

Canada

CAL
EA9
S18f
1979

DOCS

Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social

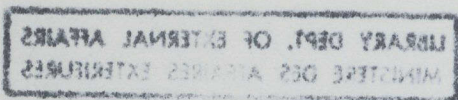
DOCUMENTS
N° 18

LIBRARY DEPT. OF EXTERNAL AFFAIRS
MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES

Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social

43-229-128.

Publié en vertu de l'autorisation
de l'honorable Flora MacDonald,
secrétaire d'État aux Affaires extérieures,
Gouvernement du Canada, 1979



Direction des programmes d'information
à l'étranger
Ministère des Affaires extérieures
Ottawa (Ontario)
Canada K1A 0G2

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1979

N° de cat. E52-8/18F

ISBN 0-662-90479-6

Imprimerie Campbell

N° de contrat 08KT. 08008-79-010

On peut reproduire cette brochure en toute liberté, qu'il s'agisse du texte intégral ou d'extraits (prière d'indiquer la date de parution).

Les brochures appartenant à la série *Documents* peuvent s'obtenir auprès des ambassades, hauts-commissariats ou consulats canadiens. Dans les pays où le Canada ne jouit d'aucune représentation diplomatique et au Canada même, prière de s'adresser à la *Direction des programmes d'information au Canada* du ministère des Affaires extérieures (Ottawa, Ontario, Canada K1A 0G2).

I^{ère} PARTIE

Services de santé

Au Canada l'administration des services de santé est principalement du ressort des dix gouvernements provinciaux qui, en la matière, délèguent une part considérable de leurs pouvoirs aux autorités locales et régionales¹. Dans le cadre des efforts qu'il déploie pour améliorer la santé des Canadiens, le gouvernement fédéral s'intéresse à des questions de santé ayant une portée nationale et internationale et il consacre des sommes importantes aux régimes provinciaux d'assurance médicale et d'assurance-hospitalisation ainsi qu'au perfectionnement d'autres services de santé. En outre, diverses organisations bénévoles fréquemment subventionnées, œuvrent sur le plan national, provincial et local, offrant un certain nombre de services de santé, informant le public et se consacrant à des recherches.

A titre de principal organisme fédéral responsable de la santé de la population canadienne, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social s'occupe de nombreux secteurs spécialisés et aide les ministères provinciaux compétents. La Direction générale de la protection de la santé protège la population contre les dangers qui la menacent en veillant à ce que les denrées alimentaires, les drogues, les cosmétiques et les instruments médicaux mis en vente au Canada répondent à certaines normes. Elle est également

responsable de la surveillance, du contrôle et de la recherche concernant l'influence de l'environnement sur la santé, ainsi que de la lutte contre les maladies contagieuses. La Direction générale des programmes de santé est chargée de l'administration des régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation et d'assurance médicale au niveau fédéral. Elle met des conseillers techniques à la disposition des ministères provinciaux de la santé, des universités et des organismes bénévoles auxquels elle apporte son aide en ce qui concerne la formation de la main-d'œuvre et dont elle subventionne certaines recherches en matière de santé. La principale fonction de la Direction générale des services médicaux est de prévoir et d'organiser des services médicaux et d'hygiène à l'intention des autochtones amérindiens et des résidents du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest; ses autres fonctions consistent notamment à assurer la mise en quarantaine et à offrir des services médicaux aux immigrants ainsi que des services de consultation en matière de santé et de sécurité aux personnes engagées dans l'aviation civile².

¹Même dans les régions septentrionales à faible densité de population, certains services de santé relèvent des deux gouvernements territoriaux (Territoires-du-Nord-Ouest; Yukon).

²La Direction générale assure le paiement des cotisations d'assurance médicale des populations autochtones dont le gouvernement fédéral assume la responsabilité.

Voici la façon dont le gouvernement fédéral participe, sur le plan financier, à la mise en application des régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation et d'assurance médicale. Au départ, la contribution versée par le gouvernement fédéral aux provinces était basée sur le coût des services assurés par les provinces: le gouvernement remboursait à celles-ci, approximativement, 50 p. cent de leurs frais. Vers la fin de 1976, après plusieurs années de négociations, les provinces et le gouvernement fédéral se sont entendus sur diverses questions financières dont de nouvelles dispositions relatives à l'assurance-maladie, le Parlement adoptant les mesures correspondantes peu de temps après. Depuis le 1^{er} avril 1977, les contributions fédérales aux programmes établis d'assurance-hospitalisation, de soins médicaux et d'enseignement postsecondaire ne sont plus directement liées aux coûts provinciaux mais se font sous forme de transfert d'un certain champ d'imposition aux provinces, de paiements de péréquation s'y rapportant et de versements en espèces. Le champ d'imposition ainsi transféré grossira normalement plus rapidement que le produit national brut. Au début, les paiements en espèces auront plus ou moins la valeur du champ d'imposition transféré et se feront sous forme de paiements proportionnels au nombre d'habi-

tants (basés sur les contributions fédérales correspondant aux programmes de 1975-1976). Ces paiements augmenteront annuellement en fonction des modifications apportées au produit national brut et seront ajustés graduellement de sorte que toutes les provinces recevront, à la fin d'une période de cinq ans, compte tenu de leur nombre d'habitants, les mêmes contributions en espèces.

Depuis le 1^{er} avril 1977, le gouvernement fédéral verse également aux provinces une contribution supplémentaire, en espèces. Celle-ci, proportionnelle au nombre d'habitants, est destinée à aider les provinces à supporter le coût de certains services de santé complémentaires dont les soins courants prodigués dans des maisons de repos, les soins donnés aux adultes dans certains établissements, les soins psychiatriques donnés dans certains hôpitaux, certains soins dispensés à domicile et des soins assurés aux malades sur pied.

On s'attend que les nouvelles dispositions relatives au financement des programmes établis accordent aux provinces des sommes plus importantes que ne le prévoyaient les arrangements antérieurs et qu'elles instaurent une plus grande équité entre les provinces en ce qui concerne les subventions fédérales. Par ailleurs, ces nouveaux arrangements fiscaux doivent donner aux pro-

vinces une plus grande souplesse dans l'utilisation de leurs propres fonds tout en sauvegardant les normes nationales: services complets s'étendant à toute la population, transférabilité des prestations, accessibilité aux services affranchis de tous frais modérateurs excessifs, administration assurée par un organisme public à but non lucratif.

La Caisse d'aide à la santé fournit aux provinces jusqu'à 50 p. cent des coûts en capital au titre de la construction, de la rénovation et de l'aménagement des établissements destinés à la recherche médicale et à la formation du personnel. Le Programme national de recherche et développement en matière de santé est conçu en vue d'appuyer les recherches et les projets témoins. En vertu du régime d'assistance publique du Canada, le gouvernement fédéral assume 50 p. cent des frais correspondant aux soins non prévus dans les programmes d'assurance-maladie ou dans le programme de services de santé complémentaires offerts par les provinces aux personnes qui, étant donné leur situation pécuniaire, y ont droit.

Au Canada, les divers organismes qui s'intéressent à l'hygiène du milieu élaborent et appliquent actuellement des programmes destinés à déterminer les effets sur la santé – tout en évaluant et en contrôlant le niveau – de la pollution de

l'atmosphère et de l'eau, des radiations, des substances toxiques industrielles et d'autres composantes de l'environnement (qu'il s'agisse de l'environnement en général, ou du milieu de travail ou des lieux d'habitation) reconnues comme étant nuisibles à la santé ou soupçonnées de l'être. La complexité de ces tâches exige la participation de spécialistes appartenant à un large éventail de disciplines liées aux sciences physiques, biologiques et techniques et la collaboration active des gouvernements et d'autres organismes. Au nombre des tâches particulières, mentionnons les enquêtes sur le terrain et l'interprétation des données sur la pollution de l'air et de l'eau, les recherches sur les effets de diverses substances toxiques sur la santé, l'élaboration de guides et de normes visant les polluants – produits chimiques et autres substances dangereuses – présents dans le milieu de travail et dans l'environnement en général, ainsi que la prescription de normes de santé et de sécurité applicables aux dispositifs émetteurs de radiations.

Le gouvernement fédéral s'acquitte de ses responsabilités en matière d'hygiène du milieu principalement par l'intermédiaire de la Direction de l'hygiène du milieu (Direction générale de la protection de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social); à cette fin, il transmet aux autorités

chargées de la réglementation les évaluations les plus scientifiques de l'influence de l'environnement sur la santé humaine et il exerce sa compétence dans les domaines connexes de la radioprotection et de l'hygiène du milieu. Le ministère de l'Environnement est chargé de la recherche et des activités de réglementation ayant particulièrement trait aux effets de la pollution de l'air et de l'eau, à l'élimination des déchets solides, aux pesticides et aux autres contaminants, à la qualité de l'eau et au bruit.

La majorité des provinces ont créé, au sein de leur ministère de la santé, des organismes chargés de traiter des problèmes d'hygiène liés au travail et à l'environnement. Sur le plan provincial, comme sur le plan fédéral, il existe un lien étroit entre fonctionnaires responsables des questions de santé et fonctionnaires chargés de l'évaluation et du contrôle de l'environnement. La coordination des nombreuses activités provinciales, au sein des provinces, et entre celles-ci et le gouvernement fédéral, est habituellement assurée par des conseils et des comités consultatifs.

Un certain nombre d'organismes fédéraux – notamment le Conseil de recherches médicales, le Conseil de recherches pour la défense, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et le ministère des Affaires des anciens combattants – se consacrent à la recherche médicale ou lui apportent leur soutien. Le Conseil national des recherches se livre à des études de radiobiologie et d'autres sciences biologiques importantes pour la santé. Les principaux organismes fédéraux qui s'intéressent aux données statistiques sur la santé sont Statistique Canada, la Direction de l'économie et de la statistique sanitaires et la Direction générale de la planification à long terme du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et, selon les programmes en cours d'exécution, certains autres services de ce ministère.

Relèvent du domaine de la santé publique les établissements, les services et les activités qui touchent à la santé de l'ensemble de la population plutôt que les soins accordés à des particuliers. Ce domaine englobe l'hygiène du milieu (questions relatives à la pureté de l'air, de l'eau et du sol), l'hygiène du travail (radioprotection, sécurité au travail et sur les routes, réduction du bruit); la lutte contre les maladies infectieuses comme la tuberculose et les maladies vénériennes; le dépistage du diabète, du glaucome, de la tuberculose et du cancer; le contrôle de l'application des normes alimentaires, la détection de la contamination des denrées alimentaires et le contrôle de l'utilisation des additifs; le contrôle des produits pharmaceutiques en vue d'en assurer l'inocuité; les services chargés d'assurer la santé de la mère et de l'enfant; les services de prévention du cancer, de l'alcoolisme et de la toxicomanie; les services destinés aux malades et arriérés mentaux; les centres antipoisons, les services de quarantaine et d'éducation sanitaire. Il faut souligner également l'importance de la mise au point d'indicateurs sanitaires: statistiques démographiques, statistiques relatives aux maladies contagieuses, tableaux rendant compte de la morbidité hospitalière et du recours aux soins médicaux et aux médicaments.

Tuberculose

Depuis 1956, la tuberculose active a régressé (de 49 cas par 100 000 habitants, elle est passée, en 1976, à 14,9 par 100 000 habitants, tandis que le taux de mortalité pendant la même période est descendu de 7,8 cas à 1,5 par 100 000 habitants.

Les provinces tiennent des registres relatifs aux cas traités, dirigent les services de prévention et de dépistage et offrent des traitements gratuits dans les sanatoriums, les hôpitaux généraux et les consultations externes. Des organismes bénévoles collaborent au travail de dépistage et d'éducation sanitaire.

Cancer

Le cancer est la deuxième cause des décès survenant au Canada et environ un décès sur cinq y est attribuable. Depuis 1973, le taux de mortalité a augmenté légèrement: de 149,7 par 100 000 habitants, il est passé à 150,4 par 100 000 habitants en 1974. Le taux de mortalité chez les femmes, de 132,8 en 1973 est monté à 134,4 en 1974 tandis que chez les hommes il accusait une très légère baisse, passant de 166,5 à 166,3. Des organismes publics et bénévoles s'occupent de dépistage, de traitement, d'éducation du public et de recherche. Des services gratuits de diagnostic et de traitement sont

maintenant offerts dans toutes les provinces dans le cadre des régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance médicale. Les hôpitaux généraux les plus importants offrent des services de consultation spécialement destinés aux cancéreux.

Maladies mentales

Des organismes responsables de la santé mentale à l'échelle provinciale administrent des services de diagnostic et de traitement à l'intention des malades et des arriérés mentaux ou leur apportent leur soutien. La plupart des villes de quelque importance possèdent des hôpitaux généraux qui offrent des services de consultations externes et des services psychiatriques permettant d'hospitaliser les patients pour de courtes périodes, ainsi que des dispensaires d'hygiène mentale.

Les grands hôpitaux psychiatriques reçoivent les malades qui ont besoin de soins de longue durée, et les hôpitaux pour déficients mentaux prennent en charge les cas les plus graves d'arriération mentale.

Bien qu'étant moins répandus, les services de diagnostic et de traitement à l'intention des enfants souffrant de troubles affectifs, des arriérés mentaux, des alcooliques, des toxicomanes, et des délinquants ou criminels existent dans la plupart des grandes villes.

Le traitement psychiatrique est, avec les services de soins médicaux et l'assurance-hospitalisation, l'un des principaux secteurs auxquels les fonds provinciaux sont affectés. Au cours de 1973, dernière année pour laquelle les coûts totaux ont été établis, les frais attribuables aux établissements psychiatriques se sont élevés à 52,8 millions de dollars. Au cours de 1975, on a enregistré 132 000 admissions, le nombre de malades hospitalisés s'étant élevé, à la fin de cette même année, à 53 000. De plus, environ 250 000 malades ont été traités dans des services de consultation en hygiène mentale ou des services de consultation psychiatrique pour malades externes.

Assurance-hospitalisation

Services assurés

En vertu des accords fédéraux-provinciaux conclus sous le régime de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, toutes les provinces et tous les territoires doivent offrir une assurance couvrant, pour tous les résidents admissibles (aux termes d'un régime contributif ou d'un régime financé par les voies fiscales ordinaires) les frais d'hospitalisation dans des salles réglementaires ainsi que les services habituellement offerts aux hospitalisés (repas, soins infirmiers, services de laboratoire, de radiologie et autres procédés diagnostiques, la plupart des médicaments, etc.) Les soins dispensés dans les établissements pour malades mentaux ou pour tuberculeux, dans les maisons de repos, les foyers de vieillards, les infirmeries ou autres établissements dont le but est d'assurer la garde de leurs pensionnaires ne sont pas prévus dans la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques. (Les traitements dispensés dans les établissements pour malades mentaux ou tuberculeux font l'objet de lois provinciales distinctes.)

Le remboursement des services de consultation pour malades externes reste à la discrétion des provinces; en conséquence, les services assurés diffèrent d'une province à l'autre. Toutefois, la majorité des

provinces assurent toute une gamme de services généralement aussi complets que ceux dont bénéficient les malades hospitalisés. Mentionnons à titre d'exemple les soins d'urgence prodigués aux victimes d'accidents, la post-observation dans les cas de fracture, l'ergothérapie, la physiothérapie et l'orthophonie, les services de cytologie, la radiothérapie pour les cancéreux, les soins chirurgicaux de jour, les petites interventions chirurgicales ainsi que les soins psychiatriques de jour et de nuit.

Dans certains cas, le remboursement des frais occasionnés par les soins hospitaliers dont un assuré a bénéficié à l'extérieur de la province n'a lieu que si celui-ci a obtenu une approbation préalable (à l'exception des cas d'urgence). De plus, l'assurance provinciale peut imposer des limites concernant les paiements prévus dans le programme. C'est ainsi que – à l'exception de la dialyse rénale assurée aux malades externes atteints d'une insuffisance rénale chronique – la Nouvelle-Écosse et la Colombie-Britannique ne garantissent pas les services de consultation externe dispensés à l'extérieur de la province et que les autres provinces peuvent imposer des limites sur leurs taux de paiement de tels services. Par ailleurs, pour ce qui est des soins dont un assuré a bénéficié à l'étranger, presque toutes les provinces imposent des limites quant au

nombre et au taux des remboursements. (Pour de plus amples détails concernant chacune des provinces, veuillez vous reporter à l'annexe intitulée «Régimes provinciaux d'assurance-maladie».)

Plusieurs provinces, dans le cadre de leurs régimes d'assurance, prévoient le remboursement de services qui ne sont pas assurés en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques. Par exemple, la Nouvelle-Écosse garantit les services d'hygiène mentale dans les hôpitaux psychiatriques et les centres d'hygiène mentale; l'Ontario prévoit le remboursement des services ambulanciers, des services privés de physiothérapie et des soins prolongés (soins assurés dans les maisons de repos ou les foyers de vieillards aux personnes qui ont besoin de surveillance médicale et certaines catégories de soins infirmiers ordinaires); le Manitoba assure les soins dans les foyers de soins (qui prodiguent des soins prolongés, des soins personnels et des soins tels que ceux des hôtelleries³; et l'Alberta assure les soins des maisons de repos. Le coût des services ambulanciers et des services assurés dans les maisons de repos et les établissements de soins prolongés sont supportés en partie par les intéressés. (Encore une fois, vous devez vous reporter aux «Régimes provinciaux d'assurance-maladie».)

Le Québec, l'Alberta et la Colombie-Britannique exigent des malades le paiement partiel des soins assurés (frais autorisés). Au Québec, tous les malades hébergés dans des centres hospitaliers de soins prolongés ou dans des unités de soins prolongés relevant d'établissements de soins de courte durée doivent payer \$7 par jour et ce, à l'exception des malades ayant des ressources limitées et des enfants de moins de 18 ans. En Alberta, la plupart des malades (autres que les nouveau-nés) des hôpitaux généraux doivent déboursier \$5 pour le premier jour d'hospitalisation; pour ce qui est des malades admis dans des établissements auxiliaires et dont le séjour est de plus de 120 jours, ils doivent payer \$4 par jour à compter du 121^e jour. En Colombie-Britannique, les malades admis dans les hôpitaux généraux (à l'exception des nouveau-nés) et les adultes séjournant dans les hôpitaux de soins prolongés doivent verser \$4 par jour. Dans cette même province, les malades externes doivent payer \$1 (consultations données aux cancéreux, physiothérapie, soins de jour assurés aux diabétiques, séance de consultation diététique, soins psychiatriques de jour et de nuit,

³Foyers où l'on dispense des soins et administre des traitements spéciaux. (Les malades peuvent parfois y prendre leurs repas.)

services de consultation psychiatrique externe, soins de réadaptation de jour, traitements de dialyse rénale) ou \$2 par jour (soins chirurgicaux de jour, traitement d'urgence, petite intervention chirurgicale).

Champ d'application

Chaque province offre les services prévus dans son régime d'assurance à tous ceux de ses résidents qui y sont admissibles selon des conditions et des modalités uniformes, l'âge, le niveau de revenu ou l'état de santé préalable ne pouvant, en aucun cas, justifier une exclusion.

Toute personne qui, ayant le droit de demeurer au Canada, élit domicile et vit habituellement dans une province donnée a le statut de résident de cette province; les touristes, les personnes de passage ou les visiteurs qui séjournent dans une province sont expressément exclus par cette définition. Les membres des Forces armées, de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus des pénitenciers jouissant de la garantie d'autres régimes, ne sont pas assurés par les régimes fédéraux-provinciaux.

La condition de résidence dans la province constitue le principal facteur d'admissibilité à ces régimes d'assurance-hospitalisation. Toutefois, en Ontario et en Alberta,

les familles en mesure de le faire doivent également payer des cotisations. La plupart des provinces n'assurent leurs résidents qu'après trois mois de séjour, mais des accords interprovinciaux prévoient l'extention de la garantie de l'assurance de la province d'origine pendant cette période. Les immigrants, par contre, peuvent prétendre, dès leur arrivée au Canada, à une garantie immédiate dans toutes les provinces, sauf la Colombie-Britannique où ils doivent, comme les autres résidents, se conformer à la règle des trois mois de séjour.

Financement

Le coût des services hospitaliers assurés est supporté, dans sa presque totalité, par le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux.

Chaque province recueille les fonds nécessaires de la façon qui lui convient le mieux, étant donné sa situation et ses préférences. Elle puise, notamment, dans les recettes fiscales générales. Terre-Neuve, l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick, la Saskatchewan, le Manitoba et les deux territoires assurent leur participation financière entièrement de cette façon. La Nouvelle-Écosse ajoute aux recettes fiscales celles d'une taxe de vente. Le Québec, quant à lui, assure le paiement des coûts du régime en

imposant une surtaxe sur le revenu ainsi qu'une taxe sur les salaires et les traitements payés par les employeurs.

L'Ontario recueille une partie des fonds à l'aide d'une cotisation annuelle qui assure aussi le financement de l'assurance-maladie (\$192 pour les personnes seules et \$384 pour les couples et les familles). L'Alberta exige une cotisation annuelle de \$76,80 des personnes seules et de \$153,60 des familles en vertu de la *Health Insurance Premiums Act* qui comprend l'assurance-hospitalisation aussi bien que l'assurance-soins médicaux. La tendance actuelle dans toutes les provinces qui ont opté pour le régime des cotisations est d'imposer une cotisation globale au titre de l'assurance-hospitalisation-soins médicaux afin d'en simplifier l'administration.

En Alberta, en Colombie-Britannique et au Québec, une partie du financement provient de l'utilisation des fonds versés au titre des «frais autorisés», lesquels sont exigibles au moment où le malade reçoit les services et sont déduits des paiements versés par les provinces aux hôpitaux.

Outre le remboursement des soins hospitaliers prévu en vertu du régime d'assurance-hospitalisation, le remboursement d'un certain nombre d'autres services, essentiellement les consultations et visites de médecins, est prévu en vertu de régimes d'assurance-maladie.

Législation fédérale en matière d'assurance-maladie

Le Parlement canadien a adopté la Loi sur les soins médicaux en décembre 1966, laquelle est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 1968. En vertu de cette loi, le gouvernement fédéral contribue aux frais des services qu'assure un régime provincial d'assurance médicale lorsque ces services entrent dans le cadre du programme national et lorsque le régime répond à certains critères:

- a) Ce régime doit être administré, dans un but non lucratif, par une autorité publique responsable de ses transactions financières devant le gouvernement provincial.
- b) Ce régime doit assurer à tous les résidents d'une province donnée, aux mêmes conditions, tous les soins médicalement requis et dispensés par les praticiens et cela, sans considération d'âge, de capacité de paiement ou d'autres circonstances.

*Au niveau fédéral: «assurance-santé»

- c) Sa garantie doit s'étendre à au moins 95 p. cent du nombre total des résidents admissibles à l'assurance de la province.
- d) Enfin, ce régime doit être transférable, c'est-à-dire que les résidents d'une province, après environ trois mois de résidence dans celle-ci, doivent être admissibles à son régime et qu'ils doivent continuer d'en bénéficier lorsqu'ils élisent domicile dans une autre province (tant qu'ils ne sont pas admissibles au régime de cette dernière) et lorsqu'ils s'absentent temporairement de leur province (absence pouvant durer jusqu'à 1 an⁴).

La Loi sur les soins médicaux habilite également le gouvernement fédéral à inclure dans le programme national des soins supplémentaires prodigués par un personnel paramédical selon les conditions et les modalités fixées par le gouverneur en conseil. Cette disposition ne concerne qu'un nombre limité d'interventions dentaires effectuées par des chirurgiens dentaires dans un hôpital dans les cas où l'hospitalisation s'impose.

Il existe également dans la loi une disposition qui permet aux autorités provinciales d'habiliter des organisations non gouvernementales à exercer des fonctions restreintes se

rattachant au prélèvement des cotisations ou au règlement des demandes d'indemnité en vertu du régime provincial. Ces agences doivent être sans but lucratif, et le règlement des demandes d'indemnité doit être assujéti à l'appréciation et à l'autorisation des autorités provinciales. Certains régimes provinciaux ont ainsi fait appel à des intermédiaires mais la plupart les ont maintenant abandonnés.

Les provinces peuvent financer les services dont le paiement est prévu par l'assurance-maladie selon un mode de leur choix, mais la loi renferme une disposition conditionnelle qui a pour objet de veiller à ce qu'aucune personne assurée ne soit empêchée, directement ou non, de bénéficier (que ce soit par l'imposition de frais modérateurs ou l'adoption d'autres mesures) des services assurés. Cela signifie, en d'autres termes, que s'il faut imposer des frais supplémentaires, ces derniers ne doivent être que nominaux. Toute province est libre de choisir le mode

⁴Les règles varient d'une province à l'autre et il faut consulter chacun des régimes provinciaux au sujet des conditions de transférabilité de la garantie au cours des périodes d'absence temporaire. De plus, comme nous le mentionnons dans les pages qui suivent, la plupart des provinces permettent aux immigrants de bénéficier de leur régime d'assurance dès le moment où ils en sont résidents.

qu'elle préfère pour payer ceux qui dispensent les soins, sous réserve que les honoraires ou les paiements autorisés soient établis de façon à assurer une rétribution raisonnable pour les services rendus.

Régimes provinciaux d'assurance-maladie

Avant que l'on en vienne, dans la plupart des provinces (vers la fin des années 60 et le début des années 70) à l'adoption de régimes d'assurance-maladie administrés par l'État, des systèmes de prévoyance, la plupart du temps volontaires, visant à couvrir les frais des soins médicaux avaient été établis et avaient connu une expansion rapide tant dans le secteur public que privé.

Dès la fin de 1968, environ 17,2 millions de Canadiens – ce qui représentait plus de 82 p. cent de l'ensemble de la population – bénéficiaient d'une assurance relative aux principaux soins et services chirurgicaux. Les régimes volontaires qui avaient cours uniquement dans le secteur privé offraient une protection à environ 10,9 millions d'entre eux, soit à 52 p. cent de la population, tandis que les régimes publics de toutes catégories en protégeaient 6,3 millions, soit 30 p. cent.

Au début de 1972, une fois les régimes publics d'assurance-maladie implantés dans toutes les provinces et dans les territoires septentrionaux à faible densité de population, l'assurance-maladie s'étendait à presque toute la population admissible.

Les quatre critères d'admissibilité établis dans le texte de loi fédéral laissent à chaque province suffisamment de latitude pour déterminer les arrangements administratifs dont elle assortit l'administration de son régime d'assurance-maladie et pour choisir le mode de financement de ce régime: prélèvement de cotisations, recours à une taxe de vente ou à d'autres recettes provinciales.

Outre la gamme complète des soins médicaux dont le coût doit être couvert, aux termes de l'assurance, par les provinces participantes, la plupart des régimes prévoient également d'autres services au paiement desquels le gouvernement fédéral ne participe pas. C'est ainsi que les services de correction des troubles de réfraction prodigués par

les optométristes sont inclus dans la majorité des régimes provinciaux. Certaines provinces étendent également la garantie à un nombre restreint de soins prodigués par des chiropraticiens, des podiatres, des chiroprérapeutes et des médecins naturistes. Les résidents peuvent actuellement encore, s'ils le désirent, contracter une assurance (généralement en s'adressant à des organismes privés de libre association) couvrant les frais des services non assurés par le régime provincial: soins dentaires, soins infirmiers spéciaux et médicaments obtenus sur ordonnance. Depuis quatre ans, la majorité des provinces ont introduit des programmes publics visant à supporter le coût des médicaments obtenus sur ordonnance par les personnes âgées, tandis que le Manitoba et la Saskatchewan élargissent le champ d'application de leur régime afin que presque la totalité de ceux qui y sont admissibles en bénéficient.

Quelques provinces offrent des services supplémentaires aux résidents souffrant d'affections déterminées. Par exemple, les résidents de la Saskatchewan bénéficient, sauf certaines exceptions, d'un régime de subventions pour prothèses auditives; d'indemnisations lors de l'achat de prothèses et d'appareils orthopédiques, de fauteuils roulants, de cadres de marche, de chaises spéciales ou de tout autre appareil

utile dans la vie quotidienne; et d'un régime de soins dentaires pour enfants.

Sept des 12 provinces et territoires paient entièrement leur part de l'ensemble des frais couverts par leur régime d'assurance-maladie à l'aide des recettes fiscales générales. (Les familles n'ont, pour ainsi dire, comme frais directs, que les frais supplémentaires exigés parfois par les médecins et décrits dans chaque régime provincial.) Quatre provinces ont recours au prélèvement de cotisations pour financer leur régime, l'une imposant, au surplus, une taxe sur les salaires. De façon générale, la province se charge de verser les cotisations des assistés sociaux et des résidents de 65 ans et plus, et, par divers moyens, s'efforce d'alléger le fardeau que représente le versement des cotisations pour les familles pauvres dont les revenus se situent à peine au dessus du seuil de pauvreté, limite d'admissibilité à l'assistance sociale.

Les modalités de chacun des 12 régimes, provinciaux et territoriaux,

telles qu'elles ont été fixées à compter du 1^{er} janvier 1977, font l'objet d'un bref exposé dans les paragraphes qui suivent. Les provinces exploitent plusieurs autres genres de programmes de soins en plus de ceux qui sont décrits ci-dessous.

On doit noter que, si la plupart des médecins sont rétribués pour chaque consultation ou intervention, d'autres modalités de paiement existent dans presque toutes les provinces: paiement pour le traitement, paiement à la séance, paiement en vertu d'un contrat (services contractuels), capitation⁵ et incitations financières.

La Commission d'assurance-maladie constitue l'autorité publique responsable auprès du ministre provincial de la Santé pour le *Medical Care Plan*, (Régime d'assurance-maladie) à Terre-Neuve. Ce régime englobe l'ancien Service d'hygiène infantile et l'ancien Régime d'assurance-hospitalisation dans les hôpitaux-villas. Ce régime provincial qui ne repose pas sur le versement de cotisations, est financé par les revenus provinciaux et s'applique à tous les résidents admissibles de la province, lesquels doivent cependant s'inscrire avant que leurs demandes d'indemnité puissent être acceptées. Aucune disposition spéciale n'est donc prévue pour les personnes à revenus modiques. Seuls les nouveaux résidents venant d'une autre province ou d'un territoire sont assujettis à une période d'attente s'étendant jusqu'au dernier jour du deuxième mois suivant leur arrivée à Terre-Neuve. Toute personne assurée reçoit une carte d'identité qui doit être présentée au médecin lorsqu'elle désire recevoir des soins médicaux. Lorsqu'un assuré quitte Terre-Neuve, la garantie est prolongée jusqu'au dernier jour du deuxième mois de résidence dans une autre province, mais est supprimée le jour même du départ si l'assuré s'établit à l'étranger.

Le patient peut choisir son médecin et le médecin est libre aussi de choisir sa clientèle. Le médecin doit

⁵Subvention de base, par tête

décider s'il exercera à l'intérieur ou à l'extérieur du Régime et ce choix s'appliquera à tous ses patients. Toutefois, les patients de médecins désengagés conservent leurs droits aux prestations. Les médecins désengagés doivent en outre informer leurs patients à l'avance sur leurs intentions concernant les honoraires excédant le tarif établi par le Régime et faire venir leurs factures, pour le compte de leurs patients assurés, au Régime qui, à son tour, leur envoie un relevé mensuel des prestations versées à leurs patients. Les médecins engagés acceptent le tarif établi par le Régime à titre de paiement intégral mais le spécialiste engagé, sous réserve des mêmes conditions que celles prévues pour les médecins non adhérents, peut exiger d'un patient qui ne lui a pas été envoyé expressément par les autorités compétentes, la différence existant – le cas échéant – entre le tarif établi par le Régime et les honoraires qu'il aurait touchés si le patient lui avait été envoyé par un autre médecin.

Lorsque les bénéficiaires se trouvent dans une autre province, le remboursement de soins prévu par

le Régime est fondé sur le taux de prestations payable pour des services semblables reçus à Terre-Neuve. Lorsque les bénéficiaires sont à l'étranger, le Régime paie les services assurés à un taux que la Commission juge raisonnable pour les services reçus.

La garantie du régime provincial ne s'applique qu'aux services assurés à l'échelon fédéral, soit à tous les services médicalement requis d'un médecin et à certains services de chirurgie dentaire dispensés dans les hôpitaux par des chirurgiens-dentistes.

La Commission des services de la santé de l'Île-du-Prince-Édouard est l'autorité publique responsable devant le ministre de la Santé de l'administration et du fonctionnement du Régime d'assurance-maladie de cette province connu en anglais sous la désignation de *Health Services Plan*.

Ce régime qui ne repose pas sur le versement de cotisations, est financé par les revenus provinciaux généraux. Tous les résidents admissibles sont pris en charge par le Régime. Bénéficiaires des services assurés tous ceux qui résident dans la province et sont inscrits auprès de la Commission.

Tous les bénéficiaires sont, en effet, tenus d'être inscrits et de posséder un numéro d'assurance sociale, après quoi les chefs de famille et les personnes seules reçoivent un certificat d'inscription au Régime. Les immigrants reçus et certaines autres catégories de nouveaux résidents qui s'établissent dans la province peuvent bénéficier des avantages du Régime dès leur arrivée s'ils effectuent les formalités d'inscription. Dans le cas des nouveaux résidents venus des autres provinces, la période d'attente exigée pour bénéficier des prestations est de deux mois civils entiers.

Le patient peut choisir son médecin et le médecin peut se désengager du Régime sans que, pour cela, ses patients perdent leur droit à la garan-

tie. S'il a averti son patient à l'avance, si celui-ci y consent par écrit et si la Commission est informée du montant excédentaire, un médecin qui dispense un service de santé assuré à une personne y ayant droit peut demander des honoraires supérieurs au tarif établi par la Commission, mais sans excéder ceux du barème fixé par l'assurance médicale provinciale. Un médecin non adhérent doit donner un préavis raisonnable à son patient s'il le facture directement au lieu de passer par le Régime.

Les services assurés reçus dans une autre province sont réglés, en premier lieu, d'après le taux établi pour ces services par le Régime d'assurance-maladie de cette autre province en cas de maladie soudaine, d'accident ou au cas où l'intéressé avait été adressé à un médecin de cette province, sous réserve, dans ce dernier cas, de l'approbation de la Commission, et, en second lieu, à un taux fixé par la Commission lorsque les services sont dispensés à l'étranger alors qu'à son avis ils pourraient l'être au Canada. Le coût des services assurés reçus à l'étranger et ne pouvant, de

l'avis de la Commission, être donnés au Canada, peut être pris en charge par celle-ci à un taux fixé par elle, à condition que ces services aient été approuvés au préalable. Le taux payable pour d'autres services assurés extra-provinciaux, correspond à celui établi pour des services semblables dans l'Île-du-Prince-Édouard.

Les services assurés par Le régime provincial ne comprennent que les services prévus au niveau fédéral. (Le programme de soins dentaires pour enfants appartenant à certaines catégories d'âge relève d'un autre organisme public.)

La Commission des services de la santé et de l'assurance doit assumer les mêmes fonctions que les commissions d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation qui l'ont précédée. La Commission se compose de 9 à 12 membres nommés par le gouvernement provincial et de personnes désignées par l'Association hospitalière et la Nouvelle-Écosse et par la Société médicale de la Nouvelle-Écosse. (L'administration du régime provincial d'assurance-hospitalisation a été confiée au ministère de la Santé le 1^{er} février 1977).

Le Régime d'assurance-maladie de Nouvelle-Écosse, connu en anglais sous le nom de *Medical Services Insurance* (MSI), est dirigé conjointement par la Commission des services de la santé et de l'assurance (*Health Services and Insurance Commission*) et l'Assurance-maladie des Maritimes, Incorporée (*Maritime Medical Care Incorporated*). La Commission doit rendre compte de ses activités au ministre provincial de la Santé publique. L'Assurance-maladie des Maritimes est un organisme assureur privé sans but lucratif parrainé par des médecins et autorisé à agir, à titre d'agent administratif et financier, auprès des pouvoirs publics. Cet organisme s'occupe de l'inscription des résidents assurés, du règlement des demandes d'indemnité pour des services assurés au niveau admis par le

Régime, et il est néanmoins autorisé à maintenir, à étendre ou à modifier privément la gamme de services qu'il offre en plus de ceux que le régime provincial prend en charge.

Le Régime d'assurance-maladie n'exige aucune cotisation; il s'applique à tous les résidents admissibles et est financé par les revenus provinciaux généraux. Tous les résidents doivent être inscrits au Régime provincial mais l'admissibilité aux prestations ne repose pas uniquement sur l'inscription préalable puisque les résidents dignes de foi peuvent être inscrits à titre rétroactif lorsque parviennent leurs demandes d'indemnité pour services assurés. Aucune disposition spéciale n'est donc requise pour l'adhésion des personnes à revenus restreints. Tout résident est admissible aux services assurés à partir du moment où il a habité la province pendant la période d'attente minimale, celle-ci se terminant le premier jour du troisième mois de résidence dans ladite province. Les immigrants venant d'arriver au Canada peuvent être assurés dès le premier jour de leur installation dans la province.

Le patient peut choisir son médecin et le médecin peut se désengager du Régime sans que pour cela ses patients perdent leurs droits à la garantie. Le médecin non adhérent

n'est pas autorisé à percevoir des honoraires à l'égard d'un patient inscrit pour un service assuré, à moins que le patient ne soit averti à l'avance que le médecin est désengagé. Tout médecin peut exiger des honoraires plus élevés que le tarif prévu par la Commission pour ses services à condition que le résident en soit averti à l'avance et qu'il consente par écrit (lui-même ou par l'intermédiaire d'une personne agissant en son nom) à payer les frais supplémentaires. La Commission doit, en outre, être informée du montant excédant le tarif habituel.

Les services assurés du Régime d'assurance-maladie de la Nouvelle-Écosse correspondent à ceux du régime national, sauf pour ce qui est d'une garantie limitée dans le domaine de l'optométrie. Le régime provincial comprend également un programme dentaire pour enfants qui prévoit un grand nombre d'interventions sur le plan de la prévention, du diagnostic et de la restauration, y compris les extractions et les services orthodontiques secondaires (mais non principaux) pour les enfants nés après le 1^{er} janvier 1967. Sont également comprises les interventions nécessaires

exécutées par des spécialistes en art dentaire lorsque le patient leur est envoyé par une personne compétente. Les enfants admis à bénéficier de la garantie du régime dentaire n'ont pas à faire l'objet d'une inscription à cet effet. Le Régime offre également un programme d'assurance pour les produits pharmaceutiques (*Pharmacare*), en vertu duquel les résidents provinciaux âgés de 65 ans ou plus, jouissent d'une garantie concernant les médicaments vendus sur ordonnance, certains autres médicaments, ainsi que les appareils prescrits d'ostéotomie. Les résidents admissibles à ce programme reçoivent une carte spéciale (*Pharmacard*).

Les services supplémentaires décrits ici sont administrés par l'Assurance-maladie des Maritimes dans le cadre du Régime d'assurance-maladie.

Le Régime d'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick est officiellement connu en anglais sous le nom de *Medicare*. Il est financé par des revenus provinciaux généraux et est administré par la Division de l'assurance-maladie du ministère provincial de la Santé. Le ministre de la Santé est l'autorité provinciale.

L'assurance-maladie est un régime qui ne repose pas sur le versement de cotisations et s'applique à tous les résidents admissibles qui ont habité la province pendant une période d'attente minimale allant jusqu'au premier jour du troisième mois de résidence dans la province. Aucune condition spéciale n'est requise pour l'aide aux résidents à revenus modiques. Les immigrants reçus, ainsi que certaines autres catégories de nouveaux résidents, peuvent jouir de la garantie dès le premier jour de leur arrivée si, de l'avis du directeur de la Division de l'assurance-maladie, ils ont l'intention d'établir leur résidence dans la province. Les assurés bénéficient du Régime lorsqu'ils quittent temporairement la province, et, en cas de départ définitif, jusqu'au premier jour du troisième mois suivant l'arrivée dans un nouveau lieu de résidence au Canada. L'assurance expire, pour les résidents s'établissant

à l'étranger, le jour même de leur départ du Canada.

Les résidents assurés doivent s'inscrire à la Division de l'assurance-maladie pour devenir admissibles aux prestations. Une carte d'identité hospitalière et médicale est alors délivrée à l'intéressé et doit être présentée au spécialiste de la santé lorsqu'un service assuré est dispensé.

Le patient peut choisir son médecin et le médecin peut se désengager du Régime sans que, pour cela, ses patients perdent leur droit aux prestations. Toutefois, avant de dispenser des services assurés, il doit avertir ses patients du fait qu'il n'adhère pas au Régime et leur fournir une notification d'abstention facultative (*Opting Out Notification*). Le médecin engagé peut décider, dans le cas de chaque patient, de facturer directement le Régime ou de facturer le patient s'il avertit celui-ci à l'avance et lui remet une « notification d'abstention facultative ». Si le patient est facturé par un médecin engagé ou désengagé, le Régime doit être informé du montant facturé. Le médecin engagé qui facture directement le Régime doit accepter la rémunération accordée par celui-ci à titre de paiement intégral. Le Directeur du Régime peut, s'il le juge opportun, accepter directement les comptes pour services assurés

dispensés par les médecins non adhérents résidant et exerçant hors de la province. Le remboursement pour services extra-provinciaux ne doit pas dépasser le montant qui aurait été payé à un médecin engagé du Nouveau-Brunswick pour des services similaires. Les soins non urgents reçus à l'extérieur de la province ne sont pas assurés de moins que l'hospitalisation requise, ou les prestations du régime d'assurance-maladie (lorsque l'hospitalisation n'est pas nécessaire) n'aient été autorisées au préalable.

Outre la garantie tous risques qui s'étend à tous les services médicaux et dentaires dans le cadre du programme national, le régime provincial offre un programme de médicaments à l'intention des assurés de plus de 65 ans et de ceux qui sont atteints de fibrose kystique. Ceux-ci reçoivent une carte d'identité du programme de médicaments vendus sur ordonnances (*Prescription Drug Program Identification Card*) et les services assurés se limitent à ceux qui ont été dispensés au Nouveau-Brunswick (sauf dans certaines régions frontalières).

La Régie de l'assurance-maladie du Québec est un organisme ayant pour fonction d'appliquer le régime provincial d'assurance-maladie.

Le régime assure toutes les personnes qui ont qualité de résidents du Québec. Aucune cotisation n'est exigée; les sources de financement sont les contributions des particuliers et des employeurs du Québec, ainsi que du gouvernement fédéral et, pour certains services dispensés aux bénéficiaires de l'aide sociale, du ministère des Affaires sociales.

La Loi prévoyant le financement des programmes de santé fixe la contribution d'un particulier à 1,5 p. cent de son revenu net pour l'année, jusqu'à concurrence de \$235 pour le salarié et de \$375 pour le travailleur autonome. Cette contribution que doit verser le particulier ne peut réduire son revenu net à un montant qui soit inférieur à \$5 600 ou \$3 700, selon qu'il s'agisse d'une personne mariée ou d'une personne seule. La contribution de l'employeur est fixée à 1,5 p. cent du salaire versé à un employé.

Des contributions ainsi recueillies, 8/15 de l'ensemble sont remis à la Régie de l'assurance-maladie du Québec et 7/15 sont versés au fonds des services hospitaliers, fonds exclusivement affecté au financement des services hospitaliers du Québec.

Tous les résidents du Québec

doivent être inscrits à la Régie.

L'immigrant reçu et toute personne à sa charge sont réputés, dès leur arrivée, être des résidents du Québec. (Le ressortissant étranger et toute personne à sa charge sont réputés être des résidents du Québec, notamment, si celui-ci détient un visa d'emploi délivré par le ministère fédéral de la Main-d'œuvre et de l'Immigration et s'il séjourne au Québec pour y occuper une charge ou un emploi durant une période de plus d'un an et s'il verse une contribution au régime d'assurance-maladie).

Les nouveaux résidents venant d'une autre province sont assurés par le régime québécois dès qu'ils cessent d'avoir droit aux bénéfices du régime de leur province.

Toute personne inscrite au fichier de la Régie reçoit une carte d'assurance-maladie qu'elle présente lorsqu'elle requiert des services de santé assurés au Québec.

Tout professionnel de la santé légalement autorisé à dispenser des services assurés au Québec est aussi tenu de s'inscrire à la Régie. Le régime prévoit trois catégories de professionnels de la santé:

1. *les professionnels participants*, professionnels qui exercent leur profession dans le cadre du régime, sont rémunérés suivant le tarif prévu par une entente et reçoivent directement leurs hono-

raires (prix des médicaments inclus, dans le cas d'un pharmacien) de la Régie,

2. *les professionnels désengagés*, professionnels, autres que les pharmaciens, qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime mais acceptent d'être rémunérés suivant le tarif prévu par une entente et dont les patients sont remboursés par la Régie après avoir payé les honoraires exigés,
3. *les professionnels non participants*, professionnels qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime et qui n'acceptent pas d'être rémunérés suivant le tarif prévu par une entente et dont tous les patients assument seuls le paiement des honoraires (prix des médicaments inclus, dans le cas d'un pharmacien).

La loi oblige les professionnels désengagés et non participants à aviser de leur statut (par écrit) les résidents du Québec ayant recours à leurs services. L'avis n'est toutefois pas requis dans les cas d'urgence, les professionnels étant rémunérés alors par la Régie selon le tarif prévu par une entente.

La plupart des professionnels de la santé qui dispensent des services assurés au Québec sont des «participants».

Certains professionnels de la santé qui exercent leur profession à

l'extérieur du Québec ont adhéré au régime d'assurance-maladie du Québec. Ces professionnels, résidant pour la plupart dans les localités situées à la frontière du Québec, conviennent de se conformer au mode de présentation des demandes de paiement et d'accepter la rémunération prévue par les ententes touchant les professionnels du Québec lorsqu'ils rendent des services assurés à des résidents du Québec.

Les résidents du Québec ont également droit au remboursement du coût des services assurés dont ils ont bénéficié hors du Québec, sur présentation à la Régie des reçus d'honoraires qu'ils ont payés ou des états de compte relatifs à ces services. Ils ne peuvent toutefois exiger le remboursement de leurs dépenses effectives que jusqu'à concurrence du montant prévu par la Régie, en vertu d'une entente, pour le paiement de tels services à un professionnel de la santé du Québec.

Les services assurés par le régime d'assurance-maladie se regroupent dans divers programmes.

Programme des services médicaux et chirurgicaux

Tous les résidents du Québec peuvent bénéficier de ce programme, déjà prévu par la Loi fédérale sur les soins médicaux. Il s'étend à tous les

services requis au point de vue médical et dispensés par un médecin.

Programme de chirurgie buccale et de services dentaires

Ce programme porte sur tous les soins de chirurgie buccale prévus par la Loi fédérale sur les soins médicaux. De plus, il prévoit que tous les résidents du Québec peuvent bénéficier des services de chirurgie buccale déterminés par règlement et assurés par un dentiste dans un milieu hospitalier. Les enfants âgés de moins de 10 ans (de moins de 12 ans à partir du 1^{er} mars 1977) peuvent bénéficier des services dentaires déterminés par règlement et rendus par un dentiste dans son cabinet ou dans un milieu hospitalier. Les bénéficiaires de l'aide sociale peuvent bénéficier des services dentaires déterminés en vertu du règlement de la Loi sur l'aide sociale. La Régie assure la mise en application de ce programme pour le compte du ministère des Affaires sociales, à l'exclusion des prothèses dentaires.

Programme de services optométriques

Tous les résidents du Québec peuvent bénéficier de ce programme qui s'étend aux services d'optométrie déterminés par règlement, dispensés par un optométriste et requis au point de vue optométrique.

Programme des prothèses, appareils orthopédiques ou autres

Tous les résidents peuvent bénéficier de ce programme qui s'étend à l'achat, l'ajustement, le remplacement ou la réparation des prothèses, appareils orthopédiques ou autres déterminés par règlement qui suppléent à une déficience ou une difformité physiques et qui sont fournis aux conditions prescrites.

Programme de médicaments

Peuvent bénéficier du programme de médicaments: tous les bénéficiaires de l'aide sociale et les bénéficiaires de certaines mesures d'aide sociale gouvernementale; les personnes âgées de 65 ans et plus recevant le supplément de revenu mensuel garanti s'ajoutant à leur pension de vieillesse; les personnes de 60 à 64 ans admissibles à une allocation en vertu de la Loi sur la sécurité de la vieillesse et qui, sans cette allocation, auraient droit à l'aide sociale ou à certaines mesures d'aide sociale gouvernementale.

Ce programme s'étend aux médicaments fournis par un pharmacien sur ordonnance d'un médecin ou d'un chirurgien dentiste. Ces médicaments doivent figurer sur une liste que le ministre des Affaires sociales a dressée après avoir consulté le Comité consultatif de pharmacologie.

Ontario

Le Régime d'assurance-maladie de l'Ontario (OHIP), administré par le ministère de la Santé, couvre les soins médicaux et l'hospitalisation. La responsabilité de sa mise en vigueur a été confiée au ministre de la Santé.

L'adhésion à ce régime, qui prévoit normalement le paiement de cotisations de la part des assurés ou en leur nom, est semi-volontaire puisqu'elle n'est obligatoire que pour les groupes d'employés de 15 personnes ou plus qui résident en Ontario. Les groupes de 6 à 14 employés ont la possibilité d'opter pour la participation obligatoire, et un organisme de quinze personnes ou plus peut présenter une demande en vue de percevoir lui-même les cotisations ou être désigné «groupe percepteur» par le régime lui-même. Dix bureaux régionaux, établis à Hamilton, Kingston, London, Mississauga, Oshawa, Ottawa, Sudbury, Thunder Bay, Toronto et Windsor, se chargent de recevoir les inscriptions

et de donner suite aux demandes d'indemnité. S'ajoutent à ceux-ci les bureaux d'information de Barrie, Kenora, Kitchener, Peterborough, St. Catharines et Timmins.

Habituellement, les cotisations doivent être payées trois mois à l'avance et la garantie est sujette à une période d'attente analogue pour tous les résidents, sauf dans certains cas précis. (Les immigrants reçus peuvent faire une demande d'adhésion pendant les trois mois suivant leur arrivée sans qu'une période d'attente leur soit imposée. Les autres catégories de nouveaux résidents ne bénéficiant pas de la garantie immédiate d'un autre régime provincial d'assurance-maladie, peuvent être assurés sans période d'attente, sur paiement de la cotisation d'usage dans les trente jours suivant leur arrivée en Ontario.) Voici les taux annuels des cotisations pour les soins hospitaliers et médicaux assurés par le régime:

	Cotisation normale	Cotisations annuelles	
		Revenu imposable égal ou inférieur à \$1 680 (personne seule) ou à \$2 000 (couple ou famille)	Revenu imposable égal ou inférieur à \$2 000 (personne seule) ou à \$3 000 (couple ou famille)
Personne seule	\$192	Néant	\$ 96
Couple ou famille	\$384	Néant	\$192

Ainsi qu'on le voit, le Régime prévoit une aide financière totale ou partielle pour les personnes à revenu modique, l'admissibilité à l'aide étant déterminée par une évaluation du revenu imposable de ces personnes durant l'année en cours et le requérant devant avoir résidé en Ontario durant une période d'au moins douze mois consécutifs avant de présenter une demande. Les assistés sociaux sont automatiquement admissibles au paiement intégral de leurs cotisations, une aide partielle étant, par ailleurs, offerte à tout assuré se trouvant dans l'impossibilité de payer ses cotisations pour cause de chômage, maladie, invalidité ou difficultés financières. Des dispositions prévoient également l'adhésion au Régime des résidents qui bénéficient de l'aide sociale des municipalités ou sont considérés comme indigents. Les résidents de l'Ontario âgés de 65 ans ou plus qui ont résidé dans la province pendant les 12 mois précédents, sont autorisés à bénéficier de l'exemption des cotisations OHIP, pour eux-mêmes et pour les autres membres de leur «unité OHIP». Les résidents non assurés peuvent le devenir rétroactivement si l'on considère, qu'étant donné leur âge ou leurs revenus modiques, ils auraient dû être exonérés du paiement de leurs cotisations. Le paiement des arriérés de

cotisations pour résidents préalablement assurés, est également prévu dans certaines autres circonstances.

Les patients sont libres de choisir leurs médecins et vice-versa. Le médecin peut se désengager du régime sans que pour cela ses patients perdent leurs droits à la garantie. Si le médecin facture directement le Régime pour les soins prodigués à ses patients, il doit accepter le montant fixé par le Régime comme paiement intégral. Si un médecin est désengagé et a l'intention d'exiger du patient des honoraires plus élevés que ceux que prévoit le barème de l'association médicale provinciale, il est tenu d'en informer le patient à l'avance. En certaines circonstances, ces médecins peuvent facturer directement le Régime, notamment dans le cas de services rendus aux Indiens ou aux anciens combattants et de services dispensés à titre de membre d'une association dans un hôpital affilié à une faculté de médecine. Un médecin désengagé qui est membre d'une association médicale inscrite au Régime peut facturer le Régime directement pour des services assurés dispensés dans le service des urgences d'un hôpital public, dans une maison de repos, dans un foyer pour vieillards, etc. Les médecins désengagés qui facturent

directement le Régime doivent accepter la rémunération accordée par celui-ci à titre de paiement intégral.

Tous les laboratoires médicaux privés sont tenus de posséder un permis, d'adhérer au Régime provincial et d'accepter le taux du Régime comme paiement intégral des services de laboratoire assurés.

L'OHIP offre divers services en plus des services assurés en vertu des programmes nationaux d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux. Ainsi la garantie du Régime provincial comprend les soins dans les maisons de repos, et dans les foyers de vieillards lorsque des soins infirmiers ordinaires et une surveillance médicale sont requis, sous réserve de frais de participation de \$7,40 par jour pour les patients de 16 ans et plus, le Régime payant le solde des frais journaliers établis par la maison pour les services médicaux requis dans les salles ordinaires; pour le coût des médicaments prescrits par un médecin ou un dentiste, ainsi que pour le coût de certains appareils dont l'utilisation est ordonnée par un médecin. Ces soins prolongés ne sont habituellement pris en charge à la demande des intéressés, que si ceux-ci ont résidé en Ontario pour une période d'au moins 12 mois précédant leur demande. Les personnes qui bénéficient de prestations en vertu de la Loi générale sur l'assistance sociale ou de la Loi sur les prestations

familiales et dont l'état requiert des soins de longue durée, ne reçoivent pas ces services aux termes de l'OHIP mais dans le cadre des programmes provinciaux d'aide sociale.

Sont également assurés par le Régime de l'Ontario certains services d'optométrie et certains soins dispensés par les chiropracteurs, les osthéopathes et les podologues, tout comme d'autres services non hospitaliers (paiement d'une partie des frais de physiothérapie et de services d'ambulances) ainsi que des soins donnés à domicile et entrant dans le cadre de programmes établis de soins à domicile. Le matériel et les médicaments nécessaires aux services à domicile de dialyse rénale et d'hyperalimentation, sont inclus dans les services assurés lorsqu'on peut les obtenir d'un hôpital de l'Ontario et qu'ils sont prescrits par un médecin faisant partie du personnel médical de cet hôpital.

Le ministère de la Santé de l'Ontario administre un Régime de prestations pour les médicaments. Celui-ci prévoit la gratuité des médicaments approuvés (dans le cas où les médicaments sont prescrits par les médecins ou les dentistes) pour tous les citoyens canadiens ou immigrants reçus de plus de 65 ans

ayant résidé dans la province au cours des 12 mois précédents. Les bénéficiaires du Revenu annuel garanti de l'Ontario et des prestations familiales provinciales sont également assurés en vertu de ce régime. Les résidents admissibles reçoivent chaque mois une carte d'admissibilité aux prestations pour les médicaments. Les pensionnaires des maisons de repos et des maisons de soins spéciaux qui ont droit aux prestations pour soins prolongés, soins spéciaux ou soins pour maladie chronique, sont également pris en charge par le Régime de prestations pour les médicaments. En vertu de ce régime, toutes les ordonnances doivent être exécutées en Ontario.

Au Manitoba, l'hospitalisation et les soins médicaux font l'objet d'un régime unique d'assurance-maladie administré par un seul organisme public, soit la *Manitoba Health Services Commission* (Commission de l'assurance-maladie du Manitoba). Cet organisme est responsable de la gestion du régime provincial devant le ministre provincial de la Santé et du Développement social.

Le régime du Manitoba ne repose pas sur le versement de cotisations. Il est financé par les revenus généraux de la province. Chaque résident est assuré et tout nouveau résident venu d'une autre province ou d'un autre territoire participants est soumis à la période normale d'attente, celle-ci pouvant être de trois mois, à partir de son arrivée au Manitoba. (Pour les résidents venus de l'étranger cependant, la garantie est accessible à compter du jour de l'arrivée au Manitoba.) Tous les résidents doivent s'inscrire au régime provincial.

Le malade est libre de choisir son médecin et ce dernier peut se désengager du régime sans que ses patients perdent leur admissibilité aux prestations. Les médecins participants acceptent le montant versé par le régime comme paiement intégral des services qu'ils ont rendus et ils n'ont pas le droit de demander aux

résidents assurés des honoraires supérieurs aux prestations payables en vertu du régime. Les médecins non participants doivent aviser les assurés, suffisamment à l'avance, du fait que leurs honoraires doivent leur être payés directement et non par l'intermédiaire du régime.

Normalement, les services dispensés à l'extérieur de la province sont payés au taux fixé pour des services semblables rendus au Manitoba, bien que la Commission, sous réserve de certaines dispositions, puisse prendre en charge des services nécessaires dispensés à l'extérieur de la province à des taux élevés.

L'assuré qui quitte le Manitoba pour résider ailleurs doit obtenir de la Commission un certificat attestant qu'il est admis à bénéficier de la protection du Manitoba pendant les trois mois suivant son arrivée au nouveau lieu de résidence.

Les services assurés par le régime provincial comprennent tous les services médicaux, certains soins dentaires prévus en vertu du programme national (et les services hospitaliers assurés), de même que certains services d'optométrie, de chiropraxie et d'autres services. Des prestations additionnelles sont versées pour la mise en place de

membres artificiels et le recours à des services de prothèse, et, sous réserve de l'autorisation de la Commission, pour l'acquisition d'appareils et le recours à des services orthotiques (membres et colonne vertébrale) lorsqu'un médecin autorisé les prescrit. Des prestations sont accordées pour l'ajustement initial de lentilles de contact après l'opération chirurgicale pratiquée en cas de cataracte congénitale, (les honoraires incluent le coût de la lentille et le service pour la première année suivant l'ajustement) et l'acquisition et la mise en place d'yeux artificiels, ainsi que pour l'obtention d'immunoglobulines Rhésus avant la naissance.

La garantie du régime provincial comprend les soins dispensés au Manitoba dans les maisons désignées (maisons de repos et hôtelleries). Habituellement, pour être admissible aux prestations du programme de soins, une personne doit avoir résidé au Manitoba pendant 24 mois consécutifs. Toutefois, si une personne a résidé au Manitoba pendant 30 ans au total ou encore, si elle a été placée dans une maison de repos et y recevait des

soins en vertu du programme, le 1^{er} avril 1974, elle est admissible aux prestations sans être soumise à la période d'attente de 24 mois. Les frais autorisés que paie une personne assurée placée dans une maison de repos s'élèvent à \$5,75 par jour.

La Commission administre un programme de médicaments vendus sur ordonnance pour les résidents de la province du Manitoba. En vertu de ce programme, la Commission rembourse 80 p. cent du coût de certains médicaments définis, sous réserve d'une franchise annuelle de \$50 pour les personnes seules et les familles. Ce programme de médicaments concerne presque tous les médicaments prescrits par un médecin ou un dentiste, de même que l'oxygène, les aiguilles et les seringues. Sont toutefois exclus du programme les assistés sociaux et les autres résidents qui, en vertu d'autres programmes fédéraux ou provinciaux, bénéficient de la gratuité des médicaments obtenus sur ordonnance.

L'administration publique du régime de la Saskatchewan est assurée conjointement par le ministre provincial de la Santé, le *Board of Health Region Number 1* (Conseil de la région sanitaire numéro 1), de Swift Current, la *Saskatchewan Tuberculosis and Respiratory Disease Association* (Association de la tuberculose et des maladies respiratoires de la Saskatchewan), la *Saskatchewan Cancer Commission* (Commission du cancer de la Saskatchewan) et la *Saskatchewan Medical Care Insurance Commission* (Commission de l'assurance-maladie de la Saskatchewan). Tous ces organismes administrent leur propre programme de prestations de manière à se conformer aux exigences de la législation fédérale.

Le *Medical Care Insurance Plan* (régime d'assurance-maladie) est administré par la *Saskatchewan Medical Care Insurance Commission* (Commission de l'assurance-maladie de la Saskatchewan) qui est responsable devant le ministre de la Santé. La région sanitaire de Swift Current, qui recouvre un secteur de 15 000 milles carrés au sud-ouest de la Saskatchewan, administre son propre régime d'assurance-maladie. Aux termes de l'accord actuel, la Commission (qui verse à la région une subvention de base par tête correspondant au montant dépensé par personne dans les autres régions de

la province) se charge des paiements à effectuer pour les résidents de la région ayant 65 ans révolus.

Le régime provincial est financé par les revenus généraux de la province et non par des cotisations. L'inscription est nécessaire pour être admissible à la garantie et la *Saskatchewan Hospital Services Plan* (Régime des services hospitaliers de la Saskatchewan) envoie, deux fois par an, des cartes d'assurance-maladie, d'une validité de 6 mois, à tous les chefs de famille, y compris les résidents de la région sanitaire de Swift Current. Les nouveaux résidents provinciaux doivent s'inscrire au régime afin de jouir de la garantie.

Le malade est libre de choisir son médecin et celui-ci peut se désengager du régime sans que le malade perde son admissibilité aux prestations. Les prestations payables pour les services assurés, reçus à l'extérieur de la province, se limitent normalement aux prestations versées pour des services comparables dispensés en Saskatchewan. Toutefois, le coût des services médicaux qui ne sont pas offerts en Saskatchewan, mais qui existent dans une autre province, est entièrement pris en charge par la Saskatchewan.

En Saskatchewan, le médecin est libre de faire acquitter sa note d'honoraires par le régime, (directement ou par l'intermédiaire de l'un ou l'autre des deux organismes de

santé approuvés) ou encore par le malade lui-même. Dans le premier cas, il doit accepter le paiement accordé par le régime comme rétribution intégrale. Habituellement, lorsque le médecin y est affilié et que le malade y adhère, les organismes de santé approuvés assurent le règlement des demandes d'indemnité sans grandes formalités. (Le cas des assistés sociaux et des assurés qui ont reçu des services à l'extérieur de la province fait exception à cette règle.) Les organismes de santé approuvés sont autorisés à assurer leurs membres pour une certaine gamme de services supplémentaires.

Le régime provincial comprend des prestations pour les services optométriques, une garantie pour les services d'orthodontie – lorsque le patient est adressé au spécialiste par un dentiste (notamment pour le traitement d'une fissure palatine) ainsi que pour les services de chiropraxie. Les prestations accordées pour la chiropraxie sont uniques, en ce sens que ce régime public d'assurance-maladie est le seul au Canada qui n'impose pas de limites quant au coût et au nombre de traitements assurés pour une personne ou une famille. Les radiographies prises par les chiropracticiens exerçant à l'extérieur de la province ne sont pas prises en charge par le régime.

Sauf dans certains cas, les résidents de la Saskatchewan titulaires d'une carte de services médicaux valide sont admissibles aux prestations d'autres programmes de santé administrés par le ministère provincial de la Santé.

C'est ainsi que grâce au *Saskatchewan Hearing Aid Plan* (Programme d'aide de la Saskatchewan pour l'achat d'appareils acoustiques), les résidents assurés peuvent acheter au prix coûtant tout appareil acoustique requis. Le prix exigé du malade pour un appareil acoustique ne comprend aucuns frais généraux. Les piles et autres accessoires sont aussi offerts au prix coûtant. Les services connexes tels que l'évaluation du degré d'audition, la vente, l'ajustement, la réparation et l'entretien des appareils acoustiques, sont assurés, aux frais de l'État, par des cliniques régionales mobiles ou permanentes.

Les appareils de prothèse et appareils orthopédiques sont fournis gratuitement aux résidents assurés en vertu du *Saskatchewan Aids to Independent Living Program* (programme visant à encourager malades et handicapés à mener une vie aussi indépendante que possible). Les fauteuils roulants, les ambulateurs, le matériel d'inhalothérapie, les sièges d'aisances et

les autres instruments de ce genre, peuvent être obtenus en vertu de ce programme par l'intermédiaire des unités locales de santé. Tous les appareils qui peuvent être utilisés indéfiniment par plusieurs malades sont prêtés gratuitement. Le programme assure aussi un service d'entretien et de réparation des appareils. Il est administré par le ministère provincial de la Santé.

Le ministère provincial de la Santé a établi le *Saskatchewan Dental Plan* (Régime d'assurance pour les soins dentaires de la Saskatchewan) le 1^{er} septembre 1974. Le régime sera étendu graduellement sur une période de 5 ans, de sorte qu'en 1978, tous les enfants âgés de 3 à 12 ans seront admissibles aux soins, s'ils sont inscrits aux régimes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation de la Saskatchewan. Les enfants nés entre 1967 et 1971 ont pu s'inscrire au régime en 1976. Dans le nord de la Saskatchewan, les enfants âgés de 3 à 16 ans sont actuellement assurés en vertu du régime. La garantie du régime d'assurance pour les soins dentaires comprend les soins diagnostiques, les services de médecine préventive, les services de restauration buccale et les soins chirurgicaux

dispensés par des équipes dentaires régionales qui œuvrent principalement dans les écoles et les cliniques mobiles. (La région sanitaire de Swift Current continue à appliquer son propre régime de soins dentaires.)

Le régime emploie beaucoup d'infirmières dentaires et d'aides dentistes qui travaillent sous la direction de dentistes régionaux engagés à plein temps. Les infirmières dentaires ont reçu une formation spéciale en vue d'effectuer des obturations, de procéder à l'extraction de dents de lait et de s'acquitter d'autres tâches simples. L'inscription au régime et les services du personnel engagé par le régime sont gratuits. Si un enfant inscrit nécessite des services qui sont assurés en vertu du régime mais n'entrent pas dans les attributions des infirmières dentaires, il est adressé à un dentiste ayant un cabinet privé. Le régime rembourse le dentiste pour les services rendus, selon un taux convenu. Le régime ne couvre ni les frais excédentaires ni le coût des services d'orthodontie importants et des restaurations à l'or.

En vertu du *Prescription Drug Plan*, programme de médicaments obtenus sur ordonnance, non subventionné par des cotisations et offert presque à la totalité de la population, les résidents admissibles assurés par les régimes provinciaux de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation peuvent recevoir sur ordonnance des médicaments figurant dans un formulaire gouvernemental, sans autres frais que le coût (tarif standard) de l'exécution de l'ordonnance par le pharmacien. Le programme de médicaments ne paye que les médicaments achetés dans les pharmacies participantes de la Saskatchewan et de quelques localités situées aux frontières de l'Alberta et du Manitoba.

Alberta

En Alberta, le régime d'assurance-maladie est administré par l'*Alberta Health Care Insurance Commission* (Commission d'assurance-maladie de l'Alberta) relevant du ministre des Hôpitaux et Soins médicaux. L'admissibilité d'un candidat au régime provincial d'assurance-hospitalisation dépend de sa situation vis-à-vis du régime d'assurance-maladie.

Le résident admissible au régime doit s'inscrire à la Commission. Quand une personne ne s'inscrit pas dans les délais prescrits, son admissibilité à la garantie n'entrera en vigueur que le premier jour du troisième mois suivant la date de demande d'inscription. La Commission est tenue d'inscrire un résident qui ne l'est pas à partir de la date où il devient assisté social aux termes de la *Social Development Act* (Loi sur le développement social); où il est admis dans un établissement provincial d'hygiène mentale; où il devient pupille de l'État; où il est incarcéré dans une prison provinciale; où il est placé dans une maison de

correction provinciale (suivant le cas).

Une cotisation globale mensuelle, trimestrielle ou annuelle, permet d'adhérer à l'assurance-maladie et l'assurance-hospitalisation. (Elle est payable chaque mois dans le cas des régimes d'assurance collective.) Les assistés sociaux ne sont pas tenus de verser des cotisations et d'autres personnes à faible revenu peuvent également bénéficier de mesures spéciales (barème établissant divers taux de cotisation). Lorsqu'un résident qui ne peut bénéficier de ces mesures n'est pas à même de payer ses cotisations en raison de difficultés financières, la Commission peut autoriser, après examen de la situation financière de l'intéressé par le *Department of Social Services and Community Health* (ministère des Services sociaux et de la Santé communautaire), une exemption temporaire du paiement des cotisations.

Les assurés doivent verser les cotisations suivantes:

	Cotisation normale	Assistés sociaux	Cotisations annuelles	
			Revenu nul	Revenu imposable égal ou inférieur à \$500 (personne seule) ou \$1 000 (famille)
Personne seule	\$ 76,80	Néant	Néant	\$39,60
Famille de 2 personnes ou plus	\$153,60	Néant	Néant	\$79,20

Les nouveaux résidents venant de l'étranger ne sont pas admissibles à une aide financière au cours des 12 premiers mois consécutifs de résidence en Alberta. Un résident ayant 65 ans révolus ou dont le conjoint a atteint cet âge a droit à l'exemption du paiement des cotisations exigées aux termes des régimes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation pour lui-même et tout membre de la famille à sa charge. D'autres services offerts à cette catégorie de résidents sont décrits à la fin de la présente partie.

Un résident autonome qui est inscrit et qui a payé ses cotisations peut se retirer des régimes provinciaux d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation, pourvu qu'il en fasse la demande avant le 1^{er} juillet. Toute demande approuvée est valide pour un an, soit du 1^{er} juillet au 30 juin, période au cours de laquelle le résident ne paie aucune cotisation et doit assumer le coût des services hospitaliers ou des soins médicaux dont lui ou les personnes qui sont à sa charge peuvent avoir besoin. Il n'y a eu, jusqu'à maintenant, qu'un très petit nombre de retraits.

Quant aux honoraires, les médecins ne sont pas tenus de faire un choix définitif et global en se conformant ou non au régime provincial en ce qui concerne tous leurs malades assurés. A cet égard, le régime diffère beaucoup des

régimes des autres provinces participantes, à l'exception de celui du Nouveau-Brunswick. Le malade est libre de choisir son médecin, et ce dernier peut demander une somme supérieure aux prestations du régime, à la seule condition de parvenir à une entente préalable avec le malade à ce sujet. Par conséquent, le médecin peut, soit appliquer le régime, soit s'entendre avec le malade, ou traiter avec les deux pour ce qui est de sa rémunération. Les osthéopathes sont inscrits aux termes de la *Medical Profession Act* (Loi sur la profession médicale) de la province et, par conséquent, leurs services sont admissibles à titre de services assurés en vertu du programme de soins médicaux.

En vertu de l'*Alberta Health Care Emergency Financial Assistance Regulations* (Règlement de l'aide financière pour les soins d'urgence de l'Alberta), les résidents assurés peuvent, en s'adressant à la Commission, à certaines conditions (avec approbation préalable, le cas échéant; en cas d'urgence, ou si les services requis n'existent pas en Alberta) et uniquement dans le cas où les charges financières en cause dépassent les ressources pécuniaires de l'intéressé, bénéficier de prestations supplémentaires pour le recours, à l'extérieur de l'Alberta à des

services sanitaires et hospitaliers dont le coût excède le taux prévu dans la province.

Si un résident inscrit compte s'absenter de l'Alberta pour une période temporaire de plus de 6 mois, il doit fournir à la Commission les précisions requises. Lorsque des services sanitaires de base sont dispensés à l'extérieur de l'Alberta pour plus de 3 mois il faut faire connaître à la Commission, avant l'écoulement des 3 mois, les raisons de poursuivre le traitement, à la suite de quoi, la Commission peut continuer à verser des prestations, fixer la période pendant laquelle les paiements seront maintenus, ou y mettre fin. Lorsqu'elle n'a reçu aucun avis et qu'aucune mesure n'a été prise pour le retour du malade en Alberta le plus tôt possible, la Commission peut supprimer les prestations dès l'expiration des 3 mois suivant la date où les services ont commencé à être dispensés.

Un résident désireux de quitter l'Alberta pour s'établir définitivement ailleurs, doit obtenir un certificat de continuation de garantie afin de jouir de prestations à la suite de son départ jusqu'à ce qu'il soit, éventuellement, pris en charge par une nouvelle province. Le certificat doit être demandé avant le départ ou dans le mois qui suit et il ne sera délivré que si le résident n'accuse aucun arriéré de cotisations. Les certificats ne sont, d'ordinaire, valides

que pour une période maximale de 3 mois suivant la date de départ de l'Alberta, un délai de route maximal d'un mois pouvant s'y ajouter dans le cas où l'intéressé désire s'établir définitivement en une autre région canadienne. Lorsqu'un assuré ou une personne à sa charge requièrent une garantie pendant la période de transition précédant le moment où ils doivent établir leur résidence à l'extérieur du Canada, la Commission peut, si elle estime que des circonstances atténuantes et inévitables justifient cette mesure, prolonger la validité du certificat pour une autre période ne dépassant pas 12 mois.

Les prestations supplémentaires concernent certains services dentaires dispensés dans un cabinet et, dans une certaine mesure, les services d'optométrie, de chiropraxie, de podiatrie, ainsi que les instruments fournis par les podiatres. La Commission offre aussi aux résidents inscrits qui ont payé leurs cotisations et qui ne peuvent pas obtenir une assurance collective de la Croix-Bleue, un contrat facultatif de services sanitaires (frais excédentaires d'hébergement, de services d'ambulances, médicaments obtenus sur ordonnance, instruments, soins infirmiers à domicile, service de naturopathe, services de

psychologie clinique, soins dentaires requis à la suite d'un accident ou d'une blessure, frais supplémentaires des services hospitaliers et des services de soins médicaux dispensés à l'extérieur du Canada et prothèses pour les malades ayant subi une mastectomie) à un taux subventionné de \$2,25 (personne seule) ou de \$4,50 par mois (famille de deux personnes ou plus). La garantie facultative est aussi offerte aux personnes à faible revenu à un taux réduit. Les résidents de 65 ans et plus sont aussi admissibles gratuitement à la garantie, au même titre que pour l'assurance-hospitalisation et l'assurance-maladie de base.

Ces derniers peuvent aussi jouir de services assurés supplémentaires grâce à un programme à couverture étendue (*Extended Health Benefits Program*). Lorsque l'assuré ou son conjoint a 65 ans révolus, ils sont admissibles, ainsi que tout membre de la famille à la charge de l'assuré, à la garantie du Programme à couverture étendue administré par la Commission et le ministère des Services sociaux et de la Santé communautaire en vertu de la Loi sur les traitements (*Treatment Services Act*).

La Commission est responsable des prestations du Programme à

couverture étendue concernant les articles et les services tels que la restauration buccale, les soins chirurgicaux, les services de prothèse et la réparation des dentiers (à l'exception des services assurés par le régime de l'Alberta et le régime de la Croix-Bleue) ainsi que les articles et les services optométriques prescrits à la suite d'un examen de la vue. Le ministère des Services sociaux et de la Santé communautaire assume, pour sa part, la responsabilité des prestations concernant les appareils acoustiques, l'appareillage chirurgical et médical approuvé, les fournitures et les instruments, de même que le matériel important prêté par le gouvernement. Ces derniers articles ne sont pas destinés à remplacer ceux que fournissent normalement l'hôpital ou la maison de repos.

Le Régime d'assurance-maladie de la Colombie-Britannique est administré par une commission relevant de la Division des programmes médicaux et hospitaliers du ministère provincial de la Santé. Cette commission agit à titre d'organisme public responsable, devant le sous-ministre de la Division, du fonctionnement du régime provincial d'assurance-maladie. Le bureau central de la Commission de l'assurance-maladie de la Colombie-Britannique, situé à Victoria, administre le régime provincial.

Le Régime d'assurance-maladie de la Colombie-Britannique est un régime s'appuyant sur le principe des cotisations volontaires. En général, les nouveaux résidents sont soumis à une période d'attente allant jusqu'à 3 mois avant de devenir admissibles à la garantie. Pour être assuré, il faut avoir payé les cotisations

mensuelles exigées, la garantie expirant lorsque le versement accuse un retard de 15 jours. Certaines personnes à faible revenu peuvent bénéficier d'une aide pécuniaire représentant de 50 à 90 p. cent du coût des cotisations si elles ont résidé en permanence dans la province au cours des 12 mois consécutifs qui ont précédé leur demande.

Les assurés doivent payer les cotisations suivantes:

	Cotisation normale	Cotisations annuelles	
		Revenu imposable nul	Revenu imposable inférieur à \$1 000
Personne seule	\$ 90,00	\$ 9,00	\$ 45,00
2 personnes	\$180,00	\$18,00	\$90,00
Famille comptant 3 personnes au moins	\$225,00	\$22,44	\$112,44

Les cotisations des personnes admissibles à l'assistance sociale sont entièrement payées. Il est possible d'accorder temporairement une aide financière, représentant jusqu'à 90 p. cent des versements dus, à un cotisant qui a résidé dans la province au cours des 12 mois précédant sa demande si, pour diverses raisons (chômage, maladie, invalidité ou embarras financiers, il se trouve dans l'impossibilité de verser sa cotisation au régime provincial. Une telle aide peut être accordée jusqu'à concurrence de 3 mois. (Une disposition prévoit d'autres prolongations de 3 mois).

Le malade est libre de choisir son médecin et ce dernier peut choisir de ne plus adhérer au régime sans que son patient perde son admissibilité aux prestations. Les ostéopathes sont reconnus par la *Medical Act* (Loi sur la profession médicale) de la province et leurs services sont assurés en vertu du Programme des soins médicaux. Il incombe aux médecins de s'assurer que les malades qui ont besoin de services de pathologie ou radiologie et d'électrodiagnostic (autres que les électrocardiogrammes) sont envoyés dans des laboratoires approuvés par la Commission, et, de préférence, dans les laboratoires publics et laboratoires d'hôpitaux disponibles, à moins que le malade n'accepte, par écrit et à l'avance, d'assumer les frais de ces services. Des règlements

détaillés ont été adoptés régissant l'approbation de laboratoires et les attributions de la Commission à cet égard. Ces règlements précisent quels services de laboratoire sont assurés lorsqu'ils sont dispensés chez un médecin.

Le médecin n'a pas le droit d'exiger du malade une somme supérieure à celle que prévoit le régime pour le service rendu, à moins que l'assuré ne demande un service qui exige beaucoup plus de temps que les soins ordinairement requis; que le médecin traitant n'avise l'assuré de son intention de demander une somme plus élevée; que l'assuré ne consente, par écrit, à assumer ces frais excédentaires; et que la Commission ne soit mise au courant du montant que ceux-ci représentent.

Pour ce qui est d'un assuré absent temporairement de la province, le régime provincial ne prend en charge que les soins qui lui ont été dispensés en cas de maladie soudaine ou de blessure. Lorsque l'assuré choisit d'avoir recours à des services à l'extérieur de la province, il doit obtenir auparavant l'autorisation de la Commission, sauf dans les cas où l'endroit le plus proche où ces services soient assurés se trouve dans une autre province (ou un autre territoire) que le lieu de résidence.

Le Régime d'assurance-maladie de la Colombie-Britannique comporte des prestations supplémentaires concernant les services dispensés par les optométristes, les chiropraticiens, les naturopathes, les physio-thérapeutes, les podiatres, les infirmières de la Croix-Rouge, les infirmières spécialisées, les infirmières de l'Ordre de Victoria, ainsi que les traitements orthoptiques. Les services d'orthodontie rendus par un chirurgien dentiste à un assuré de 20 ans ou moins, dans le cas d'un bec-de-lièvre ou d'une fissure palatine, donnent également lieu au versement de prestations supplémentaires, mais seulement lorsqu'ils ont été dispensés à l'occasion, ou à la suite, d'une opération de chirurgie plastique pratiquée par un médecin autorisé. Les prestations supplémentaires ne sont, pour la plupart, qu'accordées dans certaines limites et ne le sont que pour les services obtenus en Colombie-Britannique.

Le *Department of Human Resources* (ministère des Ressources humaines) de la province gère un programme de médicaments gratuits (médicaments accordés sur ordonnance) connu sous le nom de

Pharmacare (assurance-médicaments). Ce programme est destiné aux résidents ayant 65 ans révolus domiciliés dans la province depuis 90 jours au moins. Depuis le 1^{er} juin 1977, le Ministère administre également un programme de médicaments (*Pharmacare*), intéressant l'ensemble de la population et protégeant les personnes des difficultés financières que peuvent entraîner l'achat des médicaments onéreux qui leur ont été prescrits. En vertu de ce programme, les frais encourus pour l'achat de certains médicaments sont remboursés à raison de 80 p. cent, une franchise de \$100 étant imposée.

Territoire du Yukon

Le Régime du Yukon est directement administré par le gouvernement territorial aidé d'une agence d'assurance-maladie sans but lucratif qui est chargée de l'évaluation et du règlement des demandes d'indemnité. Le gouvernement territorial est responsable de l'évaluation et de l'approbation finale des demandes d'indemnité soumises à cette agence.

Il s'agit d'un régime à cotisations obligatoires mais dans lequel l'admissibilité est liée aux conditions de résidence plutôt qu'au paiement des cotisations. Tout résident, c'est-à-dire, toute personne ayant résidé dans le Territoire du Yukon pendant 3 mois consécutifs, est admissible à la garantie et assuré et, dans le cas d'un nouveau résident ou d'une personne qui s'établit de nouveau au Yukon, soumis à une période d'at-

tente allant éventuellement jusqu'au premier jour du troisième mois suivant son arrivée. L'immigrant reçu qui s'installe au Yukon dès son entrée au Canada est admissible aux prestations le jour même de son arrivée. Le résident qui quitte le Yukon pour s'établir ailleurs continue à être assuré pour une période allant jusqu'à 3 mois suivant son départ, ou jusqu'à ce qu'il devienne admissible à la protection offerte par le régime de la nouvelle province (c'est-à-dire, généralement, jusqu'au premier jour du troisième mois de résidence dans cette province), la période la plus courte étant celle qui est considérée aux fins du Régime. La période normale peut être prolongée d'un mois de délai de route.

Voici un tableau des cotisations annuelles exigées par le Régime:

	Cotisation normale	Revenu imposable nul	Cotisations annuelles
			Revenu imposable égal ou inférieur à \$500 (personne seule), \$1 000 (couple), ou \$1 300 (famille de 3 personnes ou plus)
Personne seule	\$ 50,00	Néant	\$28,50
Famille de 2 personnes	\$111,00	Néant	\$55,50
Famille de 3 personnes ou plus	\$132,00	Néant	\$66,00

Tout résident doit s'inscrire au Régime (ainsi que les personnes étant à sa charge) ou doit se faire inscrire par un intermédiaire. Le Régime paie totalement ou en partie les cotisations des personnes à faible revenu autorisées à recevoir de l'aide (paiement annuel portant sur la période allant du 1^{er} avril au 31 mars) en se fondant sur le revenu imposable de l'exercice antérieur (voir tableau). L'aide est accordée si la personne a habité le Yukon pendant 12 mois consécutifs avant d'en faire la demande. Les personnes ayant 65 ans révolus sont exemptées du paiement de leurs cotisations. Les résidents inscrits reçoivent des cartes, sur la présentation desquelles les médecins engagés établissent les demandes d'indemnités.

Le patient peut choisir son médecin et le médecin peut décider de se désengager du Régime sans que, pour cela, ses patients perdent leurs

droits aux prestations. Le taux de remboursement maximal des services assurés dispensés au Canada hors du Territoire est basé sur le taux fixé dans la province hôte. Des prestations seront payées pour les services assurés reçus à l'extérieur du pays, selon un taux jugé raisonnable par l'administrateur du Régime, mais n'excédant pas celui qui est prévu pour des services semblables dispensés au Yukon.

Les services assurés par le Régime territorial sont restreints à ceux qui sont prévus par le programme fédéral.

Territoires-du-Nord-Ouest

Le Régime d'assurance maladie des Territoires-du-Nord-Ouest est administré par le *Health Care Plan* (Régime des soins médicaux), service du ministère du Développement social. Le directeur du ministère du Développement social a été nommé par le Commissaire des Territoires-du-Nord-Ouest comme étant responsable devant lui de l'administration du Régime.

Le Régime s'applique à tous les résidents admissibles, n'exige le versement d'aucune cotisation, et est financé par les revenus généraux des Territoires. Les résidents venant d'autres régions du Canada pour s'établir dans les Territoires-du-Nord-Ouest peuvent bénéficier de ses avantages dès le premier jour du troisième mois suivant leur arrivée. Ceux qui n'ont pas eu, auparavant, la possibilité d'adhérer à un autre régime provincial peuvent en bénéficier dès le premier jour de leur arrivée dans les Territoires. Les résidents doivent s'inscrire au Régime avant d'en bénéficier. Chacune des personnes inscrites reçoit une carte qu'elle doit présenter lorsqu'elle reçoit un service assuré. Les résidents quittant les Territoires-du-Nord-Ouest pour aller s'établir ailleurs au Canada continuent de bénéficier de la garantie du Régime, soit pendant les 3 mois qui suivent leur départ, soit jusqu'au moment où ils deviennent admissibles au régime de la province où ils se sont fixés, la

période considérée étant la plus courte des deux.

Les médecins doivent faire un choix global (concernant tous leurs patients) en adhérant ou non au Régime. Toutefois, les patients peuvent choisir leur médecin et le médecin peut exercer hors du Régime sans que, pour cela, ses patients perdent leurs droits à la garantie. Lorsque des services assurés sont dispensés hors des Territoires-du-Nord-Ouest, les prestations payables correspondent au tarif établi par le Régime d'assurance-maladie de la province dans laquelle le service a été rendu; dans le cas des services assurés dispensés à l'étranger, le taux de remboursement est le même que celui qui est prévu pour des services semblables dans les Territoires-du-Nord-Ouest.

La garantie du Régime territorial est limitée aux services assurés à l'échelle fédérale. Si le traitement requis ne peut être obtenu dans les Territoires à l'endroit où la consultation a eu lieu et où le diagnostic a été établi à l'origine et qu'un déplacement s'impose, le gouvernement territorial remboursera la fraction du coût du voyage aérien (voyage aller-retour ou aller simple, selon le cas, à partir de n'importe quel point des Territoires) dépassant le tarif d'un aller-retour ou aller simple de Yellowknife à Edmonton. (Voir l'annexe)

Programmes de soins médicaux pour les assistés sociaux

Avant l'institution des régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation et d'assurance maladie, chaque province avait mis sur pied son propre programme afin que les assistés sociaux bénéficient de certains soins médicaux et d'autres avantages connexes. On estime actuellement que le nombre total de personnes admissibles à des prestations en vertu de ces programmes représente de 5 à 7 p. cent de la population canadienne.

En 1966, en vertu du Régime d'assistance publique du Canada, le gouvernement fédéral a pris en charge la moitié des coûts supportés par les régimes provinciaux d'assistance sociale pour les soins médicaux dispensés aux nécessiteux lorsque ces soins ne sont pas couverts par les régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie, ou lorsque la prestation est offerte à tous les résidents. Mais, depuis le 1^{er} avril 1977, les services du Programme de services complémentaires de santé ne font plus l'objet d'un partage des frais en vertu du Régime d'assistance publique du Canada puisque le gouvernement fédéral subventionne ces services en vertu d'autres arrangements. (Voir l'annexe intitulée «Régimes provinciaux d'assurance-maladie»). La pro-

tection offerte à l'heure actuelle pour les principaux services est la suivante:

Soins médicaux

Avec l'entrée en vigueur des régimes provinciaux de soins médicaux, les assistés sociaux ont été assurés d'office. Les provinces qui exigent des cotisations versent celle des résidents à revenu limité (qu'elles paient entièrement ou en partie). En vertu des régimes provinciaux, les assistés sociaux ont droit aux mêmes services que l'ensemble de la population, leurs avantages pouvant même inclure des indemnisations pour frais de déplacement et de communications téléphoniques (conseils dispensés par téléphone), frais qui, généralement, ne sont pas couverts et qui, dans ce cas, sont d'ordinaire partagés en vertu du Régime d'assistance publique du Canada. De plus, le versement de tout supplément d'honoraires, là où il est d'usage de l'imposer, n'est généralement pas exigé des assurés sociaux.

Soins hospitaliers

Les régimes d'assurance-hospitalisation de chaque province assurent automatiquement les assistés sociaux sans qu'ils aient à verser les cotisations ou à acquitter eux-mêmes de frais au moment du service.

Médicaments vendus sur ordonnance

Comme nous l'avons noté dans les exposés des régimes provinciaux d'assurance maladie, quelques provinces assurent les médicaments prescrits par un médecin, pour la quasi totalité de la population ou pour certaines catégories de citoyens, tels que les personnes de 65 ans et plus. En Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba, au Nouveau-Brunswick, au Québec et à Terre-Neuve, presque tous les assistés sociaux bénéficient de régimes d'assistance-médicaments. Au Québec, les personnes de 65 ans et plus qui touchent un supplément de revenu garanti s'ajoutant à la pension de Sécurité de la vieillesse ont droit aux mêmes avantages que les autres assistés sociaux. Sont prévus dans le régime d'assistance-médicaments presque tous les médicaments vendus sur ordonnance et quelques médicaments vendus sans ordonnance. Les barèmes des paiements versés aux pharmaciens ou aux médecins qui dispensent ces médicaments sont négociés par les gouvernements provinciaux. Quelques provinces peuvent exiger que certains malades paient une partie du prix de détail.

Les gouvernements de l'Ontario et de la Nouvelle-Écosse assurent une prestation globale de médicaments à tous les résidents âgés de 65

ans et plus (et, en Ontario, aux autres membres de la famille) sans qu'ils aient à payer de frais directs. Outre cette prestation, les deux gouvernements subventionnent le coût des médicaments dispensés par les municipalités ayant institué des programmes de bien-être à l'intention des nécessiteux. Des allocations directes supplémentaires sont également offertes par les provinces aux nécessiteux ayant besoin de médicaments. L'Ontario fournit également aux malades des maisons de repos, aux résidents des foyers de soins spéciaux, aux personnes qui reçoivent de l'aide en vertu du programme gouvernemental d'allocations familiales, et aux bénéficiaires du supplément de revenu garanti versé par la province, des médicaments vendus sur ordonnance inscrits sur la liste du régime provincial de prestations de médicaments.

La majorité des provinces assurent, par l'entremise de leur ministère de la Santé, le remboursement de certains médicaments jouant un rôle important dans la prévention des infections et dans la guérison de certaines affections — telles les maladies vénériennes, la fièvre rhumatismale et la tuberculose — dont le traitement est long et parfois coûteux.

Soins dentaires

Comme nous l'avons noté auparavant, quelques provinces ont institué des programmes dentaires fort complets à l'intention de tous les enfants faisant partie de groupes d'âges déterminés, ou de tous les résidents de 65 ans et plus. Des régimes d'assurance dentaire intéressant certaines catégories d'assistés sociaux sont en vigueur dans la majorité des provinces. En Colombie-Britannique, on examine les moyens d'existence des assistés sociaux désireux de bénéficier de ce régime afin de décider ou non de leur admission. (Les enfants des assistés sociaux âgés de moins de 13 ans bénéficient, quant à eux, d'un régime distinct). L'Ontario verse des prestations pour soins dentaires aux personnes qui reçoivent une allocation de maternité et une allocation de père à charge. Ce régime englobe les parents et les enfants âgés de moins de 18 ans. Des prestations provinciales pour soins dentaires essentiels peuvent également être accordées à d'autres personnes à la discrétion de la municipalité. Tous les assistés sociaux de l'Alberta et de la Saskatchewan et certaines catégories d'assistés sociaux du Manitoba ont droit à des prestations de soins dentaires en vertu des régimes de ces provinces.

D'ordinaire, ces régimes de soins dentaires excluent certains services et exigent une autorisation préalable

à l'exécution de certains autres services. Dans les trois provinces de l'Ouest, les ponts postérieurs, les traitements prophylactiques et les services de pédodontie sont exclus. En Colombie-Britannique et en Saskatchewan, il faut aussi obtenir une autorisation préalable pour les dentiers, les rebasages, les incrustations en or et les traitements orthodontiques et périodontiques. Les paiements versés aux dentistes sont établis en fonction de tarifs négociés pour chacun de ces régimes. En Alberta et en Saskatchewan, le patient doit, en outre, acquitter des frais modérateurs qui s'élèvent à environ 50 p. cent du coût des dentiers.

Comme nous l'avons noté auparavant, les régimes provinciaux d'assurance médicale couvrent les frais de certaines interventions de chirurgie dentaire effectuées en milieu hospitalier par des praticiens et des dentistes.

Soins ophtalmologiques

Les régimes d'assurance-maladie mis sur pied pour les assistés sociaux des quatre provinces de l'Ouest assurent le paiement de certains soins ophtalmologiques et l'achat de verres.

Avec la mise en œuvre à l'échelle nationale de régimes d'assurance-maladie, la correction des troubles de réfraction, généralement, donne

lieu au versement de prestations dans le cas où elle est pratiquée par un médecin et, en vertu de certains régimes, également dans le cas où elle est pratiquée par un optométriste.

L'achat de montures, de lentilles et les frais d'ajustement figurent toujours sur la liste des services assurés dans les provinces de l'Ouest. Certaines restrictions générales s'appliquent toutefois aux remboursements accordés pour l'achat de montures afin d'éviter les abus (montures luxueuses).

Autres avantages

Certaines provinces prévoient d'autres prestations relatives aux soins infirmiers à domicile, aux appareils, à la physiothérapie, la podiatrie, la chiropraxie et au transport en cas d'urgence, au cas où ces services ne sont pas assurés à tous les résidents en vertu de programmes spéciaux. A noter que le versement de ces prestations est habituellement laissé à la discrétion des autorités provinciales. En vertu du Régime d'assistance publique du Canada, le coût de certains de ces services peut être partagé.

Comme on l'a déjà mentionné, toutes les provinces ont mis sur pied des régimes d'assurance qui, dans l'ensemble, garantissent le paiement de presque tous les soins médicalement nécessaires dispensés, soit à l'hôpital, soit dans le cabinet d'un praticien, ou à la maison. Les services assurés englobent la chirurgie et les tests diagnostiques. Normalement, tout résident canadien s'établissant dans une nouvelle province ne peut bénéficier du régime d'assurance de cette province qu'après y avoir résidé pendant trois mois.

Toutes les provinces prévoient la protection, dès leur arrivée, leur libération ou leur élargissement, selon le cas, de tous les résidents qui n'ont pas eu la possibilité d'adhérer à un régime d'assurance auparavant. Cette disposition s'applique, dans toutes les provinces,

- a) aux nouveau-nés, aux étrangers qui, étant les conjoints de résidents canadiens, élisent domicile au Canada pour la première fois, aux membres des Forces armées et de la Gendarmerie royale du Canada, et aux détenus des pénitenciers fédéraux (dès leur libération ou leur élargissement);
- b) aux immigrants reçus, aux Canadiens rapatriés, aux Canadiens et aux immigrants reçus qui reviennent au Canada, et aux citoyens canadiens qui établissent leur résidence au Canada pour la

première fois, à l'exception de la Colombie-Britannique où elle ne s'applique qu'aux nouveaux résidents du premier goupe.

Dans la plupart des régimes, l'admissibilité à la protection tient à des conditions d'inscription ou de paiement de cotisations; quelquefois il faut satisfaire à ces deux exigences. Il est important, lorsque l'on change de résidence, de conserver toute assurance jusqu'à ce que prenne fin la période d'attente dans la nouvelle province de résidence.

Aucun régime provincial ou territorial ne peut interdire ou limiter l'adhésion ou les prestations pour des raisons d'âge, de situation pécuniaire ou d'état de santé physique antérieur. Les services de base assurés sont les soins hospitaliers et les soins médicaux mais quelques régimes prévoient également ou offrent parfois en option des prestations touchant les médicaments vendus sur ordonnance, les services d'optométristes, de physiothérapeutes, de podiatres (podologues), de chiropracteurs, d'ostéopratciens, et de médecins naturistes.

Grâce au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social les immigrants bénéficient non seulement d'un examen médical à leur arrivée au Canada mais des soins dont ils ont besoin par la suite. Le Ministère prend en charge les frais médicaux et dentaires des immigrants non parrainés et des immigrants indigents qui tombent malades en route ou avant de trouver un emploi s'ils ne sont pas admissibles aux régimes provinciaux.

Assurance-maladie pour les Canadiens qui voyagent à l'étranger

Points d'attente

En vertu de certaines mesures législatives fédérales visant à répondre aux besoins des Canadiens, les prestations des régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation et d'assurance maladie doivent être transférables lorsque l'assuré s'absente temporairement de sa province de résidence pour voyager dans un autre pays, quel qu'il soit, et ce, pendant des périodes relativement prolongées. En outre, l'assuré doit continuer à bénéficier de son régime après avoir élu domicile dans une autre province, et ce, au moins pendant trois mois, période d'attente qu'impose normalement une province à ses nouveaux résidents.

Alors que l'on constate une grande uniformité dans les indemnités accordées pour les soins reçus au Canada à l'extérieur de la province, les paiements pour les services obtenus à l'extérieur du pays et donnant lieu à un remboursement (notamment les soins hospitaliers) ne sont pas normalisés. Dans l'ensemble, les montants des prestations accordées pour le remboursement du coût des services d'urgence et des services hospitaliers assurés aux malades externes correspondent assez bien aux frais occasionnés. Pour ce qui est des services assurés aux malades hospitalisés (c'est-à-dire qui occupent un lit d'hôpital), ils sont généralement payés selon les taux quotidiens en vigueur dans la province où la personne réside et est

assurée. Des taux supérieurs peuvent être autorisés dans des circonstances exceptionnelles, par exemple, lorsque le service requis n'est pas offert dans la province de résidence et lorsque l'on a obtenu la permission préalable de l'autorité provinciale en matière d'assurance.

Pour ce qui est des soins médicaux, les provinces limitent généralement la somme payable pour le service assuré reçu à l'extérieur du Canada au remboursement accordé pour des services semblables dispensés dans la province de résidence. Nous précisons, encore une fois, qu'il y a des exceptions et que le taux auquel on rembourse le malade peut, dans certains cas, se rapprocher du montant demandé par le médecin étranger ou être le même. La portée de la garantie touchant les soins hospitaliers et médicaux dispensés à l'extérieur de la province de résidence peut être limitée s'il s'agit d'une affection ne nécessitant pas de soins d'urgence ou si l'autorisation préalable n'a pas été demandée et accordée par l'autorité provinciale chargée de l'administration du régime.

Dans certaines provinces, les résidents qui s'absentent pour plus d'un an gardent leur statut d'assuré

si l'autorité du régime est convaincue de la valeur des raisons invoquées par l'assuré et de son intention de revenir dans sa province de résidence.

Plusieurs provinces assurent également leurs résidents pour une gamme de services beaucoup plus étendue que ceux qui ont été prévus dans les régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie de base mentionnés ci-dessus. Toutefois, la garantie de ces prestations ne s'applique que rarement lorsque le résident est à l'extérieur de la province ou du pays.

Étant donné que le coût des services sanitaires de certains pays est de beaucoup supérieur aux prestations prévues par les régimes provinciaux, on conseille généralement aux Canadiens qui voyagent à l'étranger de souscrire à une police d'assurance-maladie supplémentaire que les sociétés d'assurance privées offrent aux voyageurs.

Des organismes publics et bénévoles offrent des services de réadaptation aux invalides et aux handicapés, traitements thérapeutiques, enseignement spécialisé et réadaptation professionnelle en particulier. Le gouvernement fédéral est chargé de la réadaptation des anciens combattants invalides et, en collaboration avec les provinces, de l'aide aux autochtones handicapés (Indiens et Inuit). On a mis sur pied des services spéciaux pour les enfants handicapés, les aveugles, les arriérés mentaux et les personnes atteintes de tuberculose, de troubles psychiatriques, d'arthrite, de paraplogie, de fibrose kystique et d'autres affections.

La réadaptation médicale, financée par les régimes provinciaux d'assurance maladie et d'assurance-hospitalisation, est offerte dans un grand nombre d'unités hospitalières de réadaptation et dans des centres distincts de réadaptation pour hospitalisés. On compte, en outre, des centres externes de réadaptation pour les enfants, subventionnés par des organismes de bienfaisance et les ministères provinciaux de la Santé. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a ouvert 12 centres de prothèses dans les grandes villes du pays. Enfin, les universités offrent des cours

de physiothérapie, d'ergothérapie, d'audiologie et d'orthophonie, ainsi que de prothèse ou d'orthèse.

Aux termes d'un programme fédéral de réadaptation professionnelle, les ministères provinciaux de Bien-être social ou des Affaires sociales prennent des dispositions pour que les handicapés soient traités; on évalue l'infirmité, on assure les services d'orientation et la formation professionnelle nécessaires aux handicapés et on leur trouve un emploi. Dans certaines régions, des comités locaux et des organismes de bienfaisance aident les Centres de main-d'œuvre (bureaux de placement nationaux) à trouver des emplois aux handicapés.

Au Canada, les lois sur l'indemnisation des accidents du travail et maladies professionnelles relèvent des corps législatifs provinciaux et s'appliquent à la majorité des employeurs de chaque province. L'indemnisation est prévue pour les travailleurs de la plupart des genres d'industries lorsqu'il s'agit d'accidents survenus au travail, à moins que l'invalidité ne dure moins longtemps qu'un nombre déterminé de jours ou que l'accident ne tienne qu'à une maladie de la part de l'employé et n'entraîne pas la mort ou une invalidité grave. L'employé peut également être indemnisé pour certaines maladies professionnelles. Un travailleur qui a droit à une

indemnité en vertu d'une loi sur l'indemnisation des accidents de travail et maladies professionnelles n'a généralement pas le droit de poursuivre son employeur en justice pour une blessure survenue au travail ou pour une maladie professionnelle contractée au travail. L'un des objectifs premiers du processus d'indemnisation au Canada est la réadaptation du blessé. Les commissions peuvent, à cet effet, adopter toute mesure qu'elles considèrent comme expéditive pour aider les travailleurs à retourner au travail et pour atténuer la gravité de tout handicap.

Il importe de noter que ce sont les commissions d'indemnisation des accidentés du travail, et non les régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance maladie, qui assument le coût des services hospitaliers et médicaux et d'autres services de santé lorsque ceux-ci ont pour but de traiter des maladies, des blessures ou des affections liées au travail et donnant lieu à des indemnisations.

Organismes sanitaires de bienfaisance

Les organismes sanitaires de bienfaisance nationaux, provinciaux et municipaux jouent un rôle important dans la distribution de services sanitaires publics, notamment dans les domaines de l'éducation sanitaire

II PARTIE

Sécurité du revenu et services sociaux

et de l'aide à la formation et à la recherche. Bon nombre de services sont organisés en vue d'aider les personnes souffrant d'une incapacité bien précise, par exemple, de cécité, de paralysie cérébrale, de surdité, d'épilepsie, de diabète, d'une maladie mentale, d'hémophilie ou de paraplégie. Deux des plus importants organismes de bienfaisance provinciaux qui s'occupent des enfants infirmes et des adultes invalides, sont affiliés au Conseil canadien de réadaptation des invalides.

Les infirmières de l'Ordre de Victoria prodiguent des soins à domicile; la Croix-Rouge canadienne assure un service d'auxiliaires familiales, prête des fournitures médicales, organise des collectes de sang destiné aux hôpitaux, et l'Ordre de Saint-Jean prodigue des soins et assure le fonctionnement de postes de secours à l'occasion de rassemblements. Dans la plupart des villes, des organismes de bienfaisance mettent sur pied des ateliers pour les handicapés, assurant à ceux-ci la sécurité d'un emploi après les avoir évalués et formés.

Plusieurs organismes de bienfaisance nationaux s'occupent de recherche médicale, de formation professionnelle et d'éducation sanitaire ou apportent leur soutien à ces activités. Parmi ces organismes, on compte l'Institut national du cancer,

la Fondation canadienne du cœur, la Société canadienne contre l'arthrite et le rhumatisme et l'Association canadienne de la dystrophie musculaire.

Compagnies d'assurance canadiennes offrant une assurance-maladie aux voyageurs

Les touristes venant au Canada peuvent contracter une assurance maladie auprès de la compagnie d'assurance de la Croix-Bleue de l'Ontario et de la Croix-Bleue de la région atlantique du Canada. Il s'agit de compagnies à but non lucratif. Il est possible d'obtenir des précisions sur les régimes offerts et des formulaires en écrivant à ces compagnies, aux adresses suivantes:

Croix-Bleue de l'Ontario
150, promenade Ferrand
DON MILLS (Ontario)
M3C 1H6

Croix-Bleue de la région
atlantique du Canada
C.P. 220
MONCTON (Nouveau-Brunswick)
E1C 8L3

(Prime d'assurance et formulaire de demande doivent être remis à la compagnie avant l'arrivée au Canada ou dans les 21 jours qui suivent.)

Une personne qui visite le Manitoba peut obtenir une assurance-maladie de la *United Health Services Corporation* (Croix-Bleue du Manitoba), située au 100 A Parc Polo, C.P. 1046 WINNIPEG (Manitoba) R3C 2X7, également société à but non lucratif. On peut obtenir de plus amples renseignements et un formulaire de demande en écrivant à la compagnie. (Formulaire de demande et prime doivent être remis à celle-ci avant l'arrivée au Canada ou dans les 21 jours qui suivent.)

Les visiteurs de la région atlantique du Canada (Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve, Nouveau-Brunswick et Île-du-Prince-Édouard) peuvent contracter, s'ils le désirent, une assurance-maladie de la *Maritime Medical Care Incorporated*, association sanitaire à but non lucratif. Ils peuvent obtenir de plus amples renseignements et un formulaire de demande en écrivant à l'adresse suivante: 5675 chemin Spring Garden, HALIFAX (Nouvelle-Écosse) B3J 1H2. (Précisons encore une fois, qu'il faut remettre le formulaire de demande et la prime avant l'arrivée au Canada ou dans les 21 jours qui suivent.)

Toute personne qui séjourne en Ontario peut obtenir une assurance maladie de la *CUMBA Co-operative Health Services* au 562 est, avenue Eglinton TORONTO (Ontario) M4P 1B9. (On peut obtenir de plus amples renseignements et un formulaire de demande en écrivant audit régime.) L'assurance entre en vigueur le jour même où la compagnie reçoit la demande et la prime si le visiteur est déjà au Canada, ou, dans le cas contraire, dès son arrivée.

Il existe également un assureur commercial, à savoir l'*Hospital Medical Care Plan*, 710, rue Bay, Toronto (Ontario), qui offre une protection aux touristes visitant le Canada.

Sécurité du revenu et services sociaux

Le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et municipaux offrent un vaste éventail de programmes destinés à assurer des services sociaux et la sécurité du revenu, la responsabilité de ces questions incombant, avant tout, sur le plan fédéral, au ministère de la Santé et du Bien-être social. La Commission de l'assurance-chômage, le ministère des Anciens combattants et le ministère des Affaires indiennes et du Nord jouent également un rôle important, de même qu'un certain nombre d'organismes bénévoles dont les services variés complètent ceux qu'offrent les pouvoirs publics.

Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social administre le Régime de pensions du Canada, le Régime d'assistance publique du Canada, les programmes de la Pension de la sécurité de la vieillesse, du Supplément de revenu garanti et de l'Allocation au conjoint ainsi que les Allocations familiales. Dans le cadre du Régime d'assistance publique du Canada, le gouvernement fédéral participe, en outre, au financement des programmes provinciaux d'assistance sociale et des programmes de services sociaux.

Au cours de la révision de la sécurité sociale qu'ils ont effectuée de 1973 à 1976, le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux ont apporté des modifications importantes relativement aux alloca-

tions familiales, à la Pension de la sécurité de la vieillesse, au supplément de revenu garanti, et à l'allocation au conjoint, ainsi qu'aux Régimes de pensions du Canada et de rentes du Québec.

Cette révision de la sécurité sociale a comporté un examen de l'ensemble des programmes d'assistance sociale et de services sociaux en vigueur. Ceux-ci, en vertu du Régime d'assistance publique du Canada, sont subventionnés en partie par le gouvernement fédéral qui, à la suite de l'examen effectué, se propose de présenter cette année une nouvelle loi visant le partage des coûts des programmes provinciaux de services sociaux. Cette loi offrira une plus grande variété de services que ceux prévus actuellement par le Régime d'assistance publique du Canada et la Loi sur la réadaptation professionnelle des invalides. Elle mettra l'accent sur les services de réadaptation et d'appui aux personnes âgées et aux invalides.

Le gouvernement fédéral s'est entendu avec les provinces sur le principe de l'établissement d'un complément et d'un supplément de revenu. On étudie présentement les modalités d'application possible de cette mesure.

La Loi de 1973 sur les allocations familiales (sanctionnée par le Parlement en décembre 1973) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1974, annulant les anciens programmes d'allocations familiales, d'allocations aux jeunes et d'assistance familiale.

Les allocations familiales sont versées au profit des enfants de moins de 18 ans résidant au Canada et élevés par leurs propres parents ou par des tuteurs. Parmi ces personnes, une au moins doit avoir qualité, soit de citoyen canadien, soit d'immigrant reçu ou de non-immigrant admis au Canada pour une période d'un an au minimum, période où l'allocation reçue doit être assujettie à la loi canadienne de l'impôt sur le revenu. Le montant des allocations familiales est augmenté au mois de janvier chaque fois que l'on a enregistré une hausse du coût de la vie par rapport à l'année précédente.

Un gouvernement provincial peut demander au gouvernement fédéral de modifier le taux des allocations versées à ses habitants en fonction de l'âge des enfants ou du nombre d'enfants par famille, ou selon ces

deux critères à la fois. (Toutefois, le versement mensuel accordé par enfant ne doit pas être inférieur à 60 p. cent du taux fédéral mensuel, et la moyenne des paiements effectués pour tous les enfants d'une province doit être équivalente au taux fédéral de l'allocation mensuelle accordée pour chaque enfant.) C'est pour ce mode de versement que les provinces de l'Alberta et de Québec ont opté.

Pension de la sécurité de la vieillesse, supplément de revenu garanti et allocation au conjoint

La pension de la sécurité de la vieillesse est une prestation mensuelle versée à toutes les personnes remplissant les conditions voulues: tout prestataire doit avoir soixante-cinq ans révolus et doit avoir résidé au Canada pendant une période minimale de dix ans après avoir atteint l'âge de dix-huit ans. Chaque année de résidence lui donne droit à recevoir un quarantième de la pleine pension, la fraction minimale – correspondant à dix ans de résidence – ayant été fixée à dix quarantièmes. Une personne de soixante-cinq ans ayant résidé au Canada pendant quarante ans après avoir atteint l'âge de dix-huit ans est donc habilitée à recevoir la pleine pension de la sécurité de la vieillesse. Si, par contre, elle a résidé au Canada pendant moins de quarante années (mais pendant dix ans au moins) après avoir atteint l'âge de dix-huit ans, elle ne peut toucher qu'une fraction de cette pension.

Les modalités précédentes valent pour toutes les personnes ayant acquis la qualité de résidents canadiens depuis le 1^{er} juillet 1977 et n'ayant jamais eu cette qualité auparavant, après avoir atteint leurs dix-huit ans. Elles valent également pour les résidents âgés de moins de vingt-cinq ans. Dans tout autre cas,

sont habilitées à percevoir la pleine pension de la sécurité de la vieillesse:

1. les personnes qui ont résidé au Canada, après avoir atteint l'âge de dix-huit ans, pendant des périodes représentant, en tout, un minimum de quarante années; ou
2. les personnes qui ont résidé au Canada pendant les dix années précédant immédiatement l'approbation de leur demande de prestations; ou encore
3. les personnes dont la présence au Canada – entre le moment où elles ont atteint l'âge de dix-huit ans et le début de la période de dix ans susmentionnée – représente, au moins, trois fois la durée de leurs séjours à l'étranger pendant cette période de dix ans, à la condition, toutefois, qu'elles aient résidé au Canada pendant l'année précédant immédiatement l'acceptation de leur demande de prestations.

Notons, toutefois, qu'un candidat ne répondant à aucun de ces critères et n'étant pas, ainsi, admissible à une pleine pension, pourrait, en vertu du nouveau règlement, être admissible à une pension partielle et que l'on peut recevoir les prestations de la pension de la sécurité de la vieillesse à l'étranger, pendant une période illimitée, à la condition d'avoir résidé

vingt ans au Canada après avoir atteint l'âge de dix-huit ans.

Le montant du supplément de revenu garanti qui vient s'ajouter à la pension de base, est fixé en fonction du revenu. Il fut créé en 1967 pour aider les pensionnés se trouvant, sur le plan financier, dans une situation précaire, et dans l'impossibilité de bénéficier – ne serait-ce qu'en partie – du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, qui, tous deux, donnent droit à des prestations dépendant directement des cotisations prélevées sur les gains pendant une période donnée. (A l'origine, il s'agissait d'une mesure transitoire devant permettre d'attendre l'application générale des programmes de pension de retraite de ces deux régimes.) Le supplément de revenu garanti ne peut être versé à l'étranger que pendant les six mois succédant au mois du départ.

Le gouvernement est conscient de la situation difficile où se trouvent un grand nombre de couples n'ayant pour tout revenu qu'une seule pension. Cette situation se présente lorsqu'un des conjoints, âgé de plus de 65 ans, est admissible à la pension de la sécurité de la vieillesse alors que l'autre ne l'est pas encore.

En vertu du Programme d'allocation au conjoint, en vigueur depuis octobre 1975, le conjoint d'un prestataire de la pension de la sécurité de la vieillesse peut bénéficier d'une allocation au conjoint, s'il est âgé de

soixante à soixante-cinq ans et remplit les conditions relatives à la résidence pour obtenir la pension de la sécurité de la vieillesse. Il en va de l'allocation au conjoint comme du supplément de revenu garanti: le revenu constitue le critère d'admissibilité, les revenus considérés étant, cette fois, les revenus annuels totalisés par le couple.

On procède, chaque trimestre, à un rajustement des prestations de la pension de la sécurité de la vieillesse, du supplément de revenu garanti et de l'allocation au conjoint.

Ce rajustement se fait en fonction de la hausse du coût de la vie déterminée par l'indice des prix à la consommation. Notons que si le coût de la vie n'accuse aucune hausse ou s'il décroît, le montant du versement n'est pas modifié.

Régime de pensions du Canada - Régime de rentes du Québec

Le Régime de pensions du Canada (RPC) est un régime de pension obligatoire, basé sur le versement de cotisations dont le montant est calculé en fonction des gains; ce régime et le Régime de rentes du Québec s'appliquent à la plus grande partie de la population active âgée de 18 à 70 ans. Les deux régimes prévoient: une pension de retraite; des prestations aux survivants, soit une pension dont bénéficie le conjoint survivant), des prestations aux orphelins et une somme forfaitaire versée lors du décès du bénéficiaire; des prestations d'invalidité, versées sous forme de pensions aux cotisants invalides, et de prestations aux enfants qui sont à leur charge.

La cotisation des salariés représente 1,8 p. cent de la portion des gains entrant en ligne de compte dans le calcul des cotisations, un montant égal étant versé par l'employeur - tandis que celle des travailleurs autonomes est de 3,6 p. cent. En 1977, le calcul des cotisations se faisait à partir des gains dont le montant se situait entre 900 et \$9 300 inclus.

Le Régime de pensions du Canada est en vigueur dans toutes les provinces, exception faite du Québec qui est doté de son propre Régime de rentes. Ces deux régimes, dont chacun a été institué par une loi, n'en forment, en somme, qu'un seul et unique. Ils ont été mis en oeuvre le 1^{er} janvier 1966. Chaque régime tient

compte des cotisations versées au titre de l'autre.

En règle générale, les personnes non tenues de cotiser à ces régimes sont celles qui, en 1977, ont un revenu égal ou inférieur à \$900. Cependant, certaines catégories de travailleurs sont, eux aussi, dispensés de contribuer au régime. Il s'agit, notamment:

1. des salariés travaillant à l'étranger pour le compte d'un employeur canadien (y compris le gouvernement fédéral) qui ne consent pas à participer au régime;
2. des salariés travaillant au Canada pour le compte d'un gouvernement étranger ou d'un organisme international ne consentant pas à participer au régime;
3. des salariés travaillant au Canada pour le compte d'un employeur qui n'y réside pas et ne s'est pas engagé à participer au régime canadien;
4. des salariés du secteur des transports internationaux dont l'activité s'exerce, à la fois, au Canada et à l'étranger et dont l'emploi ne fait l'objet d'aucune disposition du Règlement.

Ces personnes peuvent choisir de contribuer au Régime de pensions du Canada au taux des travailleurs autonomes fixé à 3,6 p. cent. (Ils doivent alors remplir un formulaire particulier et joindre celui-ci à leur déclaration d'impôt.)

Pension de retraite

1. La *pension de retraite* est payable sur demande, à l'âge de 65 ans, que le bénéficiaire occupe un emploi rémunéré ou non à ce moment. La pension équivaut à 25 p. cent des gains ouvrant droit à pension du cotisant, ces gains étant réajustés et leur moyenne étant établie en fonction du nombre requis d'années de cotisations. Les gains ouvrant droit à pension représentent la valeur totale des gains inférieurs au plafond fixé pour le calcul des cotisations. En 1977, le maximum des gains annuels ouvrant droit à pension a été fixé à \$9 300.

Bien qu'une pension de retraite soit payable sur demande dès l'âge de 65 ans, les personnes âgées de 65 à 69 ans et occupant un emploi peuvent retarder le moment de leur demande et continuer de contribuer au régime si elles le jugent à leur avantage. Cependant, toute personne ayant atteint l'âge de 70 ans devrait présenter une demande puisqu'après cet âge, elle ne peut plus être cotisante.

2. Sont habilitées à recevoir des *prestations d'invalidité* les personnes ayant contribué au Régime pendant au moins cinq années civiles (entières ou non) au cours des dix années précédant le début de l'invalidité; il doit s'agir d'une invalidité mentale ou physique grave et prolongée. Ces prestations, versées sous forme de paiements mensuels à

compter du troisième mois suivant celui où la personne fut jugée invalide, représentent 75 p. cent de la pension de retraite imputée au cotisant,⁶ augmentés d'un montant mensuel fixe (\$44,84 en 1977).

3. Les *prestations au conjoint survivant* sont payables au veuf ou à la veuve d'une personne qui, en 1977, adhérait au Régime de pensions du Canada depuis quatre ans. Les prestations au conjoint survivant sont payables, soit à un conjoint invalide, soit à un conjoint ayant des enfants à sa charge ou un conjoint âgé de 45 ans ou plus. Une pension de conjoint survivant réduite est payable au conjoint âgé de 35 à 45 ans qui est invalide ou a des enfants à sa charge. Cette pension, pour un conjoint âgé de moins de 65 ans, se compose d'un montant fixe (\$44,84 en 1977) et de 37,5 p. cent de la pension de retraite réelle du cotisant ou de celle qui lui est imputée. Lorsque ce conjoint atteint l'âge de 65 ans, la pension augmente pour représenter 60% de la pension de retraite du cotisant décédé.

4. Les *prestations aux orphelins* sont payables au nom des enfants à charge non mariés jusqu'à ce qu'ils aient atteint l'âge de 18 ans ou, s'ils poursuivent des études secondaires

⁶ Pension dont il aurait bénéficié s'il avait eu 65 ans au moment où il a commencé à recevoir sa pension d'invalidité

ou universitaires à plein temps, jusqu'à ce qu'ils aient 25 ans révolus. Des prestations mensuelles équivalentes sont versées au nom des enfants de cette catégorie dont les parents sont bénéficiaires d'une pension d'invalidité. Le taux pour chacun des quatre premiers enfants équivaut au taux fixe de la pension de survivant, soit \$44,84 en 1977. Pour les autres enfants, il est de la moitié de ce montant, le montant alloué pour chaque enfant étant le même puisque le total des prestations aux orphelins d'une même famille est réparti également entre tous les enfants. Ce total ne peut être calculé qu'en fonction des cotisations d'un seul adhérent décédé.

5. Une *prestation de décès* égale à six fois la pension mensuelle de retraite du cotisant, jusqu'à concurrence de 10 p. cent du maximum des gains annuels ouvrant droit à pension (\$930 en 1977) est versée sous forme d'une somme forfaitaire à la succession d'un cotisant décédé qui a versé les cotisations requises pendant au moins quatre ans. Les prestations en argent sont ajustées chaque année en fonction de la hausse intégrale du coût de la vie.

Les prestations sont payables au bénéficiaire qu'il réside au Canada ou à l'étranger.

But

Le programme d'Assurance-chômage a été établi au Canada en 1940. Il vise essentiellement à faciliter les contacts entre les travailleurs en chômage et les employeurs. Il prévoit un revenu temporaire de remplacement pour les chômeurs à la recherche d'un emploi approprié. Du même coup, il permet à ceux qui en font la demande de bénéficier immédiatement de services de formation et de placement, et de se déplacer afin de trouver un emploi permanent qui leur convienne.

Protection

La participation au programme est obligatoire pour la quasi totalité des salariés: environ 98 p. cent de ceux-ci jouissent de la garantie du programme. De plus, bien que sa protection soit généralement limitée aux salariés, les pêcheurs autonomes bénéficient de l'Assurance-chômage en vertu de dispositions spéciales de la loi.

Genres de prestations

Des prestations régulières sont versées aux assurés victimes d'une mise à pied temporaire ou permanente qui sont aptes au travail, disponibles et désireux de trouver un emploi.

Des prestations spéciales sont versées aux assurés qu'une maladie,

des blessures ou une grossesse rendent inaptes au travail; en outre, une prestation spéciale de retraite est payable aux cotisants ayant atteint l'âge de 65 ans.

Conditions d'admissibilité aux prestations

L'admissibilité aux prestations régulières est limitée aux assurés ayant occupé un emploi soumis aux dispositions de la Loi sur l'assurance-chômage pendant au moins huit semaines au cours de l'année écoulée. On trouvera dans les registres d'emploi fournis par les employeurs toute l'information nécessaire concernant le nombre de semaines de prestations auxquelles le régime donne droit, le montant des gains en fonction desquels ces prestations sont calculées, et la preuve que la personne est en chômage.

Les conditions de l'admissibilité continue aux prestations régulières veulent que le requérant soit capable de travailler et disponible. En règle générale, on exige des personnes touchant des prestations régulières qu'elles fassent la preuve de leur disponibilité en recherchant activement un emploi approprié.

On offre des prestations spéciales (notamment en cas de maternité et de maladie) aux salariés ayant accumulé au cours de l'année écoulée, au moins vingt semaines de travail

dans un emploi où ils ont été soumis à l'obligation de verser des cotisations d'assurance-chômage. A cet effet, ils doivent remplir les conditions particulières relatives à la justification d'une demande de prestations spéciales.

Administration du Programme

Grâce aux bureaux d'Assurance-chômage institués dans toutes les villes du Canada, les requérants reçoivent rapidement leurs prestations et sont mis en contact avec les spécialistes du centre de Main-d'œuvre du Canada le plus proche dont la mission est de les aider à trouver un emploi. Le personnel de l'Assurance-chômage est également chargé de procéder à des vérifications régulières en vue de détecter et prévenir la fraude (telle-ci pouvant consister, par exemple, à toucher des prestations tout en occupant un emploi à temps plein) en s'assurant que ceux qui demandent la prolongation des versements de prestations remplissent bien les conditions imposées.

Durée des prestations

a) Prestations régulières

La période maximale pendant laquelle une personne peut toucher des prestations régulières varie entre dix-huit et cinquante-et-une semaines. Le nombre de semaines pendant lesquelles le

requérant a droit à des prestations régulières est déterminé par le nombre de semaines de travail qu'il a à son actif pour l'année écoulée, le taux national de chômage, et le taux de chômage enregistré dans la partie du pays où il réside.

b) *Prestations spéciales*

Une personne qui se trouve sans travail pour cause de maladie peut toucher un maximum de quinze semaines de prestations.

Les femmes enceintes en congé de maternité sont admissibles à un maximum de quinze semaines de prestations pendant la période précédant et suivant la date de l'accouchement.

Une somme globale équivalant à trois semaines de prestations est offerte aux salariés assurés lorsqu'ils atteignent l'âge de soixante-cinq ans.

Taux des prestations

Le taux de la prestation hebdomadaire (régulière ou spéciale) est égal aux deux tiers des gains moyens assurables pour les vingt dernières semaines d'emploi cotisable, ou – dans le cas où l'assuré a travaillé moins de vingt semaines en recevant un salaire soumis à l'obligation de cotiser au cours de l'année écoulée – aux deux tiers des gains moyens assurables perçus pendant toute cette période. En 1977, la prestation hebdomadaire maximale

s'éleva à \$147 et la prestation minimale à \$29. Les prestations sont considérées comme revenu imposable tandis que les cotisations d'assurance-chômage peuvent être déduites du salaire dans le calcul de l'impôt sur le revenu.

Financement du Programme

Le Programme est financé par les salariés, les employeurs (secteur privé) et le gouvernement fédéral (secteur public). Le secteur privé supporte le coût total des prestations spéciales. En outre, les cotisations du secteur privé couvrent le coût de l'administration du Programme, de même que la partie des prestations régulières versées au cours de la période initiale de prestations prévue par le régime dans le cas où le taux national de chômage ne dépasse pas un certain plafond déterminé d'avance. Actuellement*, le taux de cotisation par salarié est de \$1,50 par \$100 de revenu jusqu'à concurrence de \$3,30 par semaine; quant au taux de l'employeur, il est fixé à \$2,10 par \$100 de salaire payé aux salariés, jusqu'à concurrence de \$4,62 par semaine par employé. Le secteur public absorbe les autres coûts des prestations régulières pour la période initiale de prestations, ainsi que le coût total des prestations versées pendant la période de prolongation des prestations prévue par le régime.

*1977

Nouvelle loi

Au moment de la rédaction du présent texte, le projet de loi C-27 qui propose l'établissement d'une Commission canadienne de l'emploi et de l'immigration est entre les mains d'un comité permanent de la Chambre des communes. La Commission sera chargée d'administrer le Programme d'Assurance-chômage ainsi que les divers programmes du ministère de la Main-d'œuvre et de l'Immigration. Elle est comptable envers le Parlement par l'entremise du ministre du nouveau ministère de l'Emploi et de l'Immigration.

En outre, le projet de loi C-27 comporte des propositions visant à modifier la loi touchant le Programme d'Assurance-chômage qui, si elles sont adoptées, amèneront des changements en ce qui concerne les conditions d'admissibilité aux prestations et la durée de ces dernières.

La nouvelle Commission canadienne de l'emploi et de l'immigration sera responsable de la fusion des divers services des Centres de Main-d'œuvre du Canada et des bureaux d'assurance-chômage. Ces services seront offerts dans un

même bureau local, et permettront ainsi aux prestataires de bénéficier de services de counselling et de toute autre assistance facilitant l'obtention d'un nouvel emploi. De plus, un rapport plus étroit pourra être établi entre leurs aptitudes et les emplois disponibles. Cette méthode réunissant tous les services sous un même toit sera d'une plus grande utilité pour les chômeurs et devrait donc permettre au marché du travail de mieux fonctionner.

Indemnisation des accidentés du travail

Dans chaque province et dans les deux territoires, la loi prévoit une indemnisation pour les blessures subies au travail. Sont habilités à toucher une indemnité certains salariés ayant été blessés du fait de leur travail et au cours de celui-ci. L'indemnité est également versée en cas d'invalidité ou de décès causés par une maladie industrielle découlant de l'emploi. Lorsque la blessure entraîne la mort du travailleur, les personnes à sa charge bénéficient de l'indemnisation.

Un grand nombre de travailleurs sont protégés par l'Indemnisation des accidentés du travail et le nombre des secteurs professionnels qu'elle touche s'accroît sans cesse. Les principaux groupes de salariés non assurés sont les employés de maison (domestiques), les travailleurs agricoles (sauf en Ontario et à Terre-Neuve), les employés des entreprises financières, des sociétés d'assurance, des entreprises appartenant au domaine des professions libérales ainsi que ceux des organismes à but non lucratif, et les travailleurs de certaines industries de services. Par ailleurs, les employeurs qui le désirent peuvent obtenir une protection pour ceux de leurs salariés qui sont exclus de la protection obligatoire, exception faite des employés de maison.

Par prestations d'indemnisation, on entend les versements en espèces et le paiement de tous les soins

médicaux, hospitaliers, physiothérapeutiques, et des services de réadaptation professionnelle s'avérant nécessaires dans un cas particulier. Les prestations d'invalidité correspondent aux 75 p. cent des gains hebdomadaires moyens jusqu'à concurrence d'une somme égale au plafond fixé pour l'année. Les paiements se poursuivent pendant toute la durée de l'invalidité, et si celle-ci est permanente, l'intéressé reçoit une pension à vie, quels que soient ses gains à l'avenir.

Les coûts sont couverts par les cotisations versées par les employeurs aux fonds des accidents, cotisations dont le taux est établi par les Commissions de l'indemnisation des accidentés du travail conformément aux risques que comporte chaque industrie en particulier.

Les employés du gouvernement fédéral jouissent de la protection que leur assure la Loi sur l'indemnisation des employés de l'État, administrée par Travail Canada. En vertu de cette loi, un employé blessé a droit aux prestations prévues par la Loi sur l'indemnisation de la province où il est habituellement employé. Le paiement de ces indemnités provient des fonds fédéraux assurés par Travail Canada.

Assistance sociale et Régime d'assistance publique du Canada

Les personnes nécessiteuses bénéficient de l'aide accordée par leur province et, parfois, par leur municipalité. Celle-ci est prodiguée par l'entremise des services de bien-être social.

En vertu du Régime d'assistance publique du Canada (R.A.P.C.), le gouvernement fédéral rembourse les provinces à raison de 50 p. cent du coût de l'assistance fournie aux personnes nécessiteuses et dans certains cas, à raison de 50 p. cent des dépenses occasionnées par l'amélioration ou la prolongation de services de bien-être social axés sur la prévention ou l'élimination des causes de dépendance sociale ou encore visant à aider les prestataires à atteindre une certaine autonomie.

Par «assistance», on entend toute forme d'aide accordée à des personnes nécessiteuses – ou en leur nom – et visant à leur assurer le minimum vital, c'est-à-dire la nourriture, le logement et les vêtements. Sont compris dans ce minimum l'entretien des enfants confiés aux organismes d'assistance à l'enfance reconnus par la province; les articles nécessaires à la sécurité, au bien-être ou à la réadaptation des personnes nécessiteuses ou handicapées (allocations spéciales pour les aliments ou les vêtements, le téléphone, la réadaptation); le séjour dans un établissement de soins spéciaux (établissement pour personnes

âgées, maison de repos ou établissements d'assistance à l'enfance); les voyages et les transports; les enterrements et les sépultures; les services de soins de santé; les services de bien-être social acquis ou demandés par des organismes approuvés par les provinces; ainsi que des allocations destinées à couvrir les menues dépenses de ceux qui sont admis dans un établissement.

Peuvent entrer dans la catégorie «services de soins de santé», non seulement les dépenses correspondant aux services médicaux, chirurgicaux, obstétricaux, optiques, dentaires et infirmiers mais les frais encourus pour l'achat de médicaments, de pansements, d'appareils de prothèse, et d'autres articles associés à ces services. On peut compter parmi les services de bien-être social: les services de réadaptation; le traitement des cas, les services de counselling et d'évaluation; les services d'adoption, de même que les services d'aides familiales, de garderie et autres services du même genre offerts aux personnes nécessiteuses ou aux personnes qui ne peuvent subvenir à leurs besoins qu'à la condition de bénéficier de tels services.

En vertu du Régime d'assistance publique du Canada, toute personne étant dans le besoin est autorisée à bénéficier de ce régime, sa situation de personne nécessiteuse devant être établie à la suite d'une évaluation de ses besoins financiers, de ses revenus et de ses ressources. Les provinces ne sont pas en droit de subordonner le droit à l'assistance (ou à sa prolongation) à des conditions de résidence préalable mais ce sont elles qui établissent les taux de l'assistance et les conditions d'admissibilité, en tenant compte des conditions locales et des besoins de groupes particuliers.

En outre, les provinces administrent les allocations fédérales-provinciales accordées aux aveugles et aux personnes souffrant d'invalidité complète et permanente. Ont droit à ces allocations, les personnes ayant accumulé dix années de résidence dans une province et répondant à certaines conditions quant à leur revenu. Il faut toutefois noter que la plupart des provinces n'acceptent plus les demandes présentées dans le cadre de ces programmes prévoyant des conditions rigides mais qu'elles préfèrent aider aveugles et invalides par l'entremise de leurs programmes d'assistance générale, dont les coûts sont partagés par le R.A.P.C.

Plusieurs provinces complètent les programmes de soutien du revenu prévus par le Régime d'assistance publique du Canada par leurs propres programmes, indépendants de ces derniers.

Si un immigrant se trouve sans emploi et dans l'indigence sans avoir occupé un emploi permanent au Canada, le ministère de la Main-d'œuvre et de l'Immigration lui fournit une assistance financière jusqu'à ce qu'il trouve un emploi. Si un immigrant a besoin d'assistance après avoir occupé un emploi de manière continue, il reçoit l'aide de la municipalité ou la province où il réside, au même titre qu'un Canadien.

En vertu de la Loi sur la réadaptation professionnelle des invalides, le gouvernement fédéral subventionne 50 p. cent des coûts supportés par une province pour offrir un programme global de réadaptation professionnelle aux invalides physiques et mentaux. Un tel programme englobe, par exemple, les services médicaux, sociaux, les services d'évaluation professionnelle, de counselling, de rétablissement, la fourniture de prothèses, d'outils, de manuels et d'autre équipement, la formation professionnelle et des allocations d'entretien. Ces services sont offerts directement ou indirectement (organismes bénévoles) par le gouvernement provincial.

Il se peut que d'autres services de réadaptation fournis par des agences et organismes bénévoles soient financés par une province, les subventions pouvant alors être remboursées à raison de 50 p. cent par le gouvernement fédéral, en vertu du Régime d'assistance publique du Canada.

Le Programme Nouveaux Horizons a été lancé pour offrir aux retraités la possibilité de participer plus activement à la vie de la collectivité. Il consiste à offrir à des groupes d'au moins dix retraités la possibilité de tirer parti de leurs aptitudes et de leur expérience, tant pour leur bien que pour celui de leur collectivité, en subventionnant des activités de leur choix.

Une grande variété d'activités ont été financées dans le cadre de ce programme (activités sportives, impression de publications, services d'information, recherche historique, artisanat, services de soins personnels, activités culturelles et éducatives, restauration d'artefacts, institution de centres d'activité).

Services de bien-être social

L'assistance sociale aux personnes nécessiteuses – de même que les divers services de bien-être social associés à cette forme d'aide –, les soins aux personnes âgées et aux invalides, la protection et les soins aux enfants négligés et à charge, relèvent de lois provinciales de bien-être social. La responsabilité administrative et financière en est partagée par la province et ses propres municipalités, et le gouvernement fédéral rembourse la moitié des coûts de l'assistance, de même que de certains services de bien-être social prévus par le Régime d'assistance publique du Canada. L'administration provinciale des services de bien-être social est confiée, dans chaque province, à un ministère des services sociaux ou du développement social. Dans certaines provinces, ce sont les municipalités qui sont chargées d'administrer l'assistance fournie sur une base temporaire.

Les établissements hébergeant des personnes âgées et des infirmes dépendent des administrations provinciales, municipales ou encore des organismes bénévoles. Beaucoup de provinces versent des subventions d'investissement aux municipalités, aux organismes bénévoles ou sociétés à dividendes réduits pour la construction de logements à prix modique destinés aux personnes âgées.

Les services d'assistance à l'enfance, y compris les services de protection, d'adoption, et les foyers nourriciers sont placés sous la responsabilité des ministères provinciaux de bien-être social ou, dans certaines provinces, des sociétés d'aide à l'enfance, l'accent étant mis sur la dispensation de services de prévention dans les foyers mêmes. Des organismes bénévoles et publics offrent aussi des services subventionnés de garderie pour les enfants des mères qui travaillent. A l'heure actuelle, ces services sont surtout offerts dans les grands centres.

Des organismes d'assistance aux familles (se consacrant à la fois aux familles et à l'enfance) offrent une grande variété de services à ceux qui ont besoin de conseils en matière de relations conjugales, de relations parents-enfants, ou pour la gestion de leur budget. Nombre d'organismes bénévoles fournissent des services d'information et d'orientation à propos des services sociaux existant dans la collectivité. Plusieurs provinces mettent sur pied des services d'auxiliaires familiales devant assister les familles en cas de situation d'urgence ou permettre aux personnes âgées et aux invalides de conserver leur indépendance au sein de la communauté. On crée également des centres d'intégration sociale: clubs d'âge d'or pour les personnes âgées, centres d'amitié

pour les Métis et les Indiens, centres d'accueil pour les jeunes en difficulté, toutes ces initiatives étant destinées à répondre aux besoins spéciaux des personnes susceptibles de souffrir d'isolement sur le plan social.

Les centres d'activité pour les arriérés mentaux et les invalides physiques aident ceux-ci à se débrouiller dans la vie, à développer leurs aptitudes sur le plan social et le plan professionnel, et à se faire une place au sein de la collectivité.

Résumé des régimes provinciaux d'assurance-maladie* (1^{er} janvier 1978)

REMARQUE: De nombreux services de santé fournis par les ministères provinciaux de la Santé en vertu d'un régime universel ne sont pas compris dans le présent résumé (services offerts par les unités sanitaires, sanatoriums pour les tuberculeux, hôpitaux psychiatriques, services de traitement des maladies vénériennes et de soins à domicile).

TERRE-NEUVE

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires^(a): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés supplémentaires^(b): les enfants peuvent, jusqu'à l'âge de onze ans, bénéficier d'un programme d'hygiène dentaire du ministère de la Santé.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires^(c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: services de salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: tests de laboratoire, radiologie et autres services de diagnostic, y compris les analyses nécessaires; radiothérapie, physiothérapie et ergothérapie si ces services sont disponibles; visites à l'unité de consultation externe et au service d'urgence; usage du bloc opératoire (l'équipement, fournitures, plâtres, médicaments, matériel médical et chirurgical compris).

Services assurés hors de la province^(c)

mêmes services que ceux qui sont assurés dans la province.

Frais autorisés: aucuns

A compter du 1^{er} avril 1978, les malades admis dans un hôpital devront verser une somme de \$3 par jour pour les 15 premiers jours d'hospitalisation, ce maximum de \$45 n'étant pas exigé dans le cas d'une seconde admission pour les mêmes raisons médicales lorsque celle-ci a lieu dans les 60 jours qui suivent le départ de l'hôpital. (Les patients ayant 65 ans révolus et les malades reconnus par le ministère des Services sociaux comme étant dans l'impossibilité de payer n'auront pas à déboursier cette somme.)

*Au niveau fédéral: «assurance-santé»

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires^(a): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires^(c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: services de salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: tests de laboratoire et services de radiologie (y compris l'utilisation d'isotopes radioactifs), tels qu'ils sont précisés; médicaments, substances biologiques et autres préparation connexes à un diagnostic et un traitement d'urgence; tous les autres services dispensés aux malades hospitalisés ayant été approuvés.

Services assurés hors de la province^(c)

Au Canada: remboursement des services selon le tarif de salle de la province hôte ou les tarifs autorisés par cette province pour les services de consultation externe: 1) en cas d'urgence, et 2) au cas où, les patients ne pouvant être traités de façon satisfaisante dans l'Île-du-Prince-Édouard, la Commission a donné son accord pour qu'ils soient traités dans des établissements désignés hors de la province.

Pour les autres cas, le remboursement est effectué selon les tarifs quotidiens établis par la Commission d'après la moyenne des *per diem* en vigueur dans les trois plus grands hôpitaux au moment de la prestation des services.

Hors du Canada: services dispensés aux malades hospitalisés seulement jusqu'à concurrence d'une somme correspondant

1) à un tarif d'hospitalisation de \$100 par jour et à 75 p.cent des coûts restants des services assurés (cas d'urgence)

2) au tarif de salle et au coût de tous les services essentiels nécessaires (cas où la Commission a donné son accord pour que le malade, ne pouvant pas être traité de façon satisfaisante au Canada, le soit à l'étranger).

Pour les autres cas, les tarifs appliqués sont les tarifs quotidiens établis par la Commission d'après la moyenne des *per diem* en vigueur dans les trois plus grands hôpitaux au moment de la prestation des services.

Frais autorisés: aucuns

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires^(a): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés supplémentaires^(b): examen de la vue par un optométriste; examen et soins dentaires pour enfants nés depuis le 1^{er} janvier 1967, ou pour les élèves de l'École des aveugles (School for the Blind). Le Régime de médicaments prescrits (*Pharmacare*) qui intéresse les résidents ayant 65 ans révolus; le programme de la fibrose kystique; le programme de médicaments intéressant les personnes qui souffrent de diabète insipide (à partir du 1^{er} avril 1978); le programme de soins dentaires pour les personnes affligées d'un bec-de-lièvre et/ou d'une fissure palatine assurent également le remboursement de certains soins.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires^(c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: services de salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: nombre de services essentiels approuvés par règlement lorsque ceux-ci sont requis du point de vue médical: tests de laboratoire et exa-

mens électro-encéphalographiques et radiologiques; radiothérapie pour le traitement des tumeurs malignes et bénignes, électrocardiogrammes, installations de physiothérapie (éventuellement); divers médicaments, services hospitaliers (y compris les repas pour diabétiques en traitement de jour, hémodyalise, établissement de diagnostics par des procédés faisant appel à l'utilisation des ultrasons, électrocardiogrammes et analyse des résultats) ainsi que les services approuvés nécessaires à l'établissement du diagnostic et au traitement de cas d'urgence dans les 48 heures suivant un accident et les services approuvés qui s'imposent lors de diverses interventions chirurgicales ou médicales d'ordre mineur.

Services assurés hors de la province^(c)

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés a) en cas d'urgence et b) sur la demande d'un médecin de Nouvelle-Écosse, avec l'approbation préalable de la Commission.

Hors du Canada: remboursement selon le tarif de salle jusqu'à concurrence de \$100 par jour, plus 75 p.cent des frais restants, sauf pour les nourrissons de moins de 15 jours qui sont assurés jusqu'à concurrence de \$11 par jour. (A compter du 1^{er} mai 1978, les services de consultation externe reçus hors de la province seront remboursés aux taux prescrits.)

Frais autorisés: aucuns

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires^(a): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste

Services assurés supplémentaires^(b): soins assurés par le programme de médicaments prescrits pour les bénéficiaires ayant 65 ans révolus, pour les malades atteints de fibrose kystique et pour les assurés sociaux.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires^(c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services assurés hors de la province^(c)

Au Canada. — Services dispensés aux malades hospitalisés: remboursement à 100 p.cent du tarif de salle approuvé par le Régime d'assurance-hospitalisation de la province.

— Services de consultation externe: remboursement de la totalité du coût des services assurés au tarif approuvé par le Régime d'assurance-hospitalisation de la province.

Hors du Canada. — Services dispensés aux malades hospitalisés: remboursement de tous les frais ne dépassant pas le tarif de salle moyen (au dollar le plus près) des trois plus grands hôpitaux du Nouveau-Brunswick.

— Services de consultation externe: remboursement aux taux appliqués aux services assurés dispensés dans les cliniques de consultation externe du Nouveau-Brunswick.

Les prestations pour les services reçus à l'extérieur de la province, qu'il s'agisse de services couverts par le régime de soins médicaux ou par le Régime d'assurance-hospitalisation, ne sont allouées que dans les cas suivants: a) cas d'urgence, b) absence temporaire de la province pour poursuivre des études, c) traitement du patient hors de la province, sur la demande d'un médecin du Nouveau-Brunswick et avec l'approbation préalable du Ministère de la santé, e) établissement définitif hors de la province, lorsqu'une personne doit bénéficier d'un traitement avant le premier jour du troisième mois suivant le mois de son arrivée dans sa nouvelle résidence.

Frais autorisés: aucuns

Régime de soins Médicaux

Services assurés ordinaires^(a): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés supplémentaires^(b): services d'optométrie, chirurgie buccale effectuée dans un établissement universitaire; remboursement des médicaments et des services professionnels connexes pour les assistés sociaux et les bénéficiaires de certaines mesures d'aide sociale gouvernementale, pour les personnes ayant 65 ans révolus, et pour les personnes de 60 à 64 ans recevant une allocation en vertu de la Loi sur la sécurité de la vieillesse et qui, sans cette allocation, auraient droit à l'aide sociale ou à certaines mesures d'aide sociale gouvernementale; remboursement des soins dentaires pour les enfants de moins de douze ans (et de moins de 14 ans à compter du 1^{er} mai 1978); remboursement des prothèses, des appareils orthopédiques ou autres déterminés par règlement; indemnisation des prothèses mammaires utilisées à la suite d'une mastectomie; versement de prestations aux personnes de moins de 18 ans frappées de cécité ou souffrant de graves troubles de la vue.

Prime mensuelle: aucune (g)

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires^(c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: services de salle et tous les services disponibles.

Services de consultation externe: traitements en clinique psychiatrique de jour ou de nuit, traitements par électrochocs, insulinothérapie et thérapie de comportement; soins d'urgence, interventions de chirurgie mineure, radiothérapie, services diagnostiques, services de physiothérapie, ergothérapie et inhalo-thérapie, services d'orthoptique; soins ou examens auxquels doit se soumettre un résident du Québec en vue d'obtenir un emploi, ou auxquels il doit se soumettre en cours d'emploi ou encore qui sont imposés par son employeur, à la condition qu'un tel examen ou ces soins soient exigés par une loi du Québec autre que la Loi de décrets de la convention collective; services d'audiologie et d'orthophonie.

Services assurés hors de la province^(c)

Au Canada. — Services dispensés aux malades hospitalisés: tarif de salle approuvé.

– *Services de consultation externe*: services assurés, au tarif en vigueur dans l'hôpital concerné.

Hors du Canada. — Services dispensés aux malades hospitalisés: malades hospitalisés sans approbation préalable: remboursement jusqu'à concurrence de \$25 par jour; cas

d'urgence, maladie subite et cas de malades adressés à des médecins ou établissements hors du Canada, (avec approbation préalable): remboursement des frais d'hospitalisation (hébergement, nourriture) au tarif de salle, et du coût des autres services assurés.

Sont exclus: les stations thermales, les sanatoriums pour tuberculeux, et les hôpitaux psychiatriques.

- *Services de consultation externe:* tarif en vigueur dans l'hôpital où les services assurés sont dispensés, pourvu a) qu'ils le soient dans les 24 heures suivant un accident, b) qu'ils se soient avérés nécessaires par suite d'une maladie subite ou d'une urgence.

Frais autorisés:

Les frais autorisés sont de \$7 par jour dans les hôpitaux de soins prolongés et dans les services de soins prolongés des hôpitaux dispensant des soins de courte durée. Les enfants âgés de moins de 18 ans sont exemptés. Les personnes à faible revenu peuvent jouir d'une exemption totale ou partielle dépendant de leur situation familiale et financière.

La population du Québec peut bénéficier de services assurés supplémentaires dans le cadre des

programmes spéciaux du ministère des Affaires sociales:

a) transport gratuit des personnes malades à certaines conditions;

b) obtention de certains médicaments à prix réduit (\$2 par ordonnance, jusqu'à concurrence de \$100 par année) pour les malades sur pied qui souffrent de cancer, de glaucome, de fibrose kystique, de tuberculose, d'hyperlipoprotéïnémie, de diabète insipide ou de troubles psychiatriques;

c) remboursement des soins à domicile prescrits par le médecin traitant (y compris dialyse rénale et alimentation par voie parentérale) afin de permettre au malade de poursuivre sa convalescence à la maison et afin de réduire la durée de l'hospitalisation;

d) remboursement des services d'aide donnés à domicile aux personnes âgées afin de les encourager à rester dans leur foyer et d'éviter les séparations familiales ou l'hospitalisation à long terme.

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires^(a): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines intervention de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés supplémentaires^(b): optométrie, chiropraxie, la podiâtrie, l'ostéopathie. (Les prestations aux malades non hospitalisés pour le coût des services de physiothérapie et des services d'ambulance); services prévus dans le cadre du programme de soins à domicile; équipement, matériel et médicaments nécessaires à la dialyse rénale et à la suralimentation à domicile. (Le ministère provincial de la Santé assure la mise en œuvre d'un Régime de médicaments gratuits pour les citoyens canadiens ou les immigrants reçus ayant 65 ans révolus et demeurant dans la province depuis les 12 derniers mois, ainsi que pour les infirmes et les personnes à revenu modeste.)

Cotisation mensuelle^(d):

Personne seule - \$16 (e). Famille de 2 personnes ou plus - \$32 (e).

(A compter du 1^{er} août 1978, les cotisations s'élèveront à \$19 pour une personne seule et à \$38 pour une famille de 2 personnes ou plus.)

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires^(c)

Services dispensés aux malades hospitalisés: services de salle et tous les services qui sont approuvés.

Services de consultation externe: nombre de services essentiels, physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, radiothérapie, inhalothérapie, services de consultation diététique (lorsqu'ils sont prescrits par un médecin) et d'autres services hospitaliers s'imposant du point de vue médical. Remboursement des frais d'utilisation de l'équipement, du matériel et des médicaments employés à domicile par un hémophile pour le traitement d'urgence ou la prévention des hémorragies, (lorsque ces médicaments proviennent d'un hôpital). Par ailleurs, les assurés admis dans des maisons de repos peuvent obtenir diverses prestations.

Services assurés hors de la province^(c)

Remboursement à 100 p.cent des tarifs des autres provinces canadiennes (déduction faite des frais modérateurs ou des frais d'établissement de la province en cause); à 75 p. cent des tarifs de salle américains dans les cas où il n'y a pas eu admission d'urgence (hébergement, nour-

riture et tous services supplémentaires compris); à 100 p. cent des frais des services d'urgence (à l'exception de troubles psychiatriques) dans tous les pays. Remboursement à 100 p. cent des tarifs de salle dans tous les autres cas d'admission dans des hôpitaux d'autres pays que le Canada ou les États-Unis (sauf pour les malades mentaux)

Frais autorisés: aucuns

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires^(a): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés supplémentaires^(b): certains services d'optométrie et de chiropraxie; prothèses, certains appareils et services orthopédiques pour les membres et la colonne vertébrale, (lorsqu'ils sont prescrits par un médecin); achat et pose de lentilles cornéennes requises après opération d'une cataracte congénitale; yeux artificiels. Par ailleurs, les assurés bénéficient du remboursement des médicaments obtenus sur ordonnance.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires^(c)

Services dispensés aux malades hospitalisés: services de salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: tous les services (dans certains cas, médicaments et pansements ne sont pas compris dans les frais).

Maisons de soins personnels: services de salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services assurés hors de la province^(c)

Au Canada: remboursement selon les tarifs approuvés par le Régime d'assurance-hospitalisation de la province où le malade est traité.

Hors du Canada: remboursement de 75 p.cent du coût des services hospitaliers ou remboursement basé sur une allocation quotidienne (le mode de remboursement choisi correspondant au montant le plus élevé) dans les cas: a) où il y a urgence b) où les soins requis ne peuvent être dispensés au Manitoba, c) où les soins sont dispensés dans les 3 mois suivant un départ permanent du Manitoba, d) où l'intéressé est momentanément absent, son absence étant due à son travail ou à ses études; remboursement de 75 p.cent des frais ou remboursement calculé sur la base d'une allocation quotidienne pour les cas d'hospitalisation non urgente (mode de remboursement choisi en fonction du montant le moins élevé)

Frais autorisés: aucuns

A compter du 1^{er} mai 1978, les hôpitaux du Manitoba pourront exiger une somme de \$7 par jour des personnes assurées qui sont hospitalisées sans raison médicale après qu'un comité d'évaluation a jugé qu'elles devaient être placées dans un foyer. D'autre part, les foyers exigeront une somme de \$7 par jour des personnes assurées qui y reçoivent des soins personnels (tarif antérieur: \$6,25).

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires^(a): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services supplémentaires^(b): optométrie, chiropraxie, chirurgie bucco-dentaire effectuée par un chirurgien-dentiste, traitement de fissures palatines sur recommandation d'un chirurgien-dentiste. Sauf certaines exceptions, les résidents de la Saskatchewan possédant des cartes d'assurance-santé valides peuvent bénéficier des avantages accordés en vertu d'autres régimes relevant du ministère provincial de la Santé: subventions pour prothèses acoustiques, fourniture de prothèses et d'appareils orthopédiques, fourniture de chaises roulantes, de cadres de marche, de sièges percés et tout autre appareil ou dispositif destiné à aider les intéressés dans leur vie quotidienne, soins dentaires pour enfants, remboursement des médicaments obtenus sur ordonnance. Cotisation mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires^(c)

Services dispensés aux malades hospitalisés: services de salle et tous les services approuvés disponibles.

Services de consultation externe: dans la mesure où l'hôpital peut fournir les services voulus, ceux-ci sont assurés.

Services assurés hors de la province^(c)

Au Canada. — Services dispensés aux malades hospitalisés: tarif de salle, frais modérateurs déduits, le cas échéant.

— Services de consultation externe: remboursement total des frais.

Hors du Canada. — Services dispensés aux malades hospitalisés: remboursement selon les taux maximaux et selon le nombre de journées d'hospitalisation.

— Services de consultation externe: selon le cas, remboursement total ou partiel des frais, le remboursement partiel étant basé sur des tarifs raisonnables et justes.

Frais autorisés: aucuns

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires^(a): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés supplémentaires^(b): soins dentaires dispensés par des chirurgiens-dentistes conformément aux règlements; optométrie, chiropraxie, soins et appareils podiâtriques. Une assurance facultative, offerte par la Commission, permet aux résidents qui ne font partie d'aucun groupe de devenir membres de la Croix-Bleue de l'Alberta en versant des primes dont le montant est réduit. En outre, le gouvernement rembourse une importante partie du coût des lunettes destinées aux résidents ayant 65 ans révolus et aux personnes à leur charge; il paie également la plus grande partie des coûts de leurs dentiers et des soins dentaires dont ceux-ci bénéficient, ainsi que leurs prothèses acoustiques, et l'équipement, les fournitures et les appareils médicaux et chirurgicaux dont ils ont besoin.

Cotisation mensuelle^(d):

Personne seule - \$7,05 (f). Famille de 2 personnes ou plus \$14,10(f). (A compter du 1^{er} juillet 1978, les primes s'élèveront à \$7,65 pour une personne seule et à \$15,30 pour une famille de 2 personnes ou plus.)

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires^(c)

Services dispensés aux malades hospitalisés: services de salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: remboursement de la totalité des frais de tous les services de consultation externe dispensés par l'hôpital; de la totalité des frais de tous les services de diagnostic et de physiothérapie dispensés dans des établissements approuvés en dehors des hôpitaux; et de la totalité des frais de tous les services de consultations externes rendus dans les cliniques provinciales du cancer; remboursement de consultations diététiques. Des prestations importantes sont accordées aux malades hébergés en maison de repos.

Services assurés hors de la province^(c)

Services dispensés aux malades hospitalisés: remboursement de la totalité des frais des services offerts au Canada aux taux approuvés; à l'extérieur du Canada: remboursement des frais réels jusqu'à concurrence de \$50 par jour, frais autorisés déduits; pour les nouveau-nés, remboursement des coûts réels, jusqu'à concurrence de \$9 par jour.

Services de consultation externe: au Canada: remboursement de la totalité des frais de tous les services de consultation externe dispensés dans

les hôpitaux aux taux approuvés; à l'étranger: remboursement du coût réel des services rendus jusqu'à concurrence du coût auquel reviennent ces services en Alberta (hôpital de soins de courte durée).

Frais autorisés:

Adultes (à l'exception des résidents ayant 65 ans révolus et des personnes à leur charge) et enfants (à l'exception les nouveau-nés): \$5 pour le premier jour d'admission dans un hôpital de soins de courte durée. (Font aussi exception: a) les malades transférés d'un hôpital à un autre, b) les malades admis dans les cliniques du cancer, c) les malades atteints de poliomyélite, d) les assurés sociaux bénéficiant de l'aide du ministère des Services sociaux et de la Santé communautaire.)

Hôpitaux de soins prolongés: \$5 par jour à partir du 120^e jour d'hospitalisation (à compter du 1^{er} juillet 1978, \$5,50 par jour).

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires^(a): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés supplémentaires^(b): optométrie, chiropraxie, naturopathie, physiothérapie, podiatrie, services et traitements orthopédiques, services des infirmières de la Croix-Rouge, de l'Ordre de Victoria ou des infirmières autorisées; services orthodontiques pour le bec-de-lièvre et la fissure palatine. Les résidents ayant 65 ans révolus, les handicapés et les malades chroniques bénéficient de la gratuité des médicaments obtenus sur ordonnance tandis que le Régime de médicaments obtenus sur ordonnance (*Pharmacare*) protège l'ensemble de la population, contre les difficultés pécuniaires que peut entraîner l'achat de médicaments coûteux. De plus amples renseignements sur ce programme peuvent être obtenus en écrivant à Pharmacare, Ministry of Human Resources, Parliament Buildings, Victoria, V8V 1X4.

Prime mensuelle^(d):

Personne seule - \$7,50. Deux personnes \$15,00 Famille de trois personnes ou plus - \$18,75.

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires^(c)

Services dispensés aux malades hospitalisés: services de salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: soins d'urgence, soins en chirurgie mineure, soins en chirurgie de jour, traitement des cancéreux non hospitalisés, soins psychiatriques de jour et de nuit, services de réadaptation de jour, traitement de la toxicomanie, services de physiothérapie, traitement de jour pour les diabétiques et certains services de psychiatrie en clinique de consultation externe (dans les hôpitaux désignés), services de consultation diététique, soins dispensés par les services de cytologie de l'Institut du Cancer de Colombie-Britannique (B.C. Cancer Institute) et services de dialyse rénale pour malades chroniques (dans les hôpitaux désignés); soins de jour au Centre pour arthritiques de la Colombie-Britannique (Arthritis Centre of British Columbia) et soins de jour donnés à l'hôpital Shaughnessy de Vancouver aux personnes souffrant de psoriasis.

Services assurés hors de la province^(c)

Au Canada.—*Services dispensés aux malades hospitalisés:* services reçus au cours d'une absence temporaire se terminant à minuit le dernier jour du 12^e mois suivant le mois où a eu lieu le départ de la province, l'absence maximale étant de 12 mois, sauf disposition contraire; services reçus par un malade traité hors de la province, avec l'approbation du sous-ministre.

— *Services de consultation externe:* traitement de dialyse rénale pour les personnes qui souffrent d'insuffisance rénale chronique dans certains hôpitaux désignés d'une autre province (moyennant déduction de \$1 de frais autorisés).

Hors du Canada: maximum de \$75 par jour pour les adultes et les enfants hospitalisés et de \$12 par jour pour les nouveau-nés; coût réel du traitement jusqu'à concurrence de \$75 (en devises canadiennes) pour les traitements de dialyse rénale suivis par les malades non hospitalisés souffrant d'insuffisance rénale chronique.

Frais autorisés:

- a) Sauf pour les nouveau-nés, \$4 par jour dans les hôpitaux de soins de courte durée,
- b) \$6,50 par jour pour les adultes et \$1 par jour pour les enfants de moins

de dix-neuf ans dans les hôpitaux de soins prolongés.

c) \$2 pour tout service d'urgence ou soins en chirurgie mineure en clinique de consultation externe.

d) \$2 par jour pour les soins en chirurgie de jour,

e) \$1 par jour pour les soins donnés aux cancéreux non hospitalisés, pour les soins psychiatriques de jour ou de nuit et pour les services psychiatriques en clinique de consultation externe, pour les services de physiothérapie en clinique de consultation externe, pour les services de jour aux diabétiques, pour les services de réadaptation de jour, pour toute séance de consultation diététique, et pour la dialyse rénale, pour les soins de jour pour les personnes qui souffrent d'arthrite et de psoriasis.

TERRITOIRES-DU-NORD-OUEST

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires^(a): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés supplémentaires^(b): le remboursement de la totalité des frais de déplacements, et une indemnité de subsistance sont accordés aux cancéreux, aux tuberculeux, aux malades atteints de fibrose kystique ou troubles psychiatriques devant suivre des traitements loin de chez eux; remboursement des coûts des médicaments requis pour traiter certaines maladies chroniques; des indemnités de déplacement sont accordées aux personnes qui doivent suivre des traitements médicaux à l'extérieur de leur communauté.

Cotisation mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires^(c)

Services dispensés aux malades hospitalisés: services de salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: traitements d'urgence et traitements donnés à la suite de blessures; examens radiologiques s'imposant du point de vue médical et analyses nécessaires à l'établissement d'un diagnostic; examens de laboratoire;

soins en chirurgie mineure; physiothérapie et radiothérapie (éventuellement), certains soins en chirurgie de jour.

Services assurés hors de la province^(c):

Au Canada. — *Services dispensés aux malades hospitalisés*: remboursement au tarif approuvé par le Régime d'assurance-hospitalisation de la province dans laquelle le malade est hospitalisé.

— *Services de consultation externe*: mêmes services que ceux qui sont assurés dans les Territoires-du-Nord-Ouest.

Hors du Canada: remboursement jusqu'à concurrence d'un montant correspondant à un tarif maximal spécifié.

Frais autorisés: aucuns

TERRITOIRE DU YUKON

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires^(a): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Cotisation mensuelle^(d):

Personne seule - \$4,75. Couple - \$9,25. Famille \$11,00.

La garantie dépend de la résidence et non de l'acquittement des cotisations. Les personnes ayant 65 ans révolus sont exemptées du paiement des cotisations.

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires^(c)

Services dispensés aux malades hospitalisés: services de salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: tests de laboratoire, examens radiologiques et autres services de diagnostic; analyses nécessaires à l'établissement du diagnostic et au traitement des blessures, maladies ou invalidités, à l'exclusion des examens qui comptent parmi ceux qu'un médecin effectue habituellement lors de consultations dans son cabinet; soins en chirurgie de jour.

Services assurés hors de la province^(c)

Au Canada.—*Services dispensés aux malades hospitalisés*: remboursement selon le tarif approuvé par le régime d'assurance-hospitalisation de la province où le malade est hospitalisé.

— *Services de consultation externe*; mêmes services que ceux qui sont assurés dans le Territoire du Yukon.

Hors du Canada: remboursement jusqu'à concurrence d'un montant correspondant à un tarif maximal spécifié.

Frais autorisés: néant

Notes:

- a) Ces services assurés sont offerts conformément aux dispositions de la Loi sur les soins médicaux (Canada).
- b) Ces services supplémentaires sont généralement offerts avec certaines restrictions. Pour plus de précisions, s'adresser au régime provincial intéressé. Le gouvernement fédéral ne partage pas les coûts de ces services supplémentaires en vertu de la législation fédérale sur l'assurance-santé. Cependant, il assume une partie des coûts de certains services de santé dans le cadre du Programme de services complémentaires de santé tels que les soins en maison de repos et les soins reçus dans des établissements

- pour adultes, les soins à domicile (services de santé) et les soins ambulatoires.
- c) Ces services assurés sont offerts conformément à la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques (Canada).
- d) Ces tarifs de cotisations s'appliquent aux personnes qui n'ont pas droit à l'assistance-cotisation accordée aux personnes à faible revenu. Les dispositions relatives à cette assistance varient d'une province à l'autre.
- e) Les taux s'appliquent aux Programmes de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation combinés. Il y a exemption du paiement des cotisations si la personne seule ou un des membres d'une famille (2 personnes ou plus) est âgé de 65 ans ou plus et réside dans la province depuis les 12 derniers mois précédant la demande d'exemption.
- f) Il y a exemption du paiement des cotisations pour l'assurance de base (et l'assurance facultative) si la personne seule ou un des membres d'une famille (2 personnes ou plus) est âgé de 65 ans ou plus. Le droit à l'assurance-hospitalisation dépend de la situation par rapport au Régime de soins médicaux.
- g) La Loi prévoyant le financement des programmes de santé fixe la contribution d'un particulier à 1,5 p.cent de son revenu net pour l'année, jusqu'à concurrence de \$235 pour les salariés et de \$375 pour les travailleurs autonomes. Cette contribution ne peut réduire le revenu net de l'assuré à un montant qui soit inférieur à \$5957 ou \$3931 selon qu'il s'agisse d'une personne mariée ou d'une personne seule. La contribution de l'employeur est fixée à 1,5 p.cent du salaire qu'il verse à un employé. (On a cessé de prélever les contributions individuelles le 1^{er} juillet 1978 avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 1978.) Des contributions ainsi recueillies, 8/15 sont remis à la Régie de l'assurance-maladie du Québec et 7/15 sont versés au fonds des services hospitaliers du Québec qui sert exclusivement à financer les services de cette province. (La méthode de financement a été changée en 1978.)

Adresses des Régimes

	Soins médicaux	Assurance-hospitalisation
Terre-Neuve	Newfoundland Medical Care Commission Elizabeth Towers Avenue Elizabeth Saint-Jean (Terre-Neuve) A1C 5J3	Hospital Services Division Department of Health Confederation Building Saint-Jean (Terre-Neuve) A1C 5T7
Île-du-Prince-Édouard	Health Services Commission of Prince Edward Island C.P. 4500 Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) C1A 7P4	Hospital Services Commission of Prince Edward Island C.P. 4500 Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) C1A 7P4
Nouvelle-Écosse	Health Services and Insurance Commission C.P. 760 Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2V2	Ministère de la Santé Division des services assurés C.P. 488 Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2R8
Nouveau-Brunswick	Ministère de la Santé Division des services assurés C.P. 5100 Frédéricton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8	Ministère de la Santé Division des services assurés C.P. 5100 Frédéricton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8
Québec	Régie de l'assurance-maladie du Québec C.P. 6600 Québec (Québec) G1K 7T3	Ministère des Affaires sociales Édifice Joffre 1075, chemin Ste-Foy Québec (Québec) G1A 1B9

Ontario

Régime d'assurance-maladie de l'Ontario - (soins médicaux et assurance-hospitalisation)

HAMILTON

25 ouest, rue Main
L8P 4P9

LONDON

227, av. Queens
N6A 5G6

OSHAWA

44 ouest, rue Bond
L1G 1A4

SUDBURY

295, rue Bond
P3B 2J8

TORONTO

2195, rue Yonge
M5W 1A0

KINGSTON

1055, rue Princess
K7L 5A9

MISSISSAGUA

55, Promenade
City Centre
L5B 3M1

OTTAWA

75, rue Albert
K1P 5Y9

THUNDER BAY

435 sud, rue James
P7C 5G6

WINDSOR

1427, av. Ouellette
N8X 1K1

Les bureaux régionaux ci-dessus reçoivent les inscriptions et donnent suite aux demandes d'indemnité. A ceux-ci s'ajoutent des bureaux d'information (Barrie, Kenora, Kitchener, Peterborough, St. Catharines, Timmins et Windsor).

Adresses des Régimes**Manitoba**

Manitoba Health Services
Commission
599, rue Empress
Winnipeg (Manitoba)
R3C 2T6

Manitoba Health Services
Commission
599, rue Empress
Winnipeg (Manitoba)
R3C 2T6

Saskatchewan

Saskatchewan Medical Care
Insurance Commission
Provincial Health Building
3211, rue Albert
Regina (Saskatchewan)
S4S 5W8

Saskatchewan Hospital
Services Plan
Provincial Health Building
3211, rue Albert
Regina (Saskatchewan)
S4S 5W8

Alberta	<p>Alberta Health Care Insurance Commission Edmonton (Alberta) T5J 2N3</p> <p>et</p> <p>Alberta Health Insurance Commission Immeuble J.J. Bowlen 620 sud-ouest, 7^e avenue Calgary (Alberta) T2P 0Y8</p>	<p>Alberta Department of Hospitals and Medical Care, Hospital Services C.P. 2222 9945 - 108^e rue Edmonton (Alberta) T5J 2P4</p>
Colombie-Britannique	<p>Medical Services Commission 1515, rue Blanshard Victoria (Colombie-Britannique) V8W 3C8 (Pour obtenir un contrat d'assurance, s'adresser au: Medical Services Plan of British Columbia 1515, rue Blanshard Victoria (Colombie-Britannique) V8W 3C8 Adresse postale: C.P. 1600 Victoria (Colombie-Britannique) V8W 2X9</p>	<p>Hospital Programs Ministry of Health Parliament Buildings Victoria (Colombie-Britannique) V8V 1X4</p>
Territoires-du-Nord-Ouest	<p>N.W.T. Health Care Plan Gouvernement des Territoires-du-Nord-Ouest Yellowknife (Territoires-du-Nord-Ouest) X1A 2L9</p>	<p>N.W.T. Health Care Plan Gouvernement des Territoires-du-Nord-Ouest Yellowknife (Territoires-du-Nord-Ouest) X1A 2L9 X1A 2L9</p>
Territoire du Yukon	<p>Yukon Health Care Insurance Plan C.P. 2703 Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6</p>	<p>Yukon Hospital Insurance Services C.P. 2703 Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6</p>

Alberta Health Services
 Commission
 10010 104 Avenue
 Edmonton, Alberta
 T6E 0B3
 Canada

Alberta Health Services
 Commission
 10010 104 Avenue
 Edmonton, Alberta
 T6E 0B3
 Canada

Alberta Health Services
 Commission
 10010 104 Avenue
 Edmonton, Alberta
 T6E 0B3
 Canada

Alberta Health Services
 Commission
 10010 104 Avenue
 Edmonton, Alberta
 T6E 0B3
 Canada

Alberta Health Services
 Commission
 10010 104 Avenue
 Edmonton, Alberta
 T6E 0B3
 Canada

Alberta Health Services
 Commission
 10010 104 Avenue
 Edmonton, Alberta
 T6E 0B3
 Canada

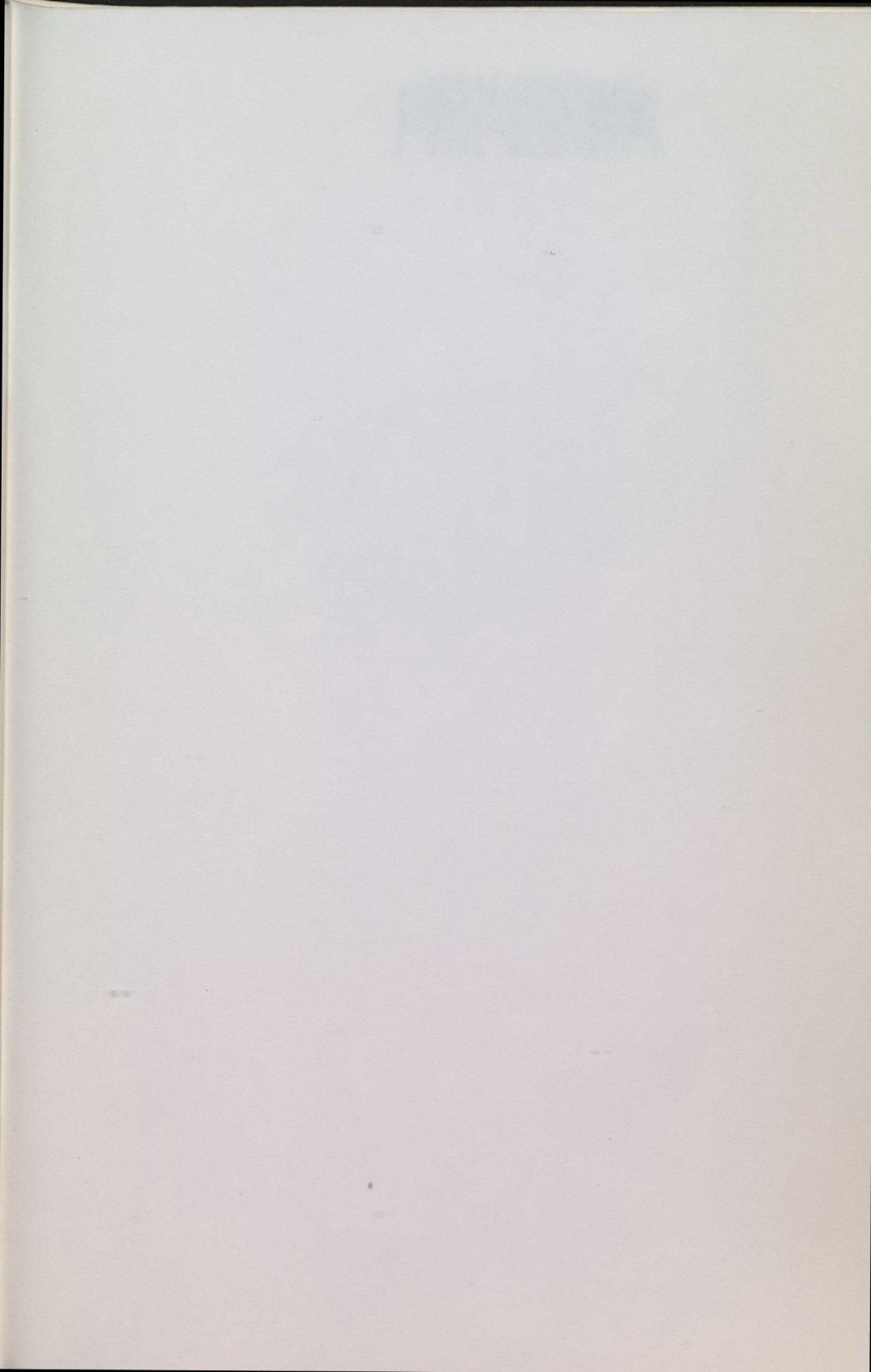
Alberta Health Services
 Commission
 10010 104 Avenue
 Edmonton, Alberta
 T6E 0B3
 Canada

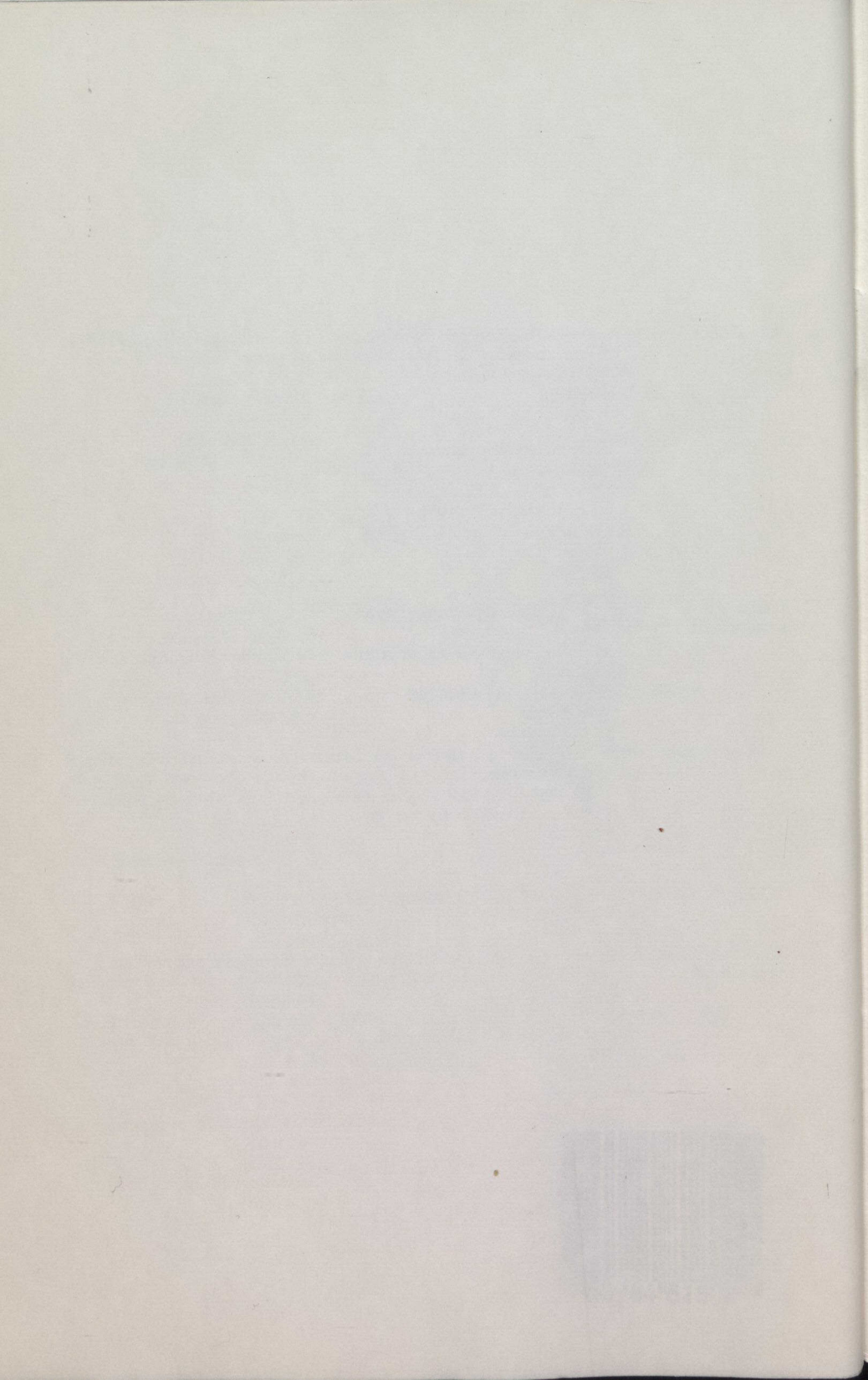
Alberta Health Services
 Commission
 10010 104 Avenue
 Edmonton, Alberta
 T6E 0B3
 Canada

Alberta Health Services
 Commission
 10010 104 Avenue
 Edmonton, Alberta
 T6E 0B3
 Canada

Alberta Health Services
 Commission
 10010 104 Avenue
 Edmonton, Alberta
 T6E 0B3
 Canada







LIBRARY E A / BIBLIOTHÈQUE A E



3 5036 01007135 8



Affaires extérieures
Canada

External Affairs
Canada