonds des gouvernements provinciaux/territoriaux, les transferts fédéraux en matière de santé aux provinces et les transferts de santé provinciaux aux administrations municipales<sup>22</sup>.

L'Ontario compte 25,9 % de la population inuite et des Premières Nations du Canada et représente 27,5 % des dépenses de santé du gouvernement fédéral pour les Premières Nations et les Inuits. Parallèlement, le Manitoba, la Saskatchewan et l'Alberta comptent 53,5 % du total de la population inuite et des Premières Nations et représentent 57,4 % des mêmes dépenses fédérales.

#### Boîte 4-1 Méthode de répartition de la DGSPNI – Plan opérationnel de gestion

La plupart des fonds du gouvernement fédéral sont répartis en utilisant un plan opérationnel de gestion qui relie les activités planifiées à une source de fonds. Les régions et les directions de la DGSPNI recueillent des données de planification et travaillent en collaboration avec les partenaires afin de définir les besoins futurs en matière de financement. Chaque région et direction planifie ensuite les dépenses futures en fonction d'une affectation budgétaire fictive établie par le bureau des services financiers de la Direction générale à l'Administration centrale de SAC.

Pour tenir compte de son modèle distinct de financement axé sur la demande et de son processus de répartition des fonds, la DGSPNI utilise un plan d'activités pluriannuel afin de déterminer le financement, de consigner les progrès et de suivre l'évolution des dépenses de programmes sur une période de cinq ans.

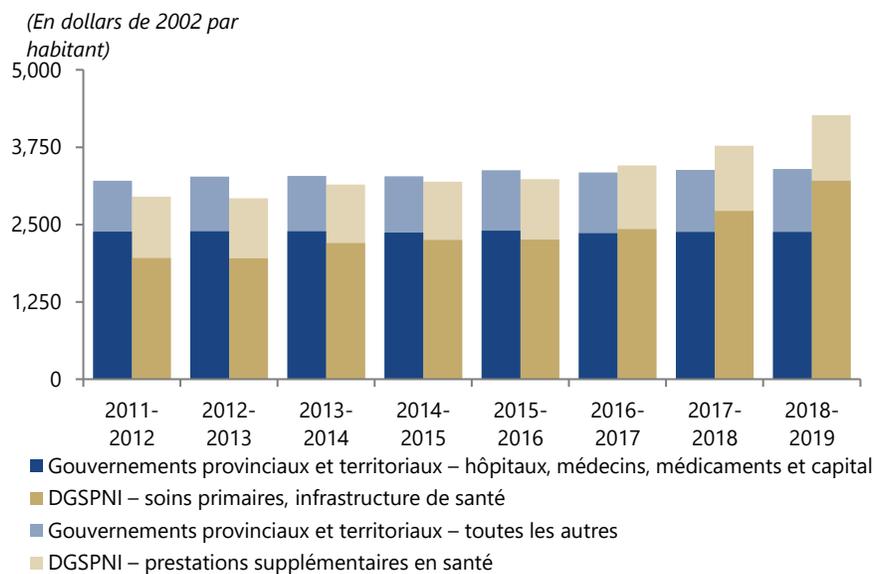
### 4.3. Dépenses de santé par habitant

---

Les dépenses de santé par habitant tiennent compte des dépenses de santé du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux et territoriaux pour l'ensemble de la population, la plupart des données de santé des provinces et des territoires n'établissant pas de distinction entre les dépenses concernant les Premières Nations et les Inuits et les dépenses relatives aux autres résidents. Les dépenses fédérales visent à répondre à divers besoins en matière de santé des Premières Nations et des Inuits et à améliorer l'accès aux services de santé fournis par les gouvernements provinciaux et territoriaux. Ainsi, les chiffres des dépenses correspondent aux dépenses de santé par habitant des gouvernements provinciaux et territoriaux pour l'ensemble de la population et aux dépenses de santé du gouvernement fédéral par habitant pour la population inuite et des Premières Nations. Ils ne précisent pas combien chaque ordre de gouvernement a dépensé pour les soins de santé de chaque membre des Premières Nations et de chaque Inuit.

Après correction pour l'inflation, la croissance des dépenses par habitant a augmenté au cours de la période visée, soit de 2011-2012 à 2018-2019. Les dépenses de santé du gouvernement fédéral ont augmenté de 1 315 \$, soit en moyenne de 6,4 % par année, essentiellement après 2016-2017. En comparaison, les dépenses des gouvernements provinciaux et territoriaux ont augmenté de 189 \$, soit en moyenne de près de 1,0 % par année au cours de la même période (figure 4-4).

**Figure 4-4** Dépenses de santé rajustées par habitant, par ordre de gouvernement



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Services aux Autochtones Canada, calculs du DPB.

Notes : Les dépenses de la DGSPNI excluent les dépenses au titre du régime d'avantages sociaux des employés et de la supervision et de la prestation. Les dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux comprennent les dépenses de santé financées par les fonds des gouvernements provinciaux et territoriaux, les transferts fédéraux en matière de santé aux provinces et territoires et les transferts de santé provinciaux et territoriaux aux administrations municipales<sup>23</sup>.

Comme le financement total, le financement par habitant varie selon les régions du Canada. Les programmes et services de santé offerts aux Premières Nations et aux Inuits ainsi que le coût de leurs soins de santé dépendent beaucoup de la région où ils vivent, de la façon dont les fonds sont attribués et des bénéficiaires des fonds transférés. Pour plus de détails, voir les ententes sur l'autonomie gouvernementale à l'annexe B.

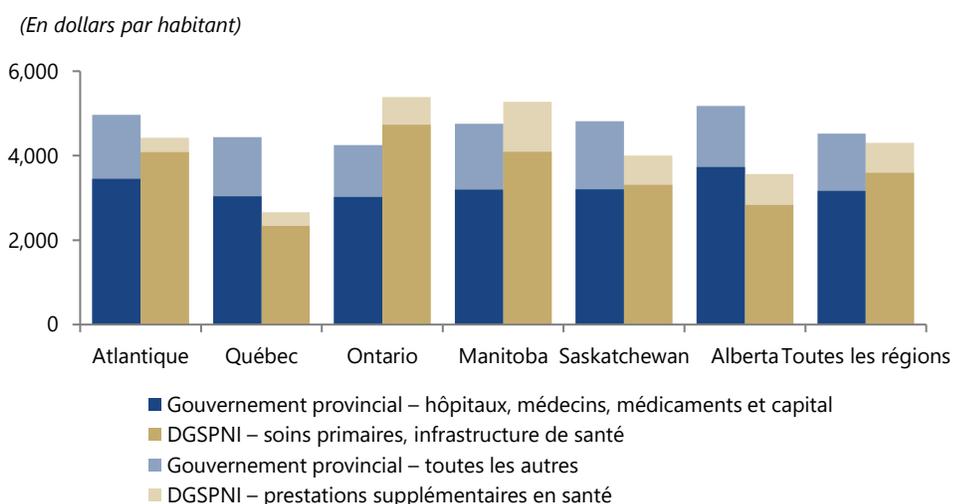
Dans le cas des gouvernements provinciaux et territoriaux, les écarts dans les dépenses ne sont pas surprenants, car les disparités régionales sur le plan de la démographie, de la répartition et de la densité urbaines et rurales et des conditions du marché du travail, entre autres, peuvent toutes avoir un effet sur les dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux<sup>24</sup>.

En 2018-2019, l'écart régional entre les dépenses minimales et maximales des gouvernements provinciaux et des territoriaux était d'environ 925 \$ par habitant (figure 4-5), et il tenait en grande partie à des différences dans les politiques de dépenses des provinces et territoires en matière de santé en ce

qui concerne les hôpitaux, les médecins, les médicaments et les dépenses en capital.

Au cours de la même année, à l'échelle régionale, l'écart entre les dépenses fédérales minimales et maximales par habitant pour les programmes et services de santé destinés aux Premières Nations et aux Inuits dépassait 2 700 \$. Les deux tiers de cet écart sont attribuables aux différences entre les régions en ce qui concerne les dépenses de soins primaires et d'infrastructure de santé. Les dépenses dans ces programmes et services de santé destinés aux populations vivant dans des réserves dans la région de l'Atlantique, en Ontario et au Manitoba étaient supérieures à 4 000 \$ par habitant. Avec un montant par habitant d'un peu plus de 2 300 \$, le Québec a les dépenses de santé fédérales les plus faibles pour les programmes et services dans les réserves (figure 4-5).

**Figure 4-5** Dépenses de santé gouvernementales par habitant, par région, 2018-2019



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Services aux Autochtones Canada, calculs du DPB.

Notes : Les dépenses de la DGSPNI excluent les dépenses au titre du régime d'avantages sociaux des employés et de la supervision et de la prestation. Les dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux comprennent les dépenses de santé financées par les fonds des gouvernements provinciaux et territoriaux, les transferts fédéraux en matière de santé aux provinces et territoires et les transferts de santé provinciaux et territoriaux aux administrations municipales<sup>25</sup>. Les chiffres de population inuites et des Premières Nations reposent sur les codes de résidence des membres des collectivités inuites et des Premières Nations reconnues par le gouvernement fédéral. Les chiffres de population inuite de 2016 sont utilisés.

Il n'est pas possible d'utiliser de comparaisons régionales des dépenses totales et par habitant pour établir avec certitude s'il existe un écart de financement entre les régions ou les sources de financement. D'autres facteurs sous-jacents influent sur les niveaux de financement. Les

complexités associées aux champs de compétence rendent difficile toute comparaison directe des dépenses par habitant.

Les programmes et services fédéraux en matière de soins de santé sont censés répondre aux besoins de santé des populations inuites et des Premières Nations, qui diffèrent de ceux du reste de la population. Services aux Autochtones Canada attribue les écarts de financement à des facteurs comme les données démographiques (âge), les lieux géographiques, la fréquence des maladies, les traumatismes et les disparités socioéconomiques<sup>26</sup>.

## 4.4. Collectivités éloignées inuites et des Premières Nations

---

Les dépenses de santé fédérales par habitant pour les populations inuites et des Premières Nations vivant dans des régions éloignées et non éloignées revêtent un intérêt particulier et méritent un examen plus attentif.

Par exemple, en 2018-2019, sur les dépenses de santé du gouvernement fédéral, plus de 1,1 milliard de dollars (ou près de 50 %) sont allés à des collectivités ou à des conseils tribaux inuits et des Premières Nations. Le reste a été transféré à des organismes autochtones, des autorités sanitaires, des établissements d'enseignement, des hôpitaux ou des centres de traitement, des organismes non gouvernementaux et d'autres entités de prestation de services.

Dans la mesure du possible, les dépenses de santé du gouvernement fédéral au titre des subventions et contributions (crédit 10) transférées aux collectivités inuites et des Premières Nations bénéficiaires sont liées à leurs chiffres de population respectifs et à l'indice d'éloignement<sup>27</sup>. Chaque collectivité ou conseil a été désigné comme étant urbain, rural ou éloigné d'après la classification de l'indice d'éloignement en fonction des seuils naturels de Jenks, créée par Statistique Canada<sup>28</sup>. Exception faite de la Colombie-Britannique et des territoires, 251 communautés étaient ainsi reliées à leur financement.

Sur ces collectivités, 182 sont considérées comme éloignées (c'est-à-dire moins accessibles, éloignées ou très éloignées). Ces collectivités éloignées, qui représentaient près de 65 % de la population inuite et des Premières Nations, ont bénéficié de 72 % des dépenses de santé du gouvernement fédéral.

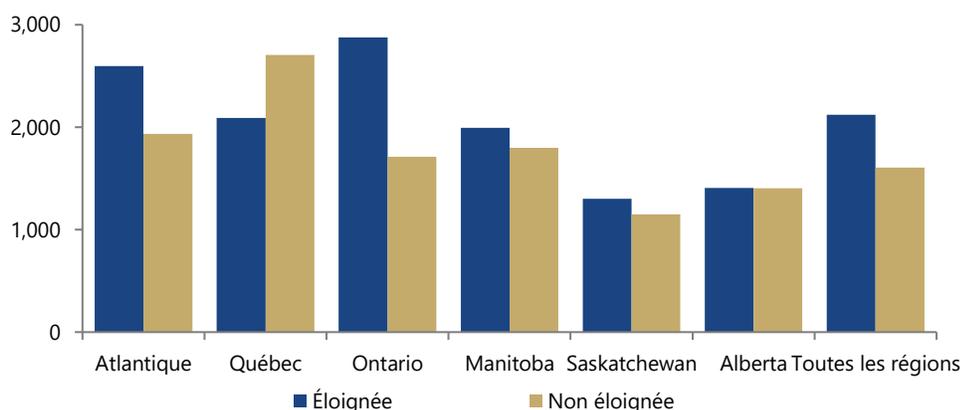
Par habitant, les dépenses de santé du gouvernement fédéral s'élevaient à environ 1 950 \$ dans les 251 collectivités. En excluant les collectivités non éloignées (urbaines), les dépenses passaient à 2 120 \$. La figure 4-6 montre qu'en 2018-2019, la Saskatchewan affichait les plus faibles dépenses par

habitant transférées aux collectivités éloignées (1 300 \$), tandis que les dépenses de l'Ontario étaient deux fois plus élevées (2 880 \$).

Cette analyse montre que les dépenses au titre des subventions et contributions (crédit 10), par habitant, sont généralement plus élevées dans les collectivités éloignées que dans les collectivités non éloignées (figure 4-6). Les collectivités inuites et des Premières Nations des régions rurales, éloignées et isolées peuvent ne pas avoir accès à des services de soins primaires sur place, ce qui peut expliquer l'augmentation du coût des programmes et services de soins de santé destinés aux résidents de ces collectivités.

**Figure 4-6** Dépenses de santé du gouvernement fédéral par habitant dans 251 collectivités éloignées et non éloignées, 2018-2019

(En dollars par habitant)



Sources : Services aux Autochtones Canada, Statistique Canada, calculs du DPB.

Notes : Les données de dépenses de la DGSPNI correspondent aux dépenses du crédit 10 transférées à des collectivités inuites et des Premières Nations désignées comme bénéficiaires. Les chiffres de population des Inuits et des Premières Nations reposent sur les codes de résidence des membres des communautés inuites et des Premières Nations reconnues par le gouvernement fédéral.

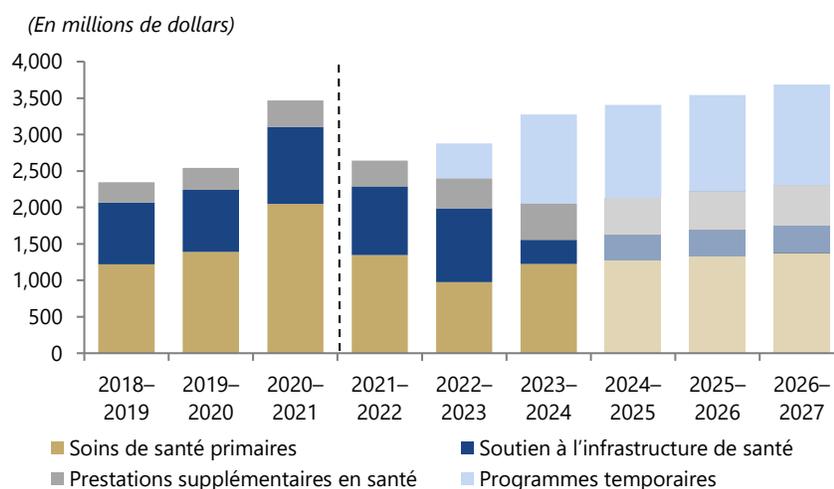
Il convient de noter que la DGSPNI attribue des fonds à certains programmes de base ou permanents selon la population inuite et des Premières Nations dans chaque région, à l'aide de la formule de Berger modifiée, qui rajuste la population en fonction de la répartition des personnes dans chaque région et selon l'éloignement et la taille de la collectivité<sup>29</sup>. En 2018-2019, environ 100 millions de dollars, ou 8,0 % des fonds destinés aux programmes de base ou permanents, ont été attribués à l'aide de cette formule.

En résumé, il existe effectivement des différences dans les dépenses par habitant entre les régions et à l'intérieur de celles-ci. On ne peut cependant pas utiliser les résultats mêmes de ces comparaisons pour déterminer s'il existe des inégalités de financement<sup>30</sup>.

## 5. Dépenses de santé prévues du gouvernement fédéral

Selon les prévisions, les dépenses de santé du gouvernement fédéral pour les populations inuites et des Premières Nations devraient augmenter à moyen terme, en supposant que les programmes temporaires soient reconduits selon les mêmes paramètres et les mêmes niveaux de participation<sup>31</sup>. D'après ce scénario, le Plan ministériel 2021-2022 de SAC et le budget de 2019, le DPB estime que les dépenses de subventions et contributions au titre des programmes de la DGSPNI augmenteront de plus de 1 milliard de dollars entre 2019-2020 et 2026-2027.

**Figure 5-1** Plans et prévisions de dépenses – programmes de la DGSPNI



Sources : Services aux Autochtones Canada, budget de 2019, calculs du DPB.

Notes : Les chiffres de 2020-2021 et 2021-2022 comprennent le financement ponctuel pour les mesures liées à la COVID-19. Les plans de dépenses estimatifs de 2021-2022 à 2023-2024 reposent sur le Plan ministériel 2021-2022. Les prévisions de dépenses pour 2024-2025 et au-delà sont fondées sur l'annonce faite dans le budget de 2019 selon laquelle le financement des programmes et services de base serait actualisé afin de tenir compte des principaux générateurs de coûts, comme l'inflation et la croissance démographique.

## Annexe A : Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique

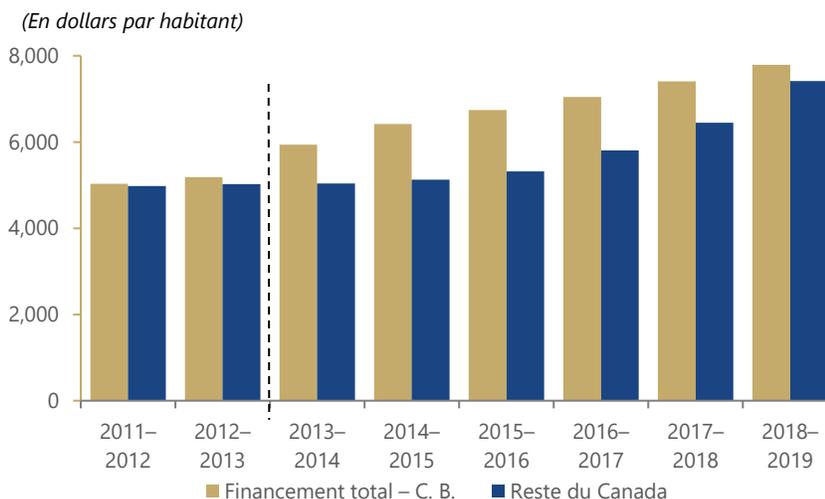
---

En 2011, la Régie de la santé des Premières Nations (RSPN) a signé un accord avec Santé Canada et le ministre de la Santé de la Colombie-Britannique<sup>32,33,34</sup>. La RSPN a ainsi été en mesure de mettre sur pied et d'offrir des services de santé aux Premières Nations vivant dans les réserves (ou à toutes les Premières Nations résidant en Colombie-Britannique dans le cas du Programme des services de santé des Premières Nations). Cette structure de gouvernance de la santé, qui permet une collaboration plus étroite entre toutes les parties, favorise l'accès des Premières Nations de toutes les régions de la Colombie-Britannique à des services de santé au moins comparables à ceux offerts aux autres Canadiens vivant dans des lieux géographiques semblables.

En 2013, la responsabilité et le financement de toutes les activités de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada en Colombie-Britannique ont été transférés à la RSPN. Les modalités des paiements de contribution que verse le gouvernement fédéral chaque exercice ont été définies dans un accord de financement de 10 ans. L'Accord-cadre prévoit que le financement des nouveaux programmes adopté par le Canada après 2013 est versé à la RSPN aux termes d'un accord de contribution distinct<sup>35</sup>.

La figure A-1 montre les résultats de l'accord de financement. La ligne pointillée représente le moment où l'accord de financement de 10 ans a été établi. Le financement estimatif par habitant a augmenté d'environ 7 % en moyenne au cours des cinq premières années de l'accord<sup>36</sup>.

**Figure A-1** Financement estimatif de la DGSPNI par habitant :  
Colombie-Britannique



Sources : Données administratives de SAC, calculs du DPB.

Notes : Les chiffres de population des Premières Nations et des Inuits reposent sur les codes de résidence des personnes affiliées à des collectivités inuites et des Premières Nations reconnues par le gouvernement fédéral. Seuls les chiffres de population des réserves ont été utilisés.

La Colombie-Britannique est encore la seule région où une régie provinciale de la santé des Premières Nations planifie, conçoit, gère et finance la prestation des programmes et services de santé des Premières Nations<sup>37</sup>. Selon Services aux Autochtones Canada, en 2018-2019, environ 147 000 membres des Premières Nations résidaient en Colombie-Britannique, dont un peu plus de 63 000 (ou 43 %) dans les réserves<sup>38</sup>.

Un rapport d'évaluation des cinq premières années de l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations a été publié en janvier 2020. On y souligne la transition vers un cadre intégré de services de santé pour les Premières Nations par l'inclusion de la RSPN et des Premières Nations dans le processus décisionnel sur les systèmes et les services de santé. Bien qu'il ait été déterminé qu'une période de cinq années était insuffisante pour observer des changements concrets en matière de résultats sur la santé, le rapport montre le niveau de financement fédéral et provincial qui n'aurait pas été obtenu sans l'existence de la structure de gouvernance de la santé des Premières Nations<sup>39</sup>.

## Annexe B : Ententes sur l'autonomie gouvernementale

---

Les ententes sur l'autonomie gouvernementale (EAG) permettent aux gouvernements autochtones de jouir de pouvoirs décisionnels en matière de prestation et de gestion de services dans différents secteurs, comme la santé et l'éducation. La Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) finance le gouvernement autochtone pour qu'il offre des programmes de santé (comparables à ceux offerts aux autres collectivités n'ayant pas l'autonomie gouvernementale) dans le cadre d'ententes de financement budgétaire.

À l'heure actuelle, au Canada, 25 ententes sur l'autonomie gouvernementale visant 43 collectivités autochtones sont en vigueur; 22 d'entre elles accordent aux gouvernements autochtones la compétence en matière de santé<sup>40</sup>. Chaque EAG étant propre à sa collectivité, les programmes de santé financés ne sont pas identiques, ce qui rend toute comparaison difficile.

**Québec** – Le Conseil cri de la santé et des services sociaux et la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik sont tous les deux habilités à offrir des services de santé aux collectivités cries et inuites du Québec, respectivement. Bien que la DGSPNI finance certains programmes de santé dans le cadre d'accords de contribution avec les deux organismes, elle finance aussi les collectivités cries individuellement pour l'administration et la mise en œuvre du programme de mieux-être mental dans les réserves. Les collectivités inuites ne reçoivent pas de fonds directs individuellement<sup>41</sup>.

**Colombie-Britannique** – Depuis 2013, la Régie de la santé des Premières Nations (RSPN) assume la responsabilité de la planification, de la gestion, du financement et de la prestation des programmes de santé (y compris les services de santé non assurés (SSNA)) afin de répondre aux besoins des Premières Nations de la Colombie-Britannique et de combler les lacunes des services de santé en tenant compte des particularités culturelles<sup>42</sup>. La RSPN ne remplace pas le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique ni les autorités régionales de la santé. Elle intègre et coordonne ses programmes et services de santé afin d'améliorer la santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique<sup>43</sup>.

Les collectivités des Premières Nations ayant l'autonomie gouvernementale en Colombie-Britannique reçoivent des fonds de la DGSPNI pour certains programmes de santé ainsi que des contributions de la RSPN. Par exemple, les Premières Nations Maa-nulth de la Colombie-Britannique reçoivent un financement de la DGSPNI pour la plupart des programmes de santé (y compris les SSNA et les déplacements à des fins médicales) ainsi qu'un financement de la RSPN pour la mise en œuvre des SSMI, de la SNPSJA et du

PAPAR<sup>1</sup>. En comparaison, la Première Nation de Westbank reçoit son financement pour la santé exclusivement de la RSPN et ne reçoit pas de fonds pour les SSNA.

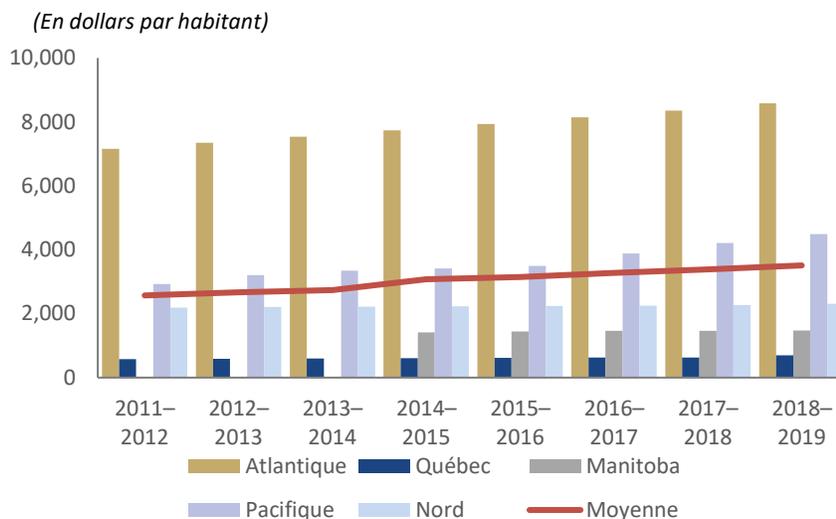
**Terre-Neuve-et-Labrador** – Le gouvernement du Nunatsiavut a compétence en matière de santé et reçoit un financement de la DGSPNI pour tous les programmes de santé, exception faite des déplacements à des fins médicales (qui relèvent des SSNA). La DGSPNI apporte un financement supplémentaire pour pallier les difficultés particulières qui se posent au gouvernement du Nunatsiavut pour ce qui est d’offrir des services de santé non assurés comparables à ceux que reçoivent les Premières Nations et les Inuits ailleurs au Canada.

La figure B-1 présente les transferts de la DGSPNI par habitant, de manière à montrer l’écart provincial en matière de programmes de santé financés. Alors que certaines provinces reçoivent des fonds supplémentaires pour les SSNA (comme Terre-Neuve-et-Labrador, où le transfert par habitant est le plus élevé), d’autres ne reçoivent aucun financement au titre des SSNA (comme le Québec). Toutefois, au cours de la période visée, le financement par habitant au titre des EAG semble avoir été stable, avec une croissance moyenne de 4 %.

---

<sup>1</sup> SSMI : soins de santé maternelle et infantile, SNPSJA : Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones, PAPAR : Programme d’aide préscolaire aux Autochtones des réserves.

**Figure B-1 Transferts par habitant du gouvernement fédéral aux Premières Nations ayant l'autonomie gouvernementale**



Sources : Services aux Autochtones Canada, calculs du DPB.

Notes : Les chiffres de population des Premières Nations et des Inuits reposent sur les codes de résidence des personnes affiliées à des collectivités inuites et des Premières Nations reconnues par le gouvernement fédéral.

# Annexe C : Considérations relatives aux données

---

Dans sa réponse à la demande de renseignements IR0506 du DPB, Services aux Autochtones Canada (SAC), qui s'appuie sur son expérience de la question, fait remarquer certains problèmes importants dans la collecte et l'organisation des données relatives aux comparaisons par habitant des dépenses des gouvernements provinciaux et territoriaux.

## **Comparaison du financement provincial/territorial (général)**

La Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) fournit des données financières à la Base de données sur les dépenses nationales de santé (BDDNS) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Cependant, la correspondance établie entre les données de la DGSPNI et la BDDNS ne permet pas de comparaison au niveau des programmes de la DGSPNI. S'il est possible de comparer les dépenses des systèmes de santé fédéral, provinciaux et territoriaux pour des catégories de dépenses similaires, l'analyse comparative est limitée.

Bien que les Premières Nations aient accès aux médecins, aux hôpitaux et aux autres services de santé provinciaux et territoriaux et que les dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux incluent les dépenses engagées pour les Premières Nations, ces dépenses ne peuvent être suivies systématiquement dans les provinces et les territoires. Cela tient au fait que la plupart des données de santé des provinces et des territoires ne font pas la distinction entre les dépenses engagées expressément pour les Premières Nations et les dépenses correspondant à d'autres groupes de la population.

## **Données démographiques**

Les chiffres de population sont tirés du Système d'inscription des Indiens (SII) d'AINC et ne tiennent pas compte des déclarations tardives de décès et de naissances. Les chiffres reposent sur les codes de résidence des personnes affiliées aux Premières Nations seulement. Les chiffres de population des réserves pour chaque Première Nation ne doivent pas être considérés comme une représentation exacte de la population, et ce, pour les raisons suivantes :

- 1) Ils ne comprennent aucune donnée sur les non-inscrits pouvant habiter dans les réserves ou sur les terres de la Couronne.
- 2) Ils ne comprennent aucune donnée sur les personnes inscrites auprès d'une autre bande pouvant habiter dans les réserves ou sur les terres de la Couronne.

- 3) Les données concernant la population dans les réserves et sur les terres de la Couronne regroupent les données de plus d'un champ de résidence. Elles peuvent inclure des chiffres relatifs aux inscrits vivant dans des réserves ou sur des terres de la Couronne appartenant à d'autres bandes.
- 4) Les chiffres totaux des populations dans les réserves et sur les terres de la Couronne peuvent aussi comprendre des personnes vivant sur des terres qui sont affiliées à des Premières Nations parties à une entente sur l'autonomie gouvernementale (EAG).
- 5) Les bandes qui comptent moins de 40 membres ont été retirées des ensembles de données pour des raisons de confidentialité.
- 6) Les chiffres de population dans les réserves, sur les terres de la Couronne et hors réserves ont été retirés pour des raisons de confidentialité dès lors que l'un de ces chiffres pour une bande donnée était inférieur à 10.

Des limites s'appliquent aussi aux données du SII :

- 1) Déclaration tardive des événements de la vie à l'administrateur du registre des Indiens (ARI) de la Première Nation afin de mettre à jour les renseignements d'une personne dans le SII. L'histoire récente indique qu'environ 70 % des naissances déclarées au cours d'une année donnée ont eu lieu dans une année antérieure. Des personnes peuvent aussi continuer de figurer un certain temps sur le registre des Indiens après leur décès. Un certificat de décès ou une confirmation de décès présumé est habituellement exigé pour retirer un nom du système.
- 2) L'ARI met habituellement à jour les codes de résidence lorsqu'un événement de la vie est déclaré. Ainsi, une personne peut quitter et réintégrer une réserve sans que ses renseignements soient mis à jour si elle ne déclare jamais d'événement de la vie. En outre, le champ de résidence est facultatif lorsque l'ARI met le système à jour.

### **Affectations de fonds fédéraux par bénéficiaire**

Dans sa réponse à la demande de renseignements IR0545 du DPB, SAC n'a fourni de données que pour le crédit 10 (subventions et contributions). Les données pour le crédit 1 (dépenses de fonctionnement) et le crédit 5 (dépenses en capital) n'ont pas été transmises pour les raisons suivantes :

- 1) Confidentialité – dans le crédit 1, les bénéficiaires des programmes sont généralement des particuliers. Par exemple, le principe de Jordan utilise le crédit 1 et le crédit 10 (accords de contribution) pour offrir des programmes, des services et des mesures d'aide aux personnes et aux groupes. Les données régionales agrégées ont été fournies en réponse à la demande de renseignements initiale IR0506.

- 2) Échelle – le crédit 5 représente au plus 5 % des dépenses annuelles totales selon l'exercice entre 2014-2015 et 2018-2019. Les données régionales agrégées ont été fournies en réponse à la demande de renseignements initiale IR0506.

# Notes

---

1. Les services non assurés comprennent les médicaments sur ordonnance admissibles, les soins de longue durée et à domicile, les soins dentaires et les soins de la vue. Pour les services non assurés, nombre de Canadiens bénéficient des prestations d'une assurance privée offerte par leur employeur ou de programmes sociaux destinés à certains groupes de population (aînés, enfants, personnes handicapées et résidents à faible revenu).
2. Santé Canada, [\*Plan stratégique sur la santé des Premières Nations et des Inuits : Un parcours partagé vers l'amélioration de la santé\*](#), 2012.
3. Chambre des communes, [\*Les défis de la prestation de soins continus dans les communautés des Premières Nations\*](#), 2018.
4. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, [\*Le cadre politique et juridique sur la santé autochtone au Canada\*](#).
5. Lavoie, J.G., Forget, E. et O'Neil, J.D., Pourquoi l'équité dans le financement des services de santé dans les réserves des Premières Nations est importante : constatations de l'évaluation nationale de 2005 de la Politique de transfert des services de santé, 2007.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2585472/>
6. *Ibid.*, note 1.
7. *Ibid.*, note 2.
8. *Ibid.*, note 3.
9. *Ibid.*, note 4.
10. En 2017, la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits a été transférée de Santé Canada à Services aux Autochtones Canada.
11. *Ibid.*, note 3.
12. Services aux Autochtones Canada, [\*Qui est admissible au programme des services de santé non assurés\*](#), 2019.
13. Les dépenses de santé fédérales totales comprennent les dépenses relatives aux services de soins de santé pour les groupes spéciaux, comme les Autochtones, les membres des Forces armées canadiennes et les anciens combattants, ainsi que les dépenses pour la recherche en santé, la promotion de la santé et la protection de la santé.
14. Le principe de Jordan est décrit dans un rapport récent du DPB : [\*Indemnisation pour les retards et les refus de services aux enfants des Premières Nations\*](#), 2021.
15. La part importante des dépenses que les gouvernements provinciaux et territoriaux consacrent aux soins de santé tranche avec celle du gouvernement fédéral. Les dépenses de programmes fédérales directes pour les soins de santé (Autochtones, membres des Forces armées canadiennes et anciens combattants, ainsi que recherche en santé, promotion et protection

de la santé) représentent moins de 7 % du total des dépenses de programmes fédérales directes. Cet écart tient à la taille et à la nature des programmes offerts par chaque ordre de gouvernement.

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) publie les données sur les dépenses de santé nationales selon le principe de la responsabilité du paiement, plutôt que selon la source initiale des fonds. Par conséquent, les dépenses de programmes directes fédérales ne comprennent pas les transferts fédéraux en matière de santé aux provinces et territoires, puisque ce sont les gouvernements provinciaux et territoriaux qui ont la responsabilité de dépenser les transferts fédéraux pour les services de santé.

16. Pour une description des dépenses de santé par source de financement, voir Institut canadien d'information sur la santé, [Tendances des dépenses nationales de santé, 2020 – Notes méthodologiques](#), 2021.
17. Services aux Autochtones Canada, [Plan tripartite pour la santé des Premières Nations en Colombie-Britannique](#), 2020.
18. Services aux Autochtones Canada, [Découvrez comment ce cadre permettra de mieux comprendre la santé des Premières Nations et des Inuits dans les territoires](#), 2020.
19. Institut canadien d'information sur la santé, [Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2019](#), 2019.
20. *Ibid.*, note 15.
21. *Ibid.*, note 15.
22. *Ibid.*, note 15.
23. *Ibid.*, note 15.
24. *Ibid.*, note 16.
25. *Ibid.*, note 15.
26. IR0506, [https://www.pbo-dpb.gc.ca/web/default/files/Documents/Info%20Requests/2020/IR0506\\_ISC\\_First-Nations\\_request\\_e.pdf](https://www.pbo-dpb.gc.ca/web/default/files/Documents/Info%20Requests/2020/IR0506_ISC_First-Nations_request_e.pdf).
27. IR0545, [https://www.pbo-dpb.gc.ca/web/default/files/Documents/Info%20Requests/2020/IR0545\\_ISC\\_FNIHB\\_2\\_request\\_f.pdf](https://www.pbo-dpb.gc.ca/web/default/files/Documents/Info%20Requests/2020/IR0545_ISC_FNIHB_2_request_f.pdf).
28. Statistique Canada, [Élaboration de catégories utiles permettant de distinguer les niveaux d'éloignement au Canada](#), 2020.
29. *Ibid.*, note 23.
30. *Ibid.*, note 5.
31. Services aux Autochtones Canada, [Plan ministériel 2021–2022](#).
32. Au moment de la signature, la Régie de la santé des Premières Nations (RSPN) s'appelait Société de la santé des Premières Nations. Les chefs ont voté massivement, à 87 %, en faveur de la prise de contrôle des services de santé en 2011. Une immense majorité, 94 %, a voté pour la création d'une Régie de la santé des Premières Nations permanente. La RSPN reçoit des fonds des gouvernements fédéral et provincial, entre autres, pour appuyer la planification, la conception, la gestion et la prestation des programmes de santé des Premières Nations en collaboration avec le ministère de la Santé et les autorités sanitaires de la Colombie-Britannique.

33. *Ibid.*, note 16.
34. *Ibid.*, note 10.
35. Le montant fédéral annuel n'est pas réduit si la RSPN obtient des fonds supplémentaires d'autres sources pour les programmes de santé des Premières Nations, y compris de la Colombie-Britannique ou d'autres ministères fédéraux. Voir Services aux Autochtones Canada, [Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations](#), 2020).
36. Dans le cadre du premier examen quinquennal des dispositions générales et particulières de l'Accord de financement du Canada, la valeur du facteur de progression annuel pour les cinq autres exercices a été négociée par toutes les parties. Les négociations pour le renouvellement de l'accord de 10 ans commenceront au plus tard une année avant la date d'expiration, au cours de l'exercice 2022-2023, de l'actuel Accord de financement du Canada. Voir Services aux Autochtones Canada, [Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations](#), 2020.
37. À l'échelle du Canada, 25 ententes sur l'autonomie gouvernementale visant 43 collectivités autochtones ont été négociées avec le gouvernement fédéral; 22 d'entre elles accordent aux gouvernements autochtones la compétence en matière de santé. Les ententes sur l'autonomie gouvernementale sont décrites plus en détail à l'annexe B.
38. Exception faite de Terre-Neuve-et-Labrador, le taux de membres des Premières Nations vivant dans des réserves est plus élevé dans toutes les autres provinces.
39. Le rapport montre aussi des améliorations quant au rendement du système de santé ainsi que des signes que l'accès aux services de santé s'améliore pour les Premières Nations. Régler les problèmes de compétence concernant les rôles et les responsabilités liés à la prestation des services dans les collectivités et ailleurs, et veiller à ce que la santé des Premières Nations s'améliore aussi rapidement que celle du reste de la population font partie des défis qui restent à relever.
- Voir [Executive Summary: Evaluation of the British Columbia Tripartite Framework Agreement on First Nation Health Governance](#) et [Evaluation of the Tripartite Framework Agreement on First Nations Health Governance, Key Findings](#). [en anglais seulement]
40. De plus, deux EAG relatives à l'éducation sont en place pour 35 collectivités autochtones. Voir le rapport du BDPB, [Dépenses fédérales en matière d'éducation primaire et secondaire dans les réserves des Premières Nations](#), annexe A, 2016.
41. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, <http://www.ccnpps.ca/fr/popup.aspx?sortcode=1.10.24.30>.
42. L'Accord cadre tripartite de la Colombie-Britannique est décrit à l'annexe A du rapport.
43. Régie de la santé des Premières Nations, [Transition and Transformation](#). [en anglais seulement]