



# Pages documentaires

doc  
CA1  
EA9  
R94  
FRE  
1973 août

No. 94  
(Texte révisé août 1973)

Dept. of External Affairs  
Min. des Affaires extérieures  
SEP 10 1973  
RETURN TO DEPARTMENTAL LIBRARY  
RETOURNER A LA BIBLIOTHÈQUE DU MINISTÈRE

## SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL AU CANADA

(Rédigé au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)

### PARTIE I -- SERVICES DE SANTÉ

L'administration des services de santé au Canada ressortit principalement aux dix gouvernements provinciaux qui délèguent une part considérable de leurs pouvoirs en matière de santé communautaire aux autorités locales et régionales<sup>1</sup>. 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 offrent un certain nombre de services de santé et assument des tâches d'éducation du public et de recherches aux paliers national, provincial et local, souvent grâce à des subventions gouvernementales.

A titre de principal organisme fédéral dans le domaine de la santé, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social s'occupe de nombreux secteurs spécialisés de la santé et il aide aussi les ministères provinciaux compétents. La Direction générale de la protection de la santé protège le public canadien contre les dangers qui menacent sa santé en veillant au maintien de normes convenables pour la vente dans le public de denrées alimentaires, de drogues, de cosmétiques et d'instruments médicaux. Elle se charge aussi de la surveillance, du contrôle et de la recherche en ce qui concerne les répercussions sur la santé des facteurs de l'environnement et s'occupe de la lutte contre les maladies contagieuses. La Direction générale des programmes de santé administre les intérêts fédéraux des régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation et d'assurance-médicale à frais partagés et offre les services de conseillers techniques, d'aides au chapitre de la formation de la main-d'oeuvre ainsi que des subventions à la recherche en matière de santé aux ministères provinciaux de la santé, aux universités et aux organismes bénévoles. 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 des

<sup>1</sup> Les deux gouvernements territoriaux des régions septentrionales à faible densité de population du Canada ont également compétence sur certains services de santé.

541 9735

services de quarantaine et des services médicaux aux immigrants ainsi que des services de consultation en matière de santé et sécurité aux personnes engagées dans l'aviation civile<sup>2</sup>.

En vertu de la Loi sur les soins médicaux, la contribution du Gouvernement fédéral à l'échelle nationale est de 50 pour cent de la moyenne des frais de chaque personne au titre des régimes provinciaux d'assurance-médicale qui répondent à des conditions précises. La Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques prévoit le partage, par le palier fédéral, de frais des régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation. La Caisse d'aide à la santé fournit aux provinces jusqu'à 50 pour 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 sanitaire. Les subventions à la santé nationale ont pour objet d'élargir les services essentiels de santé et d'enrayer des maladies particulières. En vertu du Régime d'assistance publique du Canada, le Gouvernement fédéral contribue dans la proportion de 50 pour cent au paiement des frais pour les soins que les provinces offrent aux personnes qui y sont admissibles en raison d'un besoin financier établi.

Au Canada, les divers organismes qui s'intéressent à l'hygiène du milieu élaborent et appliquent actuellement des programmes destinés à évaluer et à déterminer les effets sur la santé et à évaluer et à contrôler les niveaux de pollution de l'atmosphère et de l'eau, les radiations, les substances toxiques industrielles et d'autres éléments de l'environnement général, du milieu de travail et de l'habitation que l'on reconnaît ou que l'on soupçonne être nuisibles à la santé de l'homme. 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 les efforts de collaboration déployés par les 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, la recherche afférente aux effets sur la santé et à diverses substances toxiques susceptibles d'en être la cause, l'élaboration de guides et de normes visant les polluants tels que les produits chimiques et d'autres substances dangereuses tant dans le milieu de travail que dans l'environnement en général ainsi que la prescription de normes de santé et de sécurité pour ce qui est des dispositifs émettant des radiations.

Le Gouvernement fédéral s'acquitte de ses responsabilités en matière d'hygiène du milieu par l'intermédiaire de la Direction de l'hygiène du milieu du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social;

---

2 La Direction générale verse des primes d'assurance médicale aux populations autochtones dont le Gouvernement fédéral assume la responsabilité.

à cette fin, il transmet aux autorités chargées de la réglementation les évaluations les plus scientifiques des répercussions des éléments 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.

Sept des dix provinces ont prévu des organismes au sein de leur ministère de la santé afin de traiter des problèmes d'hygiène liés au travail et à l'environnement. Comme pour le Gouvernement fédéral, il existe un lien étroit entre les fonctionnaires de la santé et ceux qui sont responsables de l'évaluation et du contrôle de l'environnement. La coordination des nombreuses activités à l'intérieur des provinces, et entre elles et le Gouvernement fédéral, est habituellement assurée par des conseils et des comités consultatifs.

La recherche médicale est effectuée ou appuyée par un certain nombre d'organismes fédéraux, notamment: le Conseil de recherches médicales, le Conseil de recherches pour la défense et les ministères de la Santé nationale et du Bien-être social et des Affaires des anciens combattants. 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 du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et, dans le cours d'exécution des diverses étapes des programmes, certains autres services du ministère.

**Santé publique** Le domaine de la santé publique comprend les établissements, les services et les activités qui touchent à la santé de l'ensemble de la communauté plutôt que les soins accordés à des particuliers. Elle comprend l'hygiène du milieu, notamment la pureté de l'air, de l'eau et du sol; l'hygiène du travail et, à cet égard, la radioprotection, la sécurité au travail et sur les routes, la réduction du bruit; la lutte contre les maladies infectieuses comme la tuberculose et les maladies vénériennes; les activités de dépistage dans le cas du diabète, du glaucome, de la tuberculose et du cancer; la surveillance des normes alimentaires, de la contamination des denrées alimentaires et des additifs; l'innocuité des produits pharmaceutiques; la santé de la mère et de l'enfant; les services préventifs concernant le cancer; l'alcoolisme et la toxicomanie; les maladies mentales et l'arriération mentale; les centres anti-poisons, les services de quarantaine et d'éducation sanitaire. Les indicateurs sanitaires comprennent non seulement les statistiques démographiques et celles qui ont trait aux maladies contagieuses, mais aussi les tables de morbidité hospitalière et de consommation des soins médicaux et des médicaments.

*Tuberculose*

Depuis 1956, l'incidence de nouveaux cas de tuberculose active a régressé de 49 par 100,000 habitants à 18.3 par 100,000 habitants en 1971, tandis que le taux de mortalité est passé de 7.8 à 2.5 par 100,000 habitants.

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

*Cancer*

Dans le cas du cancer, le taux de mortalité normalisé s'accroît régulièrement depuis de nombreuses années et il a atteint 137.5 en 1970. 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 de l'assurance-hospitalisation et de l'assurance-médicale. Les hôpitaux généraux les plus importants disposent de cliniques spéciales pour les cancéreux.

*Maladies mentales*

Des directions provinciales de la santé mentale administrent ou appuient des services de diagnostic et de traitement à l'intention des malades et des arriérés mentaux. Des cliniques externes et des services psychiatriques assurant dans les hôpitaux généraux de courtes périodes d'hospitalisation, ainsi que des dispensaires d'hygiène mentale sont établis dans la plupart des villes de quelque importance. Les grands hôpitaux psychiatriques reçoivent les malades qui ont besoin de soins prolongés, et les hôpitaux pour déficients mentaux prennent en charge les cas les plus graves d'arriération mentale.

Bien qu'ils soient moins répandus, des 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 ont été établis dans la plupart des grandes villes.

**Assurance-  
hospitalisation***Risques couverts*

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 offrent, à tous

Les résidents admissibles, selon un régime de prévoyance ou par les voies fiscales ordinaires, l'hospitalisation dans des salles réglementaires ainsi que les services habituellement offerts aux hospitalisés, y compris les repas, les soins infirmiers, les services de laboratoire, de radiologie et l'accès aux autres procédés diagnostiques de même que la plupart des médicaments. Toutes les provinces imposent des restrictions sur les paiements des soins fournis aux malades hospitalisés, mais non résidents, et certaines provinces exigent une autorisation préalable, sauf dans les cas d'urgence. Les traitements dans les établissements pour malades mentaux ou pour les tuberculeux ne sont pas compris dans les régimes provinciaux, sauf en Ontario, mais ils sont offerts en vertu de lois distinctes.

Les services de consultation pour malades externes peuvent être compris dans les régimes d'assurance à la discrétion des provinces; en conséquence, les services fournis diffèrent d'une province à l'autre. Le résumé suivant présente l'éventail des services offerts par province. Certaines provinces prennent en charge les soins aux malades externes dans les limites de la province seulement.

Terre-Neuve, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, Québec, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Alberta, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest assurent une gamme assez étendue de services et offrent dans les consultations pour malades externes, la plupart des services offerts aux hospitalisés.

Le régime d'assurance de l'Ontario prévoit les services suivants pour les malades non hospitalisés: les soins d'urgence pour les victimes d'accidents, les soins post-hospitaliers dans les cas de fractures, l'utilisation des services de radiothérapie, d'ergothérapie, de physiothérapie et d'orthophonie dans les hôpitaux canadiens; et les éléments proprement hospitaliers de tous les autres services de consultation pour malades externes que prescrivent les règlements.

Le régime de la Colombie-Britannique offre aux cancéreux non hospitalisés des services cytologiques et thérapeutiques à des centres particuliers administrés par la *British Columbia Cancer Foundation*; des services de chirurgie de jour, des services d'urgence pour les victimes d'accidents, des services de petite chirurgie, des services psychiatriques, y compris des soins psychiatriques de jour ou de nuit et des services de réadaptation de jour. Des frais autorisés de \$1 ou \$2 par jour sont exigibles pour les services de consultation pour malades externes, selon la nature des soins.

*Champ d'application*

Chaque province offre les services prévus dans le régime d'assurance à tous ses résidants qui y sont admissibles selon des conditions et des modalités uniformes, sans exclusion pour raison d'âge, de niveau de revenu ou d'état de santé préalable. L'expression résidants d'une province désigne toute personne qui a le droit de demeurer au Canada et qui élit domicile et vit habituellement dans une province; les touristes, les personnes de passage ou les visiteurs qui séjournent dans une province en sont expressément exclus. Les membres des Forces armées, de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus dans les pénitenciers n'y sont pas admissibles et jouissent de la garantie d'un autre régime.

La condition de résidence dans la province constitue le principal facteur d'admissibilité aux régimes fédéraux-provinciaux d'assurance-hospitalisation. La plupart des provinces exigent une période d'attente de trois mois, mais des accords interprovinciaux prévoient le maintien de la garantie lorsque des assurés déménagent dans une autre province. Les personnes qui arrivent de l'étranger peuvent prétendre à une garantie immédiate en Alberta, en Saskatchewan, à Terre-Neuve, au Manitoba, dans les Territoires du Nord-Ouest et, dans des circonstances particulières, en Ontario et en Colombie-Britannique.

*Financement*

Le coût des services hospitaliers assurés est supporté dans sa presque totalité par les Gouvernements fédéral et provinciaux.

La participation annuelle du Gouvernement fédéral équivaut à la somme, pour cette année-là, de 25 pour cent des frais par personne pour les soins aux malades hospitalisés au Canada, plus 25 pour cent des frais par personne pour les soins aux malades hospitalisés dans la province (moins le montant par personne des frais autorisés), le tout multiplié par le nombre moyen de personnes assurées pendant l'année. En outre, le Gouvernement fédéral verse, pour les services aux malades externes une contribution, dont le pourcentage est proportionnel à celui qui est consenti pour les soins aux malades hospitalisés, moins les frais autorisés. La Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques prévoit que le coût en capital de la propriété foncière, des immeubles et des installations, les paiements de la dette d'établissement, l'intérêt sur la dette et les remboursements de toute dette contractée avant la date d'entrée en vigueur de l'accord, doivent être exclus avant de calculer la contribution du fédéral.

Les provinces recueillent les fonds nécessaires à leur contribution aux frais hospitaliers de diverses façons, selon les conditions et les préférences locales.

Chaque province ou territoire puise, en partie tout au moins, dans les recettes fiscales générales pour financer son régime. Terre-Neuve, l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick, Québec et le Yukon financent le leur entièrement de cette façon. La Nouvelle-Écosse et la Colombie-Britannique y ajoutent une taxe de vente généralisée et utilisent une partie des recettes pour aider à financer les soins hospitaliers. L'Ontario lève une partie des fonds à l'aide d'une prime qui s'ajoute à celle de l'assurance-maladie à raison de \$132 pour les personnes seules et de \$264 pour les couples et les familles. Le Manitoba finance une partie de ses coûts à l'aide de primes annuelles hospitalisation-soins médicaux de \$49.80 pour les personnes seules et de \$99.60 pour les familles. La Saskatchewan impose des primes ou taxes annuelles de \$24 aux personnes seules et de \$48 aux familles. L'Alberta exige une prime annuelle de \$69 des personnes seules et de \$138 des familles en vertu de la *Health Insurance Premiums Act* qui comprend l'assurance-hospitalisation aussi bien que l'assurance-médicale. La tendance actuelle dans toutes les provinces qui ont opté pour le régime des primes est de réunir les impositions au titre de l'assurance-hospitalisation-soins médicaux afin d'en simplifier l'administration.

En Alberta, en Colombie-Britannique et dans les Territoires du Nord-Ouest, une partie des fonds recueillis provient de frais de consommation ou d'admission. Ces frais, désignés dans les règlements comme "frais autorisés", sont exigibles du malade au moment où il reçoit les services et sont déductibles des paiements provinciaux faits aux hôpitaux. L'Alberta exige \$5 pour le premier jour d'hospitalisation d'un malade adulte ou enfant dans les hôpitaux généraux; dans les hôpitaux de soins prolongés on exige \$2 par jour pour chaque jour de soins jusqu'à concurrence de 120 jours et \$3 par jour subséquent. La Colombie-Britannique exige \$1 par jour pour les soins aux malades hospitalisés (sauf les nouveaux-nés) et \$1 ou \$2 pour les soins aux malades externes et comme il a été mentionné plus haut. Les Territoires du Nord-Ouest exigent \$1.50 par jour pour les soins aux malades hospitalisés.

**Assurance médicale** Outre les soins hospitaliers prévus en vertu du régime d'assurance-hospitalisation et de services diagnostiques, un certain nombre d'autres services, surtout ceux des médecins, sont prévus en vertu de divers systèmes de prévoyance.

*Législation fédérale en matière d'assurance médicale*

Le Parlement canadien a adopté la Loi sur les soins médicaux en décembre 1966, laquelle est entrée en vigueur le 1er juillet 1968. Le Gouvernement fédéral verse aux provinces participantes la moitié des frais des services assurés dans le cadre des régimes provinciaux d'assurance médicale qui répondent aux critères suivants:

- a) Le régime doit être administré sur une base non lucrative par une autorité publique et assujéti à la vérification provinciale.
- b) Le régime doit offrir tous les soins qui sont médicalement requis et dispensés par les praticiens ainsi que les services assurés selon des conditions et des modalités uniformes à tous les résidents d'une province; ces services doivent être fournis sans exclusion pour des raisons d'âge, de capacité de payer, ou autres circonstances.
- c) La garantie doit s'étendre à au moins 95 pour cent du nombre total des résidents admissibles à l'assurance de la province.
- d) Pour les personnes qui résident habituellement au Canada, le régime doit prévoir la "transférabilité", à savoir, l'admissibilité à tous les services après trois mois de résidence dans une province et l'extension de l'admissibilité par la province de départ pendant la période d'attente exigée d'une personne qui élit domicile dans une autre province.

La Loi sur les soins médicaux habilite également le Gouvernement fédéral à inclure des services de santé supplémentaires prodigués par un personnel paramédical selon les conditions et les modalités fixées par le gouverneur en conseil; jusqu'à maintenant, la chirurgie dentaire à l'hôpital constitue le seul service offert à ce titre.

Il existe dans la loi une disposition qui permet aux autorités provinciales de désigner des organisations non gouvernementales à titre d'agences ayant qualité pour exercer des fonctions restreintes se rattachant à la perception des primes ou au règlement des demandes d'indemnité en vertu du régime provincial. Ces agences doivent fonctionner 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 en 1972, mais on les abandonne maintenant en faveur d'une administration centralisée.

Les provinces peuvent financer les services offerts 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 de bénéficier ou tenue à l'écart des services offerts en raison de frais directs se rattachant aux services reçus. 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 qu'elle préfère pour payer les dispensateurs de soins, sous réserve que les honoraires ou les paiements autorisés doivent être établis sur une base qui assure une rétribution raisonnable pour les services rendus.

La formule prévue pour calculer le montant de la contribution fédérale au paiement des frais des régimes provinciaux est telle que les provinces qui engagent des frais par personne relativement faibles, se voient rembourser plus de la moitié de leurs dépenses. En règle générale, la contribution fédérale consentie à une province participante est égale au montant de a) 50 pour cent du coût par personne pour l'année de tous les services assurés dans toutes les provinces participantes, b) multiplié par le nombre des personnes assurées dans chaque province respectivement. Le Gouvernement fédéral ne verse aucune contribution au titre des frais d'administration engagés par les provinces.

#### *Régimes provinciaux d'assurance-médicale*

Avant l'établissement de l'assurance-médicale administrée par l'État dans la plupart des provinces au cours des quelques dernières années, 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, les principaux soins ou services chirurgicaux, ou les deux, étaient assurés à environ 17.2 millions de Canadiens, ce qui représentait 82 pour cent de l'ensemble de la population. De ce nombre, les régimes volontaires qui avaient cours dans le seul secteur privé offraient une protection à environ 10.9 millions de personnes, soit 52 pour cent de la population, et les régimes publics de toutes catégories protégeaient 6.3 millions de personnes, soit 30 pour cent des assurés.

Au début de 1972, une fois les régimes publics d'assurance-médicale implantés dans toutes les provinces et dans les territoires septentrionaux à faible densité de population, l'assurance-médicale s'étendait à presque toute la population admissible, soit à un peu plus de 21.7 millions de personnes.

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-médicale et pour choisir le mode de financement du régime, c'est-à-dire grâce à des primes, à une taxe de vente, à d'autres recettes provinciales ou à un mélange de méthodes.

Outre la gamme complète des soins médicaux qui doivent être offerts aux termes de l'assurance par les provinces participantes, la plupart des régimes prévoient également d'autres soins comme faisant intégralement partie du contrat fondamental, mais aux frais desquels le Gouvernement fédéral ne participe pas. Les services de correction des troubles de réfraction prodigués par les optométristes sont prévus par exemple dans la majorité des régimes provinciaux. Certaines provinces étendent également la garantie à un volume restreint de services fournis par des praticiens tels que les chiropraticiens, les podiatres, les chirothérapeutes et les médecins naturistes. Les résidents peuvent, s'ils le désirent, continuer à obtenir une protection d'assurance, généralement en s'adressant à des organismes privés de libre association, pour les services supplémentaires comme les soins dentaires, des soins infirmiers spéciaux et les médicaments d'ordonnance.

Cinq des 12 régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-médicale financent leur part de l'ensemble des frais à l'aide des recettes fiscales générales seulement, de sorte que les familles ne paient presque aucuns frais directs, sauf les frais supplémentaires que peuvent à l'occasion exiger les médecins. Six des régimes ont recours au mode des primes pour aider au financement de leur part des frais, et l'un impose une taxe sur les salaires. De façon générale, la province se charge des primes des assistés sociaux, et on a recours à divers moyens afin d'alléger le fardeau des familles pauvres, mais qui se situent juste au-delà du seuil d'admissibilité à l'assistance sociale.

Chacun des 12 régimes fait l'objet d'un bref exposé dans les paragraphes qui suivent, par ordre chronologique de son intégration au programme national. Le régime de la Saskatchewan fait l'objet d'une description quelque peu détaillée, car il a servi de prototype pour l'élaboration de la plupart des autres régimes. On doit noter que même si la plupart des médecins sont rétribués sur la base du paiement à l'acte, les arrangements autres ou supplémentaires qui ont été retenus comprennent le traitement, le paiement à la séance, les services contractuels, le système de capitation et les incitations financières.

Saskatchewan Le régime de cette province, qui est entré en vigueur en juillet 1962, prévoit l'inscription de toute la population admissible. Les primes sont obligatoires et s'élèvent à \$24 par an par famille et à \$12 par an pour une personne seule. Ces primes n'absorbent qu'une faible partie des frais du programme. Les assistés sociaux sont automatiquement assurés, et on n'exige pas d'eux qu'ils acquittent les primes, pas plus que d'un chef de famille âgé de 65 ans ou plus.

La *Medical Care Insurance Commission*, qui est le principal organisme administratif, verse aux médecins leurs honoraires pour l'ensemble des services rendus en vertu du régime. Environ cinq pour cent de la population jouit d'une garantie selon des conditions ou des modalités semblables à celles de la Commission par la filière distincte de l'organisme administratif appelé *Swift Current Health Region*. Les autorités provinciales prennent également en charge la rétribution des soins médicaux dans les établissements pour malades mentaux et tuberculeux et dans le cadre de la lutte contre le cancer.

Les soins médicaux comprennent notamment les visites à domicile, au cabinet du médecin et à l'hôpital, les soins chirurgicaux, obstétriques, psychiatriques à l'extérieur des hôpitaux psychiatriques, l'anesthésie, les services de laboratoire et de radiologie, la médecine préventive et certains services fournis par les dentistes. Les prestations ne sont assorties d'aucune période d'attente et d'aucune exclusion pour des raisons d'âge ou de mauvais état de santé préalable. Les services de correction des troubles de réfraction prodigués par l'optométriste sont également prévus.

La *Medical Care Insurance Commission* acquitte les frais des services autorisés à raison de 85 pour cent de la plupart des frais non rattachés aux visites qui figurent au barème d'honoraires des médecins. La base de paiement pour ce qui est de la plupart des frais, au cabinet du médecin et à domicile, est également de 85 pour cent. Les frais de consommation d'abord imposés en 1968 ont été abolis le 1er août 1971.

Les médecins ont le choix entre trois modes de paiement. D'abord, le médecin peut recevoir directement des autorités publiques le paiement de 85 pour cent des frais selon le barème d'honoraires de l'association médicale et l'accepter comme règlement final et total. Deuxièmement, les malades et les médecins peuvent s'inscrire volontairement auprès d'un "organisme de santé autorisé" qui sert d'intermédiaire, pour ce qui est du paiement, entre les autorités publiques et les médecins; encore là, le médecin reçoit le pourcentage convenu du barème d'honoraires. Troisièmement, un médecin

peut choisir de présenter son compte directement au malade, qui le paie soit avant, soit après en avoir obtenu le remboursement des autorités publiques; le médecin peut facturer le malade directement pour ce qui est des sommes en sus de ce que les autorités publiques ont pris en charge. Aucun médecin n'est tenu de se confiner à l'un ou l'autre de ces modes de paiement. Les médecins peuvent aussi se faire payer par l'intermédiaire de cliniques qui sont financées à l'aide de contributions par tête par les autorités provinciales.

#### La Colombie-Britannique

Cette province s'est jointe au régime prévu par la Loi sur les soins médicaux le 1er juillet 1968. Le régime est administré par une Commission publique qui a compétence sur un certain nombre d'organismes assureurs autorisés, à but non lucratif, chargés de la gestion quotidienne des différents éléments du programme. Outre les soins médicaux et une gamme limitée d'interventions chirurgicales dentaires en milieu hospitalier, les risques couverts comprennent les services de correction des troubles de réfraction assurés par les optométristes, certains services d'orthopédie, une certaine part de physiothérapie, des soins infirmiers spéciaux, la chiropraxie et la médecine naturaliste.

La participation au régime est volontaire. Les primes sont fixées à \$5 par mois pour personnes seules, à \$10 par mois pour les familles de 2 personnes et à \$12.50 par mois pour les familles de trois personnes ou plus. Aux résidents admissibles (qui doivent avoir résidé dans la province pendant 12 mois consécutifs), le gouvernement offre une indemnité s'élevant au total à 90 pour cent de la prime pour les personnes qui ne touchent pas de revenu imposable et à 50 pour cent de la prime pour les personnes dont le revenu imposable se situe entre \$1 et \$1,000. Il n'y existe pas de clause d'exception comme en Alberta, en Saskatchewan et en Ontario pour les personnes âgées de 65 ans ou plus.

La rémunération des médecins s'effectue à raison de 90 pour cent du barème d'honoraires. Les médecins facturent les malades pour les services rendus, ou acceptent d'être payés directement par un organisme assureur. Dans le premier cas, le médecin doit, avant de fournir le service en question, faire savoir au malade par écrit qu'il est un médecin non participant, et le malade doit convenir par écrit qu'il est disposé à payer plus que le montant du remboursement qu'il peut toucher des autorités publiques. Dans le dernier cas, le médecin peut aussi demander des honoraires plus élevés que ceux du barème, pourvu que le malade en soit dûment avisé, qu'il convienne par écrit du supplément d'honoraires et que le montant des frais supplémentaires soit signifié à la Commission.

**Terre-Neuve** Cette province, tout comme la Nouvelle-Écosse et le Manitoba, s'est jointe au programme fédéral le 1er avril 1969. Le régime prévoit tous les soins médicalement requis que fournissent les médecins, plus certaines interventions chirurgicales dentaires pratiquées à l'hôpital. Les services de correction des troubles de réfraction n'y sont pas prévus.

Tous les résidents admissibles sont protégés et aucune prime n'est exigée, la portion provinciale du coût total des services assurés étant recouvrée par les voies fiscales ordinaires.

A Terre-Neuve, les prestations aux bénéficiaires sont limitées à 90 pour cent du montant figurant au barème d'honoraires. Les médecins doivent choisir un des modes de paiement disponibles et s'en tenir exclusivement à leur choix. Un médecin participant doit accepter, en paiement intégral de ses services, 90 pour cent des honoraires fixés. Un médecin non participant peut exiger davantage, à condition de prévenir le malade en ce sens et de l'informer qu'il se réserve le droit d'exiger plus que le montant des prestations prévues aux termes du régime.

Au début de 1971, les médecins et le gouvernement provincial se sont entendus sur une formule qui réduit le pourcentage du montant exigible selon le barème si le total des honoraires exigés dépasse la limite mensuelle établie.

La formule de réduction s'applique chaque fois que les honoraires mensuels dépassent \$6,000 dans le cas des chirurgiens, \$5,500 dans le cas des spécialistes et \$4,500 dans le cas des généralistes. Les paiements additionnels sont réduits à a) 75 pour cent lorsque l'excédent est de \$1,000 au moins et à b) 50 pour cent dans le cas de tout excédent de plus de \$1,000. Il est également possible d'établir, à la demande du médecin, une moyenne des mois à revenus relativement faibles et des mois à revenus relativement élevés.

Il est de tradition qu'un grand nombre de médecins de Terre-Neuve s'engagent par contrat auprès du gouvernement provincial et de certains organismes de bienfaisance en vue de dispenser des services dans les régions éloignées contre un traitement fixe. Cette coutume a été maintenue après le 1er avril 1969.

**Nouvelle-Écosse** La Nouvelle-Écosse s'est jointe au régime le 1er avril 1969 et la garantie s'applique à tous les résidents admissibles. Il est nécessaire de s'inscrire, mais les assurés n'ont aucune prime à verser, la totalité de la portion provinciale du coût des services assurés étant recouvrée, par les voies fiscales ordinaires.

Les services assurés englobent toutes les interventions médicalement requises par les praticiens, plus quelques interventions de chirurgie dentaire exécutées dans les hôpitaux. Les services de correction des troubles de réfraction par les optométristes ne sont pas prévus.

Les prestations versées aux termes du régime s'établissent à 85 pour cent du barème actuel des honoraires. Les praticiens doivent choisir soit de s'affilier et de recevoir tous leurs honoraires directement de l'organisme provincial, soit de ne pas s'affilier. Dans l'un ou l'autre cas, les praticiens peuvent exiger un montant supplémentaire mais ils doivent en ce cas obtenir le consentement écrit du malade avant de le traiter et ils doivent aussi indiquer le montant de ce supplément à la Commission.

Le régime de la Nouvelle-Écosse est administré par un organisme assureur sans but lucratif désigné par les autorités publiques comme étant leur seul agent autorisé à l'égard des comptes relatifs au mode de paiement à l'acte. Cet organisme se charge de toutes les tâches relatives à la vérification de l'admissibilité ainsi qu'au traitement et au règlement de toutes les demandes d'indemnité, sous réserve d'une vérification par les autorités publiques.

#### Manitoba

Le Manitoba adhère au régime établi en vertu de la Loi fédérale sur les soins médicaux depuis le 1er avril 1969. Tous les résidents admissibles doivent s'inscrire et tous ont droit aux services assurés même s'ils ne versent pas les primes requises. La prime combinée pour soins médicaux et hospitaliers est de \$49.80 pour les personnes seules et de \$99.60 pour les couples et les familles. Les assistés sociaux sont assurés d'office sans avoir à verser de prime. Il n'existe pas de subventions de prime car on considère que les primes sont peu élevées. Les personnes et les familles qui sont admissibles aux prestations maximales au titre de supplément du revenu garanti, ne sont pas tenues de verser les primes. Les personnes qui ne reçoivent pas tout à fait ce maximum sont exemptées de verser les primes si elles bénéficient d'une forme quelconque d'assistance sociale.

Les services assurés englobent tous les soins médicalement nécessaires dispensés par les médecins et quelques interventions de chirurgie dentaire effectuées en milieu hospitalier. Sont également assurés à l'intérieur de limites précises les services de chiropraxie et de correction des troubles de réfraction dispensés par les optométristes.

Les médecins ont le choix de s'affilier au régime et de recevoir tous leurs honoraires des pouvoirs publics ou de se faire payer

directement par tous leurs patients. Dans le premier cas, le montant reçu (85 pour cent des honoraires figurant au barème) doit tenir lieu de règlement final. Le praticien non affilié doit donner un "préavis raisonnable" à son patient s'il a l'intention d'exiger un supplément.

**Alberta** L'Alberta a adopté le régime fédéral des soins médicaux le 1er avril 1969 et en a confié la gestion à une Commission d'assurance-maladie (*Health Care Insurance Commission*). La prime annuelle est de \$69 pour les personnes seules et de \$138 pour les familles; le régime prévoit à la fois les soins médicaux et hospitaliers. Des subventions ramènent les primes à \$24 et à \$48 respectivement pour les personnes seules et les familles sans revenu imposable l'année précédente; à \$36 pour les personnes seules dont le revenu imposable ne dépasse pas \$500 et à \$72 pour les familles dont le revenu combiné imposable ne dépasse pas \$1,000. Les chefs de famille âgés de 65 ans et plus sont exemptés des primes, cette mesure s'appliquant également au conjoint s'il est âgé de plus de 65 ans.

L'inscription et le versement des primes applicables sont obligatoires. Les résidents qui n'accomplissent pas ces formalités devront attendre trois mois après leur inscription avant d'être assurés.

Outre les services des médecins et quelques services de chirurgie dentaire, dont les frais sont partagés avec le Gouvernement fédéral, le régime albertain englobe les services de correction des troubles de réfraction dispensés par les optométristes, les services et les appareils utilisés par les podiatres, ainsi qu'une gamme restreinte de services de chiropraxie.

Les résidents qui s'opposent en principe à demander des prestations en vertu du nouveau régime combiné d'assurance maladie peuvent choisir de ne pas en faire partie et de ne pas verser les primes. Pour ce qui est des soins hospitaliers et autres soins connexes, ils peuvent souscrire une assurance personnelle, mais l'application de la loi fédérale sur les soins médicaux empêche les organismes privés d'offrir des polices d'assurance sur les soins médicaux.

Le régime offre également à ses cotisants la possibilité de souscrire une assurance de soins supplémentaires (également sujets à l'octroi de subventions) auprès de la Croix-Bleue de l'Alberta. Cette adhésion facultative assure le paiement des frais non couverts pour les chambres privées et semi-privées, les services d'ambulance, les médicaments, les appareils, les soins infirmiers à domicile, les services de médecins naturistes, les services psychologiques en clinique et les soins dentaires en cas de blessure accidentelle.

Les praticiens sont payés conformément au barème d'honoraires en vigueur pour 1972. Les médecins peuvent exiger une somme supplémentaire de leurs patients, mais ils doivent alors en aviser ceux-ci d'avance et leur indiquer quel sera le montant total de leurs honoraires et le montant payé par le régime d'assurance.

**Ontario** L'Ontario s'est jointe le 1er octobre 1969. L'inscription est obligatoire pour les groupes d'employés de 15 personnes ou plus. Le régime comprend en outre des dispositions pour la mise sur pied facultative de groupes de 5 à 14 employés pour lesquels l'inscription devient alors obligatoire. Un organisme qui compte 5 personnes ou plus peut demander de participer à titre de groupe encaisseur. Sont prévus tous les services médicalement nécessaires dispensés par des praticiens et des chirurgiens dentaires dans des conditions hospitalières bien définies, les services de correction des troubles de réfraction effectués par des optométristes et, avec certaines réserves les services paramédicaux dispensés par des chiropracteurs, des mécanothérapeutes et des podiatres.

Les médecins doivent adopter l'un de deux modes de paiements pour les services assurés. Ceux qui présentent leur note de frais directement à l'organisme payeur sont payés au taux de 90 pour cent du barème officiel d'honoraires et ils ne peuvent exiger le solde de leurs patients. Les médecins qui décident de facturer leurs patients directement ne peuvent rien exiger du régime d'assurance. Les patients doivent alors payer le montant exigé par le médecin et recouvrer du régime 90 pour cent du montant prévu au barème d'honoraires pour le service dispensé.

Les primes du régime combiné d'assurance-médicale et d'assurance-hospitalisation s'élèvent à \$132 par année pour les personnes seules et à \$264 par année pour les couples et les familles. Les assistés sociaux et les résidants âgés de 65 ans et plus sont tous exemptés de verser les primes. Les subventions de primes ont été prorogées jusqu'au 1er avril 1972 et s'appliquent aussi bien à l'assurance-médicale qu'à l'assurance-hospitalisation. Les primes des personnes seules et des familles sans revenu imposable pour l'année courante sont payées en entier grâce à ce système: les personnes seules dont le revenu imposable est inférieur à \$1,000 et les couples ou les familles dont le revenu imposable est inférieur à \$2,000 reçoivent une subvention équivalant à 50 pour cent du montant des primes.

Les pouvoirs publics de l'Ontario avaient au départ confié la gestion du régime à des organismes privés. Dès 1972, on a progressivement éliminé les assureurs privés et leurs fonctions ont été prises en charge par le secteur public.

Québec Cette province s'est jointe au régime national le 1er novembre 1970. L'inscription de tous les résidants admissibles est obligatoire et, à l'instar des autres régimes, les prestations s'appliquent à tous les services médicalement nécessaires dispensés par les médecins, ainsi qu'aux services de correction des troubles de la réfraction assurés par les optométristes et à une gamme restreinte de soins dentaires. Les soins médicaux sont dispensés en grande partie par des médecins exerçant en pratique libérale qui sont ensuite payés en fonction des demandes d'indemnité soumises. Les médecins affiliés reçoivent l'intégralité de leurs honoraires directement ou indirectement de la Régie de l'assurance-maladie du Québec conformément à un barème des prestations négocié pour chaque acte exécuté et ils ne peuvent pas exiger d'honoraires supplémentaires. Ils peuvent toutefois exiger de se faire payer par le patient, qui est ensuite remboursé par la Régie. Les médecins qui choisissent de ne pas s'affilier au régime doivent percevoir tous leurs honoraires de leurs patients (à l'exception des soins dispensés en cas d'urgence) et ceux-ci ne peuvent pas, contrairement aux patients des autres provinces, se faire rembourser par l'organisme provincial. Ils doivent payer le montant intégral des honoraires.

La partie des coûts prise en charge par la province est financée au moyen d'un impôt sur le revenu des particuliers. Tout contribuable dont le revenu annuel net s'élève à \$4,000 ou plus s'il est marié et à \$2,000 ou plus s'il vit seul, doit contribuer 0.8 pour cent de ce revenu net, jusqu'à concurrence de \$125 dans le cas des employés dont le salaire constitue au moins les trois quarts du revenu et de \$200 dans les autres cas. Les employeurs contribuent également 0.8 pour cent du total de leurs charges salariales. Les assistés sociaux et les autres particuliers dont le revenu est inférieur aux seuils précités sont assurés sans avoir à verser la contribution sur le revenu net.

Île-du-Prince-Édouard La province s'est jointe au régime fédéral le 1er novembre 1970. Les avantages sont semblables à ceux des autres provinces. L'inscription est requise mais n'est pas une condition d'admissibilité. Tous les fonds nécessaires au financement de la partie provinciale des coûts sont recouverts par les voies fiscales ordinaires. Les médecins qui décident de facturer directement leurs patients peuvent exiger un supplément d'honoraires, mais seulement jusqu'à concurrence du montant qui figure au barème de l'association des médecins et après en avoir avisé leurs patients, obtenu leur consentement écrit et informé l'organisme provincial de la somme exigée. Les médecins qui choisissent de présenter leurs comptes à l'organisme provincial reçoivent 85 pour cent du montant qui figure au barème des honoraires; ils doivent considérer ce paiement comme un règlement final, à moins, évidemment, qu'ils avisent le patient de leur

intention d'exiger un supplément correspondant à l'autre 15 pour cent et obtiennent son consentement écrit.

#### Nouveau-Brunswick

La province s'est jointe au régime fédéral le 1er janvier 1971. L'inscription du chef de famille est requise mais ce n'est pas une condition d'admissibilité. Les médecins doivent faire savoir s'ils participent ou non au régime; dans l'affirmative, ils doivent accepter 87 pour cent du barème des honoraires en vigueur en règlement de leurs services (à l'exception de l'ensemble des services obstétriques dispensés par un spécialiste, ce dernier pouvant dans ce cas exiger un supplément spécifié<sup>3</sup>. Les médecins qui choisissent de traiter directement avec leurs patients à l'égard des honoraires peuvent exiger un montant supérieur à 87 pour cent du barème d'honoraires.

Le régime du Nouveau-Brunswick, comme les autres régimes, prévoit des soins complets, y compris certaines interventions de chirurgie dentaire effectuées en milieu hospitalier.

#### Territoires du Nord-Ouest

Les Territoires du Nord-Ouest se sont joints au régime national le 1er avril 1971. Les médecins qui choisissent de présenter leurs comptes à l'organisme assureur du Territoire doivent accepter en règlement final le montant qui figure au barème des prestations établi par l'organisme. Les médecins qui préfèrent se faire payer directement par leurs patients doivent d'abord prévenir l'organisme assureur qu'ils ne participent pas au régime et prévenir le patient de leur intention. Comme dans les quatre provinces de l'Atlantique, les services de correction des troubles de réfraction ne sont pas prévus. Les Territoires financent entièrement leur part des coûts de l'assurance par les voies fiscales ordinaires.

A cause des conditions d'isolement qui existent dans cette région septentrionale, il est d'usage, tout comme dans les ports éloignés de Terre-Neuve, qu'un grand nombre de médecins s'engagent à travailler comme employés salariés pour des institutions ou des organismes indépendants, bien que ces organismes soient rétribués à l'acte par les pouvoirs publics, comme s'il s'agissait de médecins exerçant en pratique libérale.

#### Yukon

Avec l'adhésion, le 1er avril 1972, de ce territoire à faible population (20,000 personnes) au régime national, on pouvait dire que pratiquement toute la population canadienne était assurée pour les soins hospitaliers et les soins médicaux.

3 Le montant exact que l'obstétricien peut exiger est spécifié par la loi au Nouveau-Brunswick, mais d'autres provinces permettent aux spécialistes d'exiger des honoraires supplémentaires pour des soins dispensés à une parturiente lorsque celle-ci ne lui est pas envoyés par un médecin et lorsque le taux des honoraires du spécialiste est plus élevé que le taux prévu par le régime.

A l'instar de cinq autres provinces canadiennes, le régime du Yukon prélève des primes pour financer sa part des coûts. L'inscription de tous les résidants est requise, mais le versement des primes n'est pas une condition essentielle à la protection offerte par le régime.

Les primes s'élèvent à \$78 par année pour les personnes seules, à \$150 pour les couples et à \$174 pour les familles. Les employeurs sont tenus de retenir à la source les primes de leurs employés et de remettre ces sommes au régime. Il est possible de faire en sorte que le coût des primes soit partagé en vertu de conventions collectives.

Les familles à faible revenu jouissent d'une subvention de primes. Les particuliers et les familles sans revenu imposable l'année précédente sont exemptés du paiement des primes. Les primes de personnes seules dont le revenu imposable ne dépasse pas \$500 sont réduites de moitié, de même que celles des couples dont le revenu combiné imposable est de \$1,000 ou moins et des familles dont le revenu imposable est de \$1,300 ou moins. Le Gouvernement fédéral se charge des primes pour le compte des indigènes dont il assume la responsabilité.

Le médecin peut présenter une demande d'indemnité soit au régime directement, soit au patient lui-même. Lorsque le patient reçoit la note d'honoraires du médecin, celle-ci doit être accompagnée d'une état détaillé des services dispensés aux fins du remboursement auprès du régime. Les médecins qui choisissent de se faire payer directement par leurs patients sont libres de conclure n'importe quelle entente à cet égard, pourvu qu'ils le fassent avant d'assurer les soins convenus, sinon, ils doivent accepter le montant fixé par le régime comme règlement final.

#### Programmes de soins médicaux pour les assistés sociaux

Toutes les provinces avaient mis sur pied des programmes individuels en vertu desquels certains soins médicaux et d'autres avantages connexes étaient assurés aux assistés sociaux avant l'introduction des régimes provinciaux d'assurance-médicale. Des programmes provinciaux offrant des services de santé bien précis avaient été instaurés en Ontario (1942), en Saskatchewan (1945), en Alberta (1947), en Colombie-Britannique (1949), en Nouvelle-Écosse (1950), au Manitoba (1960), au Québec (1966), à l'Île-du-Prince-Édouard (1966) et au Nouveau-Brunswick (1967). Terre-Neuve était déjà dotée, depuis plusieurs années, d'un régime qui fournissait les soins requis aux nécessiteux. On estime que le nombre total de personnes admissibles à des prestations en vertu de ces programmes, représente environ 5 pour cent de la population canadienne.

Depuis 1966, en vertu du Régime d'assistance publique du Canada, le Gouvernement fédéral prend en charge la moitié du coût des soins qui ne sont pas couverts par les régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance médicale. La protection offerte à l'heure actuelle pour les principaux services est la suivante:

#### *Soins médicaux*

Les assistés sociaux des provinces étaient automatiquement inscrits sans avoir à verser de primes au moment de l'entrée en vigueur des régimes publics de soins médicaux dans les provinces. En vertu de ces programmes destinés aux assistés sociaux, les honoraires des praticiens sont identiques à ceux qui s'appliquent pour l'ensemble de la population. Les avantages peuvent toutefois être un peu plus étendus et englober des services qui ne sont habituellement pas assurés, comme les frais de déplacement et les conseils dispensés par téléphone. Les frais modérateurs et les suppléments d'honoraires ne sont généralement pas exigés.

#### *Soins hospitaliers*

Les régimes d'assurance-hospitalisation de chaque province assurent automatiquement les assistés sociaux sans qu'ils aient à verser les primes ou à acquitter les autres frais.

#### *Médicaments de prescription*

En Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan, au Nouveau-Brunswick, au Québec et à Terre-Neuve, pratiquement tous les assistés sociaux bénéficient de régimes d'assistance-médicaments. Au Manitoba, il existe un tel régime pour toutes les personnes qui sont désignées comme étant âgées et infirmes, les bénéficiaires d'allocations de maternité et les personnes à leur charge, les pupilles de l'État et les indigents des régions non administrées. On a recours à divers systèmes des listes de médicaments qui font ou ne font pas l'objet des prestations et les barèmes de paiement aux pharmaciens ou aux médecins qui dispensent ces médicaments sont négociés par les provinces. Plusieurs régimes prévoient des frais modérateurs de la part des patients.

Le coût des médicaments fournis localement dans les provinces d'Ontario et de Nouvelle-Écosse peut être partagé en vertu de la loi provinciale ainsi qu'aux termes du Régime d'assistance publique du Canada.

Dans quelques provinces, certains médicaments vendus sans ordonnance peuvent faire l'objet de prestations selon un taux variable;

c'est le cas, par exemple, des anti-acides, des shampoings contre les pellicules et de l'aspirine prescrite dans les cas d'arthrite. Il est également d'usage de fournir, par l'intermédiaire des ministères de la Santé, les médicaments essentiels pour les soins de sustentation.

#### *Soins dentaires*

Des régimes d'assurance dentaire sont en vigueur dans la majorité des provinces pour certaines catégories d'assistés sociaux. En Colombie-Britannique, les assistés sociaux doivent se soumettre à un examen spécial des moyens d'existence avant de pouvoir bénéficier de ce régime. Un régime distinct est en vigueur dans cette province pour les enfants âgés de moins de 13 ans de tous les assistés sociaux. 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. Le Québec a adopté un régime qui met l'accent sur les soins dentaires en bas âge.

Tous ces régimes de soins dentaires excluent certains services et exigent une autorisation préalable à l'exécution de certains autres services. Dans les trois provinces les plus à l'ouest du pays, 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 aux dentistes sont versés 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 pour cent du coût des dentiers.

Les régimes provinciaux d'assurance-médicale prévoient certaines interventions de chirurgie dentaire effectuées en milieu hospitalier par des praticiens et des dentistes.

#### *Soins ophtalmologiques*

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

Avec la mise en oeuvre à l'échelle nationale de régimes d'assurance-médicale, les services de correction des troubles de réfraction assurés par des médecins figurent parmi les prestations générales de la plupart des régimes et les services de ce genre assurés par les optométristes y figurent également dans certaines provinces.

Les montures, les lentilles et les ajustements figurent toujours sur la liste des services assurés dans les provinces de l'Ouest. Certaines restrictions générales s'appliquent toutefois aux sommes versées pour les montures afin d'éviter les abus (montures esthétiques).

#### *Autres avantages*

Certaines provinces assurent d'autres services tels que les soins infirmiers à domicile, les appareils, la physiothérapie, la podiatrie, la chiropraxie et le transport en cas d'urgence. A noter que ces prestations sont habituellement laissées à la discrétion des autorités provinciales. Tous ces paiements, y compris ceux qui sont effectués par les municipalités, sont partageables en vertu du Régime d'assistance publique du Canada. Certains de ces avantages sont maintenant offerts par les régimes provinciaux d'assurance médicale.

#### *Programmes fédéraux*

Le Gouvernement fédéral a traditionnellement fourni une vaste gamme de services aux anciens combattants dans le besoin ainsi qu'aux Indiens et aux Esquimaux.

Ces groupes de citoyens sont maintenant protégés en vertu de régimes d'assurance-médicale et d'assurance-hospitalisation publics des provinces et des territoires. Le Gouvernement fédéral se charge des primes et des frais modérateurs dans la majorité des cas et il continue de prendre en charge, au besoin, les soins de longue durée qui ne sont pas prévus par les régimes provinciaux.

#### *Régime d'assistance publique du Canada*

Le coût des soins fournis aux assistés sociaux est partagé avec le Gouvernement fédéral aux termes du Régime d'assistance publique du Canada aux mêmes conditions que celles qui s'appliquent dans le cas de l'aide financière et des services de bien-être social (*voir la section intitulée Assistance sociale*).

**Immigrants** Comme on l'a déjà mentionné, toutes les provinces ont mis sur pied des régimes d'assurance qui dans l'ensemble garantissent pratiquement tous les soins médicalement nécessaires dispensés à l'hôpital, dans le cabinet d'un praticien ou à la maison. Les services assurés englobent la chirurgie et les tests diagnostiques. La période normale d'attente pour un nouveau résident d'une province est de trois mois après y avoir élu domicile. Certaines provinces ont toutefois prévu des dispositions pour éliminer cette période; ainsi en Saskatchewan un immigrant reçu jouit de la garantie dès qu'il s'inscrit et qu'il verse la prime.

Les formalités relatives aux soins médicaux et hospitaliers varient d'une province à l'autre pour ce qui est des périodes d'attente auxquelles sont soumis les immigrants reçus civils.

On peut généralement définir trois catégories d'immigrants:

- 1) les immigrants reçus qui ont clairement établi leur résidence dans une province;
- 2) les Canadiens rapatriés, les Canadiens qui reviennent au pays, les immigrants reçus qui reviennent au pays et les citoyens canadiens qui établissent leur résidence dans une province pour la première fois;
- 3) les conjoints de nationalité étrangère (de résidents canadiens) qui établissent leur résidence dans une province pour la première fois.

Le tableau en annexe sur les périodes d'attente ne saurait être complet puisqu'il existe beaucoup de situations irrégulières qui ne correspondent pas aux paramètres indiqués. La liste ne fait qu'énumérer les pratiques générales<sup>4</sup>.

Aucun régime provincial ou territorial ne peut interdire ou limiter l'adhésion ou les prestations pour des raisons d'âge, de situation économique ou d'état 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 optométristes, les médicaments de prescription les physiothérapeutes, les podiatres, les chiropracteurs, les ostéopratciens et les médecins naturistes.

En plus de l'examen médical que subissent les immigrants, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social les aide à s'assurer des soins après leur arrivée au Canada. Le ministère prend en charge les frais médicaux et dentaires des immigrants non

4 Voir l'Annexe qui suit la page 34.

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. Dans les provinces où les immigrants ne sont pas admissibles aux régimes d'assurance-hospitalisation provinciaux, les coûts sont partagés également pour une durée maximum d'un an en vertu d'une entente intervenue entre le ministère de la Main-d'oeuvre et de l'Immigration et les gouvernements provinciaux.

#### Services de réadaptation

Des organismes publics et bénévoles fournissent des services de réadaptation aux invalides et aux handicapés, y compris des traitements thérapeutiques, l'enseignement spécialisé et la réadaptation professionnelle. Le Gouvernement fédéral est chargé de la réadaptation des anciens combattants invalides et, en collaboration avec les provinces, de l'aide aux indigènes handicapés (Indiens et Esquimaux). 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 paraplégie, de fibrose kystique et d'autres affections.

La réadaptation médicale, financée par les régimes provinciaux d'assurance-médicale et d'assurance-hospitalisation, est offerte dans 36 unités hospitalières de réadaptation et dans 15 centres de réadaptation pour hospitalisés. On compte en outre quelque 20 cliniques externes de réadaptation pour les enfants, subventionnées par des organismes de bienfaisance et les ministères provinciaux de la Santé. Les Commissions des accidents du travail de cinq provinces gèrent des centres de réadaptation fonctionnelle pour les ouvriers blessés au travail. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a ouvert 12 centres de prothèses dans les grandes villes du pays. Les universités offrent enfin des cours en physiothérapie, en ergothérapie, en audiologie et en orthophonie, ainsi qu'en prothèses et en orthèses.

Aux termes d'un programme fédéral de réadaptation professionnelle, les ministères provinciaux du Bien-être social ou des Affaires sociales prennent des dispositions pour que les handicapés soient traités; on évalue l'infirmité, on assure les counseling et la formation professionnelle nécessaires aux handicapés et on leur trouve un emploi au besoin. Dans certaines régions, outre les Centres de main-d'oeuvre du Canada, des comités locaux et des organismes de bienfaisance s'occupent de trouver des emplois aux handicapés.

#### Organismes sanitaires de bienfaisance

Les organismes sanitaires de bienfaisance nationaux, provinciaux et municipaux continuent de jouer un rôle important en suppléant aux services sanitaires gouvernementaux, notamment dans les domaines de l'éducation sanitaire 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 (cécité, paralysie cérébrale, surdité, épilepsie, diabète, maladie mentale, hémophilie et 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 et organise des collectes de sang pour distribution aux hôpitaux. L'Ordre de Saint-Jean organise des cours de secourisme, de soins à domicile et de pédiatrie en plus d'assurer 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 protégés pour les handicapés et assurent l'évaluation et la formation de ces personnes.

Plusieurs organismes de bienfaisance nationaux s'occupent de recherche médicale, de formation professionnelle et d'éducation sanitaire ou appuient ces actions. Parmi ces organismes, on compte l'Institut national du cancer, la Fondation canadienne du coeur, la Société canadienne contre l'arthrite et le rhumatisme et l'Association canadienne de la dystrophie musculaire.

## PARTIE II -- SOUTIEN DU REVENU

### *Allocations familiales*

Tout enfant de moins de 16 ans qui est n  au Canada ou qui y réside depuis au moins un an ou dont le père ou la mère y a résidé pendant les trois années qui ont précédé sa naissance, peut prétendre aux allocations familiales. Ces allocations, qui ont été instaurées en 1945, proviennent des recettes fiscales et sont versées par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et ne sont pas imposables aux fins de l'impôt sur le revenu. L'exemption d'impôt sur le revenu accordée au nom des enfants à charge admissibles de moins de 16 ans est toutefois moins élevée que l'exemption accordée au titre des personnes à charge plus âgées. Les allocations sont de \$6 par mois dans le cas des enfants de moins de dix ans et de \$8 dans le cas des enfants âgés de 10 à 16 ans exclusivement. Le ministère verse une assistance familiale aux mêmes taux pour chaque enfant de moins de 16 ans à la charge d'un immigrant reçu ou d'un Canadien qui revient au Canada afin d'y résider à titre permanent. Cette allocation est versée jusqu'à ce que l'enfant soit admissible aux allocations familiales.

En 1967, le Québec a établi un programme d'allocations familiales supplémentaires à l'intention des enfants à charge de moins de 16 ans. Les allocations établies en fonction de la taille de la famille et de l'âge des enfants sont payées deux fois par année.

#### *Allocations aux jeunes*

Ce régime qu'administre le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social est entré en vigueur en septembre 1964. Il accorde des allocations mensuelles de \$10 au nom de chaque adolescent à charge âgé de 16 ou 17 ans qui suit des cours à plein temps ou qui en est empêché pour des raisons d'infirmité physique ou mentale. Les allocations aux jeunes proviennent des recettes fiscales et ne sont pas imposables aux fins de l'impôt sur le revenu. On accorde une exemption d'impôt sur le revenu plus élevée à l'égard d'un enfant à charge de 16 ans ou plus qu'à l'égard d'un enfant de moins de 16 ans. L'admissibilité repose sur la résidence au Canada des parents de l'enfant; même si un enfant s'absente temporairement du Canada pour étudier à l'étranger ou, s'il est invalide, pour recevoir des soins, il demeure admissible aux allocations. Le Québec est doté de son propre régime d'allocations aux jeunes, régime pour lequel il est dédommagé aux termes de dispositions financières spéciales conclues avec le Gouvernement fédéral.

#### *Régime de pensions du Canada*

Le Régime de pensions du Canada est un régime d'assurance sociale contributif établi à l'intention des travailleurs canadiens admissibles. La loi portant création du régime a été adoptée en 1965 et les premières cotisations ont été perçues en 1966. Chaque cotisant acquiert le droit à une pension de retraite dont le montant sera proportionnel à ses gains antérieurs. Le régime prévoit aussi le versement de prestations au cotisant invalide et aux enfants à sa charge et, au décès du cotisant, d'une prestation de décès forfaitaire et des prestations mensuelles à la veuve et aux orphelins. Le Québec administre son propre régime, le Régime de rentes du Québec, qui est étroitement lié au Régime de pensions du Canada de sorte que les deux régimes fonctionnent pratiquement comme un seul et même régime. Ensemble, ils s'appliquent à la presque totalité des travailleurs du Canada. Parmi les quelques travailleurs qui ne tombent pas sous le coup de ces régimes, les groupes les plus importants sont celui des salariés qui gagnent \$600 ou moins par année et celui des travailleurs autonomes qui gagnent moins de \$800 par année.

Le financement du régime est assuré par les cotisations des salariés, des employeurs et des travailleurs autonomes ainsi que

par les intérêts sur les placements du fonds du régime. Un indice de pension et un indice des gains servent à redresser périodiquement le niveau des prestations et des cotisations en fonction des fluctuations économiques. L'indice de pension reflète les hausses de l'indice des prix à la consommation depuis 1 pour cent jusqu'à un maximum de 2 pour cent et sert principalement à rajuster les prestations. L'indice des gains, qui se fonde sur la moyenne mobile à long terme des salaires et des traitements sur le plan national, servira surtout, à compter de 1976, à rajuster les limites des cotisations en vertu de ce régime. Les pensions de retraite ont été versées pour la première fois en janvier 1967 aux cotisants de 68 ans et plus qui avaient pris leur retraite. Chaque année par la suite, l'âge d'admissibilité à la pension a été diminué d'un an de sorte que depuis 1970 tout cotisant de 65 ans ou plus peut demander sa pension de retraite.

Le régime comporte une période de transition de dix ans au cours de laquelle on verse des pensions de retraite partielles avant que la pension ne soit payable en entier. La pension de retraite peut être versée à un cotisant âgé de 65 à 70 ans sous réserve d'une attestation de la retraite; elle s'applique également à ceux qui reprennent un emploi après avoir commencé à toucher une pension de retraite. A l'âge de 70 ans, l'attestation de la retraite n'est plus nécessaire. Les prestations aux survivants, y compris les pensions de veuve, de veuf invalide ou d'orphelin et les prestations de décès, sont versées depuis 1968, et les pensions de cotisants invalides et des enfants qui leur sont à charge, depuis le printemps de 1970.

Pour bénéficier de ce régime, les personnes admissibles doivent obtenir un numéro d'assurance sociale afin que leur dossier personnel des gains puisse être identifié et tenu à jour. Toute personne peut en appeler de toute décision relative à l'admissibilité, aux cotisations et aux prestations. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social est chargé de l'administration des prestations. L'admissibilité et les cotisations ressortissent au ministère du Revenu national.

#### *Sécurité de la vieillesse*

En vertu de ce régime, le Gouvernement verse une pension mensuelle (\$82.88 en 1972) à toute personne admissible de 65 ans ou plus. Pour être admissible, le requérant doit avoir habité le Canada au moins pendant les dix années qui ont précédé immédiatement sa demande de pension. Toute interruption de résidence durant cette période peut être compensée si, depuis l'âge de 18 ans, le requérant a résidé au Canada pour des périodes égales, en tout, à trois fois

La durée de ses absences; en pareil cas, toutefois, le requérant doit également avoir résidé au Canada pendant une année immédiatement avant la date où il présente sa demande. Les personnes qui ont résidé 40 ans au Canada depuis leur dix-huitième anniversaire de naissance et qui ont quitté le Canada avant d'avoir atteint l'âge de 65 ans sont admissibles à la pension de vieillesse. Le pensionné qui réside à l'étranger de façon permanente, mais qui a vécu au Canada pendant 20 ans après avoir atteint l'âge de 18 ans, peut continuer de toucher sa pension indéfiniment. Sinon, le versement de la pension aux pensionnés absents du Canada se poursuit durant six mois en sus du mois de départ, puis il est interrompu jusqu'au retour du pensionné au Canada.

La pension de 1972 a été ajustée en fonction de la hausse procen-tuelle de l'indice des prix à la consommation au cours de l'année financière 1971-1972 par rapport à celle de l'année financière 1970-1971. A compter de 1973, la pension de la sécurité de la vieillesse sera rajustée le 1er avril de chaque année en fonction du pourcentage intégral de hausse du coût de la vie au cours de l'année financière précédente.

Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social administre ce régime par l'entremise de ses bureaux régionaux dans chacune des capitales provinciales où les demandes sont présentées.

#### *Supplément de revenu garanti*

Ce régime, mis en oeuvre en janvier 1967, doit assurer aux bénéficiaires de la pension de sécurité de la vieillesse un revenu minimal garanti. Depuis le 1er janvier 1972, le nouveau montant maximal de la pension et du supplément se chiffre à \$150 par mois pour une personne seule ou pour une personne mariée dont le conjoint ne touche pas la pension (pension de sécurité de la vieillesse de \$82.88 et supplément de \$67.12) et à \$285 par mois pour un couple (soit une pension de sécurité de la vieillesse de \$82.88 et un supplément de \$59.62 pour chacun des conjoints). Le versement du supplément est soumis à un examen du revenu et le montant est fonction du revenu dont dispose le requérant en plus de sa pension de sécurité de vieillesse. Aux fins de ce régime, le revenu est déterminé de la même façon qu'aux termes de la Loi de l'impôt sur le revenu. En 1972, les pensionnés qui ne touchent que la pension de la sécurité de la vieillesse ont un revenu annuel garanti de \$1,800 dans le cas des personnes seules et de \$3,420 dans le cas d'un couple marié dont les deux conjoints reçoivent déjà la pension de sécurité de la vieillesse. Les pensionnés qui jouissent d'un autre revenu en sus de la pension de sécurité de la vieillesse ne reçoivent que des prestations partielles. Selon le principe servant à calculer le montant de la prestation partielle, le supplément

mensuel maximal est diminué d'un dollar pour chaque \$2 de revenu mensuel dont dispose le pensionné en plus de sa pension de sécurité de la vieillesse et de tout supplément qu'il peut avoir touché. Le versement du supplément à l'extérieur du Canada est assujéti aux mêmes règles que la pension sauf qu'il ne peut être effectué que pour une période d'absence temporaire. A compter de 1973, le supplément de revenu garanti sera rajusté le 1er avril de chaque année pour tenir compte de l'augmentation intégrale du coût de la vie survenue au cours de l'année financière précédente.

Le supplément est administré par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Il appartient au ministère du Revenu national de contrôler les données provenant des rapports reçus au titre du supplément, en les confrontant avec l'information qui lui est soumise aux termes de la Loi de l'impôt sur le revenu.

#### *Assurance-chômage*

Un régime d'assurance-chômage, que la Commission d'assurance-chômage administre par l'entremise de son siège principal, de ses bureaux régionaux et de ses bureaux locaux situés partout au pays, a été établi en vertu de la Loi sur l'assurance-chômage. La participation au régime est obligatoire pour tous les salariés qui travaillent sous la direction et le contrôle d'un employeur. Les pêcheurs qui travaillent à leur propre compte entrent dans cette catégorie à titre provisoire en attendant l'adoption d'une nouvelle loi concernant cette industrie. Les personnes gagnant moins de \$30 par semaine ou l'équivalent de 20 fois le salaire minimal de la province, suivant celle de ces deux sommes qui est la moindre, et tous les autres travailleurs autonomes sont exclus du régime d'assurance-chômage.

Les travailleurs assurés et les employeurs versent des cotisations à la caisse d'assurance-chômage. En 1972, le taux des cotisations de tous les travailleurs était le même sur les premiers \$150 de leurs gains hebdomadaires (le plafond des gains augmente chaque année). Les employeurs importants versent entre 100 et 200 pour cent du taux des contributions de la personne assurée, selon le coefficient de licenciement de cette dernière fondé sur la moyenne mobile de trois années. Les petits employeurs, dont les déboursés en salaires assurables se chiffrent à moins de \$78,000 (en 1972), versent 140 pour cent du taux des contributions de l'assuré. Le Gouvernement fédéral absorbe le coût supplémentaire des prestations lorsque le taux de chômage atteint plus de 4 pour cent en plus du coût résultant de la prolongation de la période de prestation accordée aux requérants qui sont en chômage pendant de longues périodes.

Est admissible aux prestations minimales toute personne ayant travaillé au moins huit semaines dans les 52 semaines qui précèdent la demande. La personne qui a travaillé 20 semaines ou plus durant cette période touche les prestations intégrales, y compris les prestations versées pour cause de maladie ou de grossesse. Le réclamant doit être en mesure de travailler, prêt à travailler et disponible pour le travail, mais incapable de trouver un emploi convenable ou incapable de travailler pour des raisons de santé ou de grossesse; le réclamant doit en outre être inscrit au régime.

Les prestations d'assurance-chômage se chiffrent à 66 2/3 pour cent des gains hebdomadaires assurés précédents (maximum de \$100 par semaine en 1972) et à 75 pour cent pour les réclamants à faible revenu qui ont des personnes à leur charge ou pour les chargés de famille dont la période de chômage est prolongée. Les prestations sont normalement versées après une période d'attente de deux semaines jusqu'à concurrence de 51 semaines; pour les personnes en chômage pour des raisons de maladie ou de grossesse, elles sont versées pendant 15 semaines; et enfin durant trois semaines (sans la période d'attente de deux semaines) pour les personnes qui prennent leur retraite.

#### *Indemnisation des accidents du travail*

Toutes les provinces disposent d'une loi qui assure l'indemnisation des travailleurs victimes d'accidents ou de maladies survenus du fait de leur travail. Quoique ces régimes diffèrent quelque peu d'une province à l'autre, ces lois s'appliquent à la plupart des industries et des groupes d'occupation. Parmi les principaux groupes de travailleurs qui ne sont pas assurés, on compte les travailleurs agricoles (sauf en Ontario), les domestiques, les travailleurs occasionnels, les employés de la plupart des entreprises financières et professionnelles et des compagnies d'assurance de même que, dans certaines provinces, les employés de certaines industries de service. Les indemnités comprennent des versements en espèces, tous les soins médicaux nécessaires, les soins hospitaliers, ainsi que les services de réadaptation physique et professionnelle; en cas de maladie ou d'accident mortel, les indemnités sont versées aux veuves et aux personnes à charge des employés. Les prestations d'invalidité s'établissent à 75 pour cent des gains hebdomadaires moyens, jusqu'à concurrence d'un plafond annuel. Les frais sont comblés par les cotisations des employeurs à une caisse d'indemnisation, cotisations dont le taux est déterminé par la Commission des accidents du travail d'après les dangers que comporte chaque catégorie d'industrie.

*Assistance sociale*

Les ministères provinciaux et les services municipaux d'assistance sociale assurent une aide financière aux personnes qui sont dans le besoin: les mères nécessiteuses qui ont des enfants à leur charge, les invalides, les personnes âgées, les veuves, les chômeurs et toute autre personne dont les besoins excèdent les revenus de toute autre source. Une assistance est aussi fournie sous forme de soins en établissement pour les vieillards et les infirmes qui n'ont pas besoin de soins hospitaliers mais qui ne sont pas en mesure de se débrouiller seuls; ces établissements sont mis sur pied par les gouvernements provinciaux, par les municipalités ou par des organismes de bienfaisance. Des services de counseling, d'auxiliaires familiales et autres sont fournis au besoin.

Le Gouvernement fédéral participe, pour moitié, au coût des services d'assistance sociale et autres services administrés par les provinces, aux termes du Régime d'assistance publique du Canada. Les frais partageables comprennent: les prestations d'assistance sociale, les frais d'entretien des indigents dans les foyers de vieillards et autres établissements de bienfaisance, les frais engagés pour le bien-être à l'enfance, pour les soins aux indigents et pour certains autres services de bien-être social. Le seul critère d'admissibilité prévu dans le régime est celui du besoin quelle qu'en soit la cause. Les gouvernements provinciaux arrêtent le tarif de l'assistance et les conditions auxquelles celle-ci est fournie.

Les provinces administrent aussi les programmes fédéraux-provinciaux d'allocations aux aveugles et d'allocations aux invalides. La part du Gouvernement fédéral ne peut pas excéder 50 pour cent d'une somme mensuelle de \$75 ou de l'allocation versée, selon celle de ces deux sommes qui est la moindre, au titre des allocations aux invalides, ni 75 pour cent d'une somme mensuelle de \$75 ou de l'allocation versée, selon celle de ces deux sommes qui est la moindre, au titre des allocations aux aveugles. Pour avoir droit à une allocation aux termes de l'un ou l'autre de ces régimes, le requérant doit être un résidant du Canada depuis 10 années et satisfaire aux conditions relatives au revenu. Sept provinces ont maintenant rattaché le régime d'allocations aux invalides à leur régime général d'assistance sociale; quatre d'entre elles y ont également rattaché le régime des allocations aux aveugles. Dans ces provinces, le montant des allocations versées aux personnes nécessiteuses invalides ou aveugles est établi, comme dans le cas des autres assistés sociaux, en fonction des besoins.

Les immigrants qui sont au Canada depuis moins d'un an peuvent obtenir de l'aide par l'entremise des autorités locales; il peuvent aussi être dirigés directement vers le bureau local du ministère de la Main-d'oeuvre et de l'Immigration.

### PARTIE III -- SERVICES D'ASSISTANCE SOCIALE

L'assistance générale accordée aux nécessiteux et les divers services de sécurité sociale qui se rattachent à cette assistance, de même que le soin des vieillards et des infirmes et la protection et le soin des enfants abandonnés et à charge, sont régis par les Lois provinciales sur l'assistance sociale. La province et ses municipalités se partagent l'administration et le financement, tandis que le Gouvernement fédéral les rembourse à raison de 50 pour cent du coût de l'assistance et de certains services dispensés aux termes du Régime d'assistance publique du Canada. Le ministère du Bien-être social ou des Affaires sociales de chaque province assure au sein de celle-ci l'administration des services d'assistance sociale. Dans certaines provinces, les municipalités administrent les programmes d'aide destinés aux personnes ayant des besoins à court terme.

Les vieillards et les invalides reçoivent des soins dans des établissements mis sur pied par les provinces, les municipalités ou des organismes de bienfaisance. Certaines provinces versent des subventions aux municipalités, aux organismes de bienfaisance ou aux sociétés à dividendes limités en vue de la construction de logements à loyers modiques pour les personnes âgées.

Les services d'aide à l'enfance, y compris la protection, les soins en foyers nourriciers et les services d'adoption sont dispensés par les autorités provinciales ou, dans quelques provinces, par les sociétés d'aide à l'enfance. On met l'accent sur les services préventifs aux enfants dans leur propre foyer. Des organismes de bienfaisance gèrent des garderies subventionnées par l'État pour les enfants dont les mères travaillent. Des organismes publics oeuvrent aussi dans ce secteur. Ces services existent surtout dans les grands centres mais les subventions fédérales et provinciales accrues offertes en 1972 devraient permettre d'accroître ces services et de les établir dans des régions où ils n'existent pas à l'heure actuelle.

Un certain nombre d'organismes de bienfaisance contribuent également au bien-être communautaire, y compris celui des familles, des enfants et des groupes qui présentent des besoins spéciaux, notamment les vieillards, les immigrants récemment arrivés, les jeunes et les prisonniers libérés. Dans les villes, des organismes de bien-être

familial ou des organismes s'occupant à la fois du bien-être de la famille et de l'enfance par exemple, dispensent des services sociaux personnels aux familles qui ont besoin de counseling sur les problèmes que posent les relations conjugales, les relations entre parents et enfants et l'établissement du budget familial. De nombreux organismes mettent sur pied des services de counseling et de loisirs à l'intention des personnes âgées ou à la retraite. D'autres organismes centrés sur les enfants et les adolescents, offrent des programmes de loisir ou des programmes propres à former le caractère; les jeunes peuvent ainsi, en groupe, recevoir de l'éducation physique et faire du camping, acquérir des aptitudes professionnelles et participer à d'autres initiatives bénéfiques du point de vue santé. Les conseils du bien-être social et les conseils d'organisations communautaires participent à la planification et à la coordination des services locaux de bien-être social.

ANNEXE

Liste des périodes d'attente concernant l'admissibilité aux régimes  
d'assurance-maladie, par province, Canada 1972

<u>Province</u>	<u>Catégorie</u>	<u>Assurance hospitalisation</u>	<u>Assurance médicale</u>
Terre-Neuve	1	Néant	Néant
	2	Néant	Néant
	3	Néant	Néant
Île-du-Prince-Édouard	1	Dès l'inscription	Dès l'inscription
	2	3 mois	3 mois
	3	3 mois	3 mois
Nouvelle-Écosse	1	3 mois	3 mois
	2	3 mois	3 mois
	3	3 mois	3 mois
Nouveau-Brunswick	1	3 mois	3 mois
	2	3 mois	3 mois
	3	3 mois	3 mois
Québec	1	3 mois	Néant
	2	3 mois	Néant
	3	3 mois	Néant
Ontario	1	1er jour du 3e mois qui suit la demande	Protection immédiate au moment de la demande avant l'expiration de la période d'attente normale
	2	1er jour du 3e mois qui suit la demande	1er jour du 3e mois qui suit la demande
	3	1er jour du 3e mois qui suit la demande	1er jour du 3e mois qui suit la demande
(1er jour du 1er mois si le requérant fait partie d'un groupe)			
Manitoba	1	Néant	Néant
	2	Néant	Néant
	3	Néant	Néant
Saskatchewan	1	Protection immédiate à partir de la date du versement de la prime si la période d'attente normale n'a pas expiré	Id.
	2	3 mois	3 mois
	3	3 mois	3 mois
Alberta	1	Néant	Néant
	2	Néant	Néant
	3	Néant	Néant

<u>Province</u>	<u>Catégorie</u>	<u>Assurance hospitalisation</u>	<u>Assurance médicale</u>
Colombie-Britannique	1	3 mois	1er jour du 2e mois qui suit le mois où la demande a été acceptée
	2	3 mois	Comme ci-dessus
	3	3 mois	Comme ci-dessus

(Dans certains cas, toutefois, les immigrants peuvent jouir de la garantie dès leur arrivée s'ils font leur demande d'adhésion immédiatement et si le requérant bénéficiait au départ d'un régime offrant une garantie analogue.)

Yukon	1	3 mois	Néant
	2	3 mois	Néant
	3	3 mois	Néant
Territoires du Nord-Ouest	1		Néant
	2	3 mois	Néant
	3	3 mois	Néant

DOCS  
CA1 EA9 R94 FRE  
1973 aout  
Sante et bien-etre au Canada  
54019735

RP/A



