

L'ajournement

cela veut dire qu'ils possèdent la compétence requise pour un certain poste. Quand le commissaire parle des «faux bilingues», il se fonde sur sa propre définition du mot «bilingue» qui, cependant, n'existe pas dans la Fonction publique.

En 1972, le président du Conseil du Trésor à l'époque expliquait que le «bilinguisme» signifiait des choses différentes selon les emplois. Pour certains postes, il faut seulement pouvoir répondre à des questions simples et directes dans les deux langues. Dans d'autres, il faut bien comprendre l'autre langue, et la parler assez bien. Dans d'autres postes, il faut pouvoir comprendre le français et l'anglais courant tandis qu'à d'autres fonctions, il faut être capable de parler et de comprendre la langue courante et la langue technique.

● (2220)

Prenons par exemple deux employés qui devraient connaître les deux langues officielles: un liftier et un négociateur du gouvernement. De toute évidence, les exigences linguistiques ne seront pas les mêmes pour ces deux emplois. Si ces deux personnes répondent à ces exigences, elles sont déclarées bilingues, selon l'expression en usage dans la Fonction publique. Néanmoins, selon la définition de M. Yalden, le liftier dont les fonctions nécessitent seulement un vocabulaire très limité serait un faux bilingue, même s'il répond aux exigences du poste.

LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE—LE FINANCEMENT DU PROGRAMME DE SOINS MÉDICAUX

M. Bob Rae (Broadview): Monsieur l'Orateur, j'ai soulevé à la Chambre plusieurs questions concernant le programme de soins médicaux, et j'aimerais en poser d'autres. Le fait est que ce programme représente actuellement une des principales assises de la société canadienne. Lorsqu'il a été instauré, en 1966, on s'est vite rendu compte que c'était une chose que les Canadiens voulaient et attendaient.

La loi sur les soins médicaux repose sur certains principes qu'il y a lieu d'étudier très attentivement. On y suppose notamment que l'assurance-maladie sera universelle, et qu'on aura droit à des soins médicaux et hospitaliers satisfaisants, quels que soient ses moyens financiers. Depuis lors, ni les autorités provinciales ni le gouvernement fédéral ni, j'ai le regret de le dire, le monde médical ne se sont clairement engagés à appliquer les principes établis dans les années soixante et, en fait, à refaire les expériences tentées par la CCF en Saskatchewan dans les années quarante et cinquante.

C'est le gouvernement qui a commencé à affaiblir ce programme. Il est ironique de songer que le gouvernement fédéral avait convaincu les provinces de participer au programme en affirmant qu'il en assumerait 50 p. 100 des frais, qu'il a ensuite changé d'avis quand il s'est rendu compte que ce programme entraînerait certaines dépenses et qu'il a réduit l'importance de son engagement financier à long terme en adoptant la loi sur le financement des programmes établis en 1977.

[M. Lefebvre.]

Je signale en passant que notre parti a été le seul à signaler au gouvernement à ce moment-là que cela réduirait à long terme les efforts du gouvernement fédéral en vue de maintenir les principes d'universalité et d'accessibilité qui sont essentiels au programme. Le gouvernement fédéral a donc laissé les provinces s'occuper entièrement de l'administration du programme.

Pendant le débat de 1976, le premier ministre (M. Trudeau) avait dit qu'il était prêt à prendre une chance et le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social d'alors avait déclaré que les provinces ou le gouvernement fédéral ne songeraient jamais à déroger au principe d'universalité des soins médicaux. Comme je l'ai dit plus tôt aujourd'hui, cela s'est pourtant produit et les choses ont mal tourné. Le gouvernement doit maintenant faire face à l'érosion du programme, pour reprendre les paroles du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social (M^{lle} Bégin), et il ne peut rien faire pour résoudre les problèmes que pose le programme, car le fait est que le programme est aux prises avec plusieurs problèmes à l'heure actuelle.

Certains médecins, après s'être dissociés du régime, exigeaient une surcharge de 30 p. 100 et plus. Les gens se présentaient chez leur député avec le compte du médecin voulant savoir s'ils étaient obligés de les payer. Ils voulaient aussi savoir pourquoi leur médecin ne participait pas au régime. Ce sont des questions légitimes qui préoccupent réellement ceux qui ne peuvent payer de grosses sommes en frais médicaux.

● (2225)

Une autre pratique qui nous préoccupe, c'est la double facturation qui existe dans certaines provinces. Les médecins ne facturent pas seulement le régime d'assurance-maladie mais aussi leurs clients. Cette pratique est contraire au principe que le gouvernement fédéral devrait défendre, soit l'égalité du traitement médical, quel que soit le revenu. Il existe des programmes provinciaux d'assurance-maladie sans prime et des programmes provinciaux avec prime.

Enfin, il y a la question de la participation aux frais. Quelques provinces ont instauré un régime de participation aux frais pour les séjours prolongés dans les hôpitaux. En septembre 1976, de passage à Vancouver, le chef de l'opposition (M. Clark) a déclaré:

Le régime d'assurance-maladie encourage les gens à rendre visite inutilement aux médecins...

Il a même suggéré que la totalité ou une partie des frais de la visite soit considérée comme une forme de revenu imposable et qu'une sorte de formule T-4 soit envoyée au client. En somme, il proposait une autre façon de faire payer au malade les honoraires du médecin. Ce n'est qu'une formule de participation aux frais déguisée contraire au principe de l'universalité. Ce n'est qu'une façon de faire peur aux gens qui estiment que le régime d'assurance-maladie a été conçu pour eux. Et ils ne veulent pas le perdre.