

doc
CA1
EA9
R94
FRE
1967
avril



CANADA

LIBRARY E A / BIBLIOTHÈQUE A E

3 5036 01063513 7

PAGES DOCUMENTAIRES

DIVISION DE L'INFORMATION
MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES
OTTAWA - CANADA

N° 94

(Revisé en avril 1967)

Dept. of Foreign Affairs
Min. des Affaires étrangères
MAY 26 2004
Return to Departmental Library
Retourner à la bibliothèque du Ministère

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE AU CANADA

PARTIE I - SERVICES DE SANTÉ

(Préparé par la Division de la recherche sanitaire,
Direction de la recherche et de la statistique, mi-
nistère de la Santé nationale et du Bien-être social).

C'est principalement des gouvernements provinciaux du Canada que relèvent les services d'hygiène publique, les régimes d'assurance-hospitalisation et le traitement des maladies chroniques comme la tuberculose, la maladie et les déficiences mentales et l'alcoolisme. La fourniture de nombre de services préventifs d'hygiène, y compris le dépistage et l'enraiment de la maladie et l'éducation sanitaire, est confiée aux services municipaux et aux circonscriptions sanitaires rurales. Outre les services d'hygiène assurés par les gouvernements, des organismes bénévoles, profanes et religieux, fournissent une gamme de services locaux d'hygiène et administrent la plupart des hôpitaux. Le gros des soins personnels de santé est dispensé par les médecins de l'exercice privé et les professions paramédicales. Quelques provinces ont mis en oeuvre des régimes de soins médicaux dont l'administration ou la régie relève du gouvernement.

Les charges que le gouvernement fédéral doit assumer en ce qui a trait à la santé des Canadiens se sont accrues considérablement. Ce gouvernement exécute certaines fonctions de réglementation et de coordination d'envergure nationale, appuie les services provinciaux d'hygiène et les régimes d'assurance-hospitalisation par l'entremise du programme des subventions nationales à l'hygiène et des accords relatifs au partage du coût des régimes d'assurance-hospitalisation et participe aux initiatives en matière de santé internationale, y compris les projets de nature sanitaire exécutés dans les pays en voie de développement et assistés par les programmes bilatéraux d'aide extérieure.

En 1966, le gouvernement fédéral a mis en oeuvre trois mesures très importantes, dont le coût sera partagé avec les provinces, destinées à améliorer la qualité des services de santé. Il y a tout d'abord la Caisse d'aide à la

santé dans laquelle on versera 500 millions de dollars au cours d'une période de 15 ans afin d'aider les provinces à agrandir leurs facultés de médecine et d'autres établissements de formation du personnel sanitaire; la Loi sur les soins médicaux qui autorise le gouvernement fédéral à partager le coût des régimes provinciaux d'assurance médicale; et la disposition relative à la fourniture des services de santé, avec effet rétroactif au 1^{er} avril 1966, prévue par le Régime d'assistance publique du Canada à l'intention des personnes qui sont dans le besoin.

Au cours des années, les ministères fédéraux ont offert directement des soins de santé à certains groupes de personnes. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social administre les services de santé fournis aux Indiens, aux Esquimaux et à d'autres résidents des deux territoires, aux immigrants, aux marins et à d'autres groupes. Le ministère des Affaires des anciens combattants administre un réseau national d'hôpitaux, ainsi que des services de traitements et de soins à domicile à l'intention des anciens combattants bénéficiant de la pension d'invalidé ou qui sont dans le besoin.

Parmi les fonctions de régie relatives à la santé nationale qu'assume également le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, on trouve un programme destiné à assurer la pureté et l'innocuité des denrées alimentaires et des drogues, les initiatives du Centre d'hygiène du milieu qui fournit des services de recherche, de surveillance et de consultation concernant, par exemple, l'exploitation rationnelle de nos eaux, la pollution de l'air et d'autres problèmes d'hygiène du milieu, un programme de radioprotection et les services consultatifs de recherche du Laboratoire d'hygiène. Le ministère de l'Agriculture se charge de responsabilités précises à l'égard de la production alimentaire afin de protéger la santé du grand public.

La recherche sanitaire est effectuée ou assistée par nombre d'organismes fédéraux dont le Conseil de la recherche médicale, le Conseil national de recherche, 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. Les principaux organismes fédéraux s'occupant de statistiques de la santé sont le Bureau fédéral de la statistique et la Direction de la recherche et de la statistique du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Services d'hygiène publique

Les ministères provinciaux de la Santé, de concert avec les services municipaux d'hygiène et les services de santé ruraux, dispensent les services préventifs fondamentaux d'hygiène ainsi que les services spécialisés relatifs à des maladies précises et à divers problèmes sanitaires. Les services traditionnels d'hygiène publique portent sur l'assainissement du milieu, l'enraiment des maladies contagieuses, l'hygiène maternelle et infantile, la nutrition, l'hygiène dentaire, l'hygiène du travail, les laboratoires d'hygiène publique et les statistiques de l'état civil. Parmi les services bien établis, on compte également les programmes provinciaux pour le traitement des maladies vénériennes, de la tuberculose, du cancer, des maladies mentales, de l'arriération mentale de même que les services spécialisés en vue des soins en établissement, dans la localité ou à domicile, des malades chroniques; quelques-uns de ces services sont administrés par des organismes bénévoles appuyés de subventions provenant du gouvernement.

On met de plus en plus l'accent sur les problèmes plus récents en matière d'hygiène du milieu que constituent la pollution de l'air et des eaux, la protection des travailleurs en milieu radioactif et les pesticides. Des programmes spéciaux ont été conçus afin de résoudre de façon plus efficace certains autres problèmes de santé; ce sont les mesures de sécurité visant la circulation et les centres antipoison, la réadaptation des malades chroniques et des invalides, l'éducation sanitaire sur les effets du tabac et sur l'hygiène maternelle et infantile et les initiatives en matière de limitation des naissances.

Services antituberculeux

Malgré la fréquence moins élevée de cas de tuberculose et d'invalidités connexes, les ministères provinciaux de la Santé n'ont pas ralenti leur lutte antituberculeuse. La plupart des ministères provinciaux disposent d'une division consacrée à la lutte antituberculeuse qui tient un registre des cas de tuberculose, surveille les services préventifs et de dépistage locaux et fournit des soins gratuits dans des dispensaires pour malades externes et des sanatoriums. Dans quatre provinces, les sanatoriums relèvent d'une administration privée tout en étant assistés à même les ressources fiscales. Les associations antituberculeuses bénévoles jouent un rôle actif, dans chaque province, dans le domaine du dépistage et de l'éducation sanitaire. Au cours de 1965, le nombre des premières admissions à environ 40 sanatoriums n'a atteint que 4,197, soit 21.4 par 100,000 habitants.

La maladie et les déficiences mentales

Les divisions de l'hygiène mentale des ministères provinciaux de la Santé administrent les services publics de diagnostic et de traitement et prêtent leur concours aux services privés pour les malades et les déficients mentaux. Parmi les services communautaires de traitement, on compte les centres d'hygiène mentale pour malades externes et les quartiers psychiatriques des hôpitaux généraux qui fournissent également des soins à court terme aux malades hospitalisés. Les grands hôpitaux psychiatriques publics, qui sont presque tous administrés par les provinces, accueillent la plupart des malades nécessitant des soins à longue échéance; les hôpitaux-écoles publics pour les personnes souffrant de déficiences mentales, mis sur pied dans toutes les provinces sauf une, s'occupent des arriérés les plus gravement atteints. De plus, des services spécialisés de diagnostic et de traitement ont été organisés dans les grandes villes à l'intention des enfants souffrant de troubles émotifs, des arriérés mentaux, des alcooliques et des délinquants. L'Ontario et la Colombie-Britannique disposent de trois établissements pour narcomanes.

Cancer

Des organismes officiels et bénévoles se livrent, dans toutes les provinces, au dépistage et au traitement du cancer, à l'éducation du public et à la recherche clinique. Des programmes anticancéreux ont été établis dans les ministères de la Santé de trois provinces, tandis que des fondations parrainées par les gouvernements provinciaux assument ces fonctions dans quatre provinces. Quoiqu'il existe quelques différences d'une province à l'autre, on dispose maintenant d'une gamme de services gratuits de diagnostic et de traitement grâce à la subvention à la lutte anticancéreuse et aux régimes d'assurance-hospitalisation; des dispensaires anticancéreux se trouvent dans

les hôpitaux généraux les plus importants de chaque province. Les programmes de lutte anticancéreuse de l'Alberta, de la Saskatchewan et du Nouveau-Brunswick supportent également le coût des services médicaux et chirurgicaux. Ailleurs, quelques-uns de ces frais sont prévus aux termes de régimes privés et publics d'assurance médicale.

Assurance-hospitalisation

Services offerts: En vertu des régimes fédéraux-provinciaux d'assurance-hospitalisation et de services de diagnostic, toutes les provinces et les territoires offrent à tous leurs résidents, selon des régimes à paiement anticipé ou financés par les impôts, le lit en salle publique et les services que dispensent généralement l'hôpital, y compris les repas, les services infirmiers, de laboratoire, de radiologie et les autres services de diagnostic, de même que les médicaments. Sauf en Ontario, les soins fournis dans les hôpitaux psychiatriques et les sanatoriums ne sont pas assurés par les régimes provinciaux, mais font l'objet de mesures législatives distinctes.

Les prestations hospitalières pour malades externes sont offertes de façon facultative aux termes de la loi fédérale. Les prestations accordées et les conditions d'obtention varient sensiblement selon la province.

L'île-du-Prince-Édouard et l'Alberta assurent, à l'intention de leurs malades externes, tous les services que dispense normalement l'hôpital à ses malades hospitalisés, tandis que la Colombie-Britannique a choisi d'exclure les prestations assurées pour malades externes de l'accord qu'elle a conclu avec le gouvernement fédéral. Toutefois, le régime de cette dernière province assure les services d'urgence et les actes de petite chirurgie.

Les autres provinces ont pris les dispositions que voici: Dans la plupart des provinces, les prestations pour malades externes comprennent les services d'urgence fournis à la suite d'un accident. Les services de laboratoire et de radiologie et les autres services de diagnostic sont offerts aux malades externes à Terre-Neuve, en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, au Québec, en Saskatchewan et dans les Territoires du Nord-Ouest. L'emploi des installations de radiothérapie et de physiothérapie constitue un service assuré pour malades externes à Terre-Neuve, en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, au Québec et en Ontario; la Saskatchewan assure les services de physiothérapie mais non de radiothérapie. La Nouvelle-Écosse, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick, le Québec, le Manitoba et la Saskatchewan assurent les actes médicaux peu graves et les actes de petite chirurgie. Le Québec, l'Ontario et la Saskatchewan comptent également l'ergothérapie parmi leurs services assurés, tandis que le Québec et l'Ontario fournissent l'orthophonie. L'électrochoc constitue un service assuré au Nouveau-Brunswick, au Québec et au Manitoba et les soins psychiatriques sont fournis aux malades externes de Terre-Neuve et du Québec. Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick offrent, à titre de prestations pour malades externes, certains services supplémentaires déterminés dispensés par le personnel hospitalier.

Couverture

Chaque province met des services assurés à la disposition de tous ses résidents, en vertu de conditions et de termes uniformes, quels que soient l'âge.

le revenu de ces personnes ou l'état préalable. Conformément au règlement fédéral, un résident est toute personne qui a juridiquement droit de demeurer au Canada, dont le domicile est situé dans la province et qui est généralement présente dans cette province. Les touristes, les voyageurs de passage et les visiteurs en sont expressément exclus.

Résidence

Bien qu'on n'exige aucune période précise de résidence, certaines provinces prévoient des délais d'attente ne dépassant pas trois mois. Les résidents assurés d'une province qui déménagent dans une autre province continuent de bénéficier d'un régime d'assurance en étant toujours les résidents de la province où ils demeuraient auparavant jusqu'à l'échéance du délai d'attente requis par la province dans laquelle ils sont déménagés.

Financement

Il incombe à chaque province de décider de la façon dont elle financera sa participation au régime d'assurance-hospitalisation. La diversité des conditions et des préférences locales a nécessité une gamme d'accords.

Sept provinces, notamment Terre-Neuve, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, le Québec, l'Alberta et la Colombie-Britannique, et les deux territoires financent leurs régimes de diverses façons à même les recettes fiscales. En Nouvelle-Écosse, en Colombie-Britannique et dans les Territoires du Nord-Ouest, les régimes d'assurance-hospitalisation sont financés en partie par les recettes d'une taxe sur les ventes au détail. En Alberta, on supporte principalement le coût de l'assurance-hospitalisation à même le revenu général de la province et à même le revenu fiscal municipal provenant d'un impôt foncier de 4 millièmes. Terre-Neuve, l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick, le Québec et le Yukon financent entièrement leurs régimes d'assurance-hospitalisation par les revenus publics sans prélever de taxe spéciale. La Colombie-Britannique, l'Alberta et les Territoires du Nord-Ouest suppléent à leurs sources de revenu en prélevant directement un droit de coassurance pour les services assurés d'hospitalisation lors de l'entrée du malade à l'hôpital.

Trois provinces, soit l'Ontario, le Manitoba et la Saskatchewan, emploient, comme principale méthode de financement, des primes personnelles à divers taux selon qu'il s'agit de personnes seules ou de familles. Les taux de la prime annuelle que devaient verser les personnes seules en 1966 s'élevaient à \$39 en Ontario, à \$24 au Manitoba et à \$24 en Saskatchewan. Dans le cas de familles, les primes s'élevaient à \$78 en Ontario, à \$48 au Manitoba et à \$48 en Saskatchewan. Au Manitoba, les primes sont prélevées au moyen de retenues obligatoires sur les salaires et d'une imposition municipale obligatoire; en Ontario, au moyen de retenues obligatoires sur les salaires et de l'inscription facultative; en Saskatchewan, par des versements obligatoires aux services municipaux ou provinciaux. Les revenus de la province y suppléent dans la mesure requise.

Assurance médicale

Outre les soins hospitaliers prévus par le régime d'assurance-hospitalisation et des services de diagnostic, une gamme de régimes à paiement anticipé assurent nombre d'autres services et, en particulier, les services que dispensent les médecins.

Loi fédérale sur les soins médicaux

La Loi sur les soins médicaux, que le Parlement du Canada a adoptée en décembre 1966, doit entrer en vigueur le 1^{er} juillet 1968. Le gouvernement fédéral s'est engagé à partager la moitié du coût moyen par habitant de tous les régimes provinciaux participants, de soins médicaux qui répondent aux quatre normes suivantes:

- a) Chaque régime doit être administré par une autorité publique sans but lucratif, sous réserve de la vérification provinciale;
- b) chaque régime doit offrir à titre de services assurés, tous les services requis du point de vue médical et dispensés par des praticiens selon des conditions et à des modalités uniformes, à tous les résidents de la province;
- c) chaque régime devra assurer au moins 90 p. 100 de l'ensemble des résidents assurables au cours de sa première année de mise en oeuvre et s'engager à en assurer 95 p. 100 en moins de trois ans; et
- d) chaque régime devra prévoir la "tansférabilité", c'est-à-dire offrir l'ensemble des services après un délai de trois mois de résidence dans la province et assurer les résidents qui s'établissent dans une autre province, au cours du délai d'attente.

Pour qu'une province participante bénéficie du régime fédéral, son propre régime doit prévoir le financement de la gamme complète des services médicaux pour tous les résidents admissibles sans qu'il soit question d'âge, de ressources ou d'autres considérations. De plus, la Loi sur les soins médicaux autorise le gouvernement fédéral à ajouter les services de santé dispensés par le personnel professionnel paramédical selon des conditions et des modalités fixées par le gouverneur en conseil.

La Loi permet aux autorités provinciales de désigner des organismes non-gouvernementaux comme organismes habilités à remplir certaines fonctions relativement au prélèvement des primes ou au paiement des demandes de prestations présentées au titre du régime provincial. Ces organismes devront être sans but lucratif et le paiement des prestations doit être assujetti à l'évaluation et à l'approbation de l'autorité provinciale.

Les provinces peuvent financer les services comme elles l'entendent. La Loi renferme, toutefois, une disposition selon laquelle aucun assuré ne peut être empêché d'avoir un accès équitable aux services assurés ou en être privé à cause de frais directs reliés aux services reçus. Chaque province peut adopter la méthode qui lui convient pour défrayer les fournisseurs de ces services, à la condition que le tarif des paiements autorisés dédommage convenablement le praticien des services rendus.

La formule selon laquelle on calcule l'apport fédéral aux régimes provinciaux est telle que les provinces dont le coût par habitant est relativement

peu élevé recevrait un peu plus de la moitié du coût provincial. De façon générale, la contribution fédérale à une province participante s'établit à: a) 50 p. 100 du coût par tête, pour l'année, de tous les services assurés dans toutes les provinces participantes, b) multiplié par le nombre d'assurés dans chaque province. Le gouvernement fédéral ne supporte aucunement les frais d'administration engagés par les provinces. On doit reviser d'ici cinq ans les modes de calcul des contributions fédérales.

Les dispositions de la loi fédérale doivent entrer en vigueur au plus tard le 1^{er} juillet 1968. Cette date de mise en oeuvre pourrait être hâtée si le gouvernement le jugeait à propos.

Régimes provinciaux d'assurance médicale

Plusieurs provinces ont déjà adopté des régimes publics de soins médicaux. Terre-Neuve jouit déjà d'un régime bien établi assurant une portion de la province et d'un autre s'appliquant aux enfants de moins de 16 ans. Six provinces ont pris, depuis de nombreuses années, des dispositions en vue du financement d'une vaste gamme de soins de santé personnels pour les assistés sociaux.

Saskatchewan: Une seule province, soit la Saskatchewan, dispose d'un régime universel de soins médicaux. Ce régime, qui a été mis en oeuvre en juillet 1962, comporte l'inscription obligatoire de toutes les personnes admissibles. Tout résident admissible doit verser une prime, ou voir à ce qu'on paie la prime en son nom, avant de pouvoir bénéficier des services assurés offerts. Les primes, dont le coût maximum pour une famille est de \$24 par année, supportent environ le quart des frais du régime. Tous les services requis du point de vue médical et dispensés par les médecins constituent les prestations. Il n'y a pas de délai d'attente pour les bénéficiaires et il n'existe aucune restriction pour cause d'âge ou d'état de santé préalable. Parmi les services médicaux assurés, on compte les consultations à domicile, au cabinet du médecin et à l'hôpital, les interventions chirurgicales, les services d'obstétrique, les services dispensés par les spécialistes, l'anesthésie, les services de laboratoire et de radiologie, les services prophylactiques et certains services fournis par les dentistes.

Les médecins peuvent se faire payer de plusieurs façons. La plupart demandent à l'organisme public administrant le régime un versement direct équivalent à 85 p. 100 des honoraires inscrits sur le tarif courant de leur organisme professionnel; ce versement constitue un plein paiement. D'autre part, les malades peuvent s'inscrire volontairement à un organisme approuvé qui verse au médecin un montant équivalent à celui que lui verse l'administration publique relativement à l'état de compte. Le médecin reçoit toujours 85 p. 100 des honoraires demandés et l'accepte comme plein paiement. Troisièmement, le médecin peut choisir de présenter son état de compte directement au malade qui doit l'acquitter et demander en retour à l'administration publique de lui rembourser ce versement dans la proportion de 85 p. 100. Dans ce cas, le médecin peut demander plus que ce que le malade a reçu de l'administration publique. Le malade et le médecin peuvent, en dernier lieu, s'entendre pour le règlement des états de compte sans s'en remettre à l'autorité publique ou aux organismes fiscaux agréés.

Trois provinces, l'Alberta, la Colombie-Britannique et l'Ontario, ont adopté des lois provinciales destinées à régir et à assister les régimes privés de soins médicaux.

Alberta: Le régime d'assurance médicale de l'Alberta est entré en vigueur en octobre 1963. Il prévoit la régie publique de régimes privés agréés en ce qui a trait aux prestations de base et aux primes maximums et est principalement destiné à assister les résidents qui ne disposent que d'un faible revenu à se procurer volontairement de l'assurance médicale auprès des organismes privés. Les prestations doivent être complètes et il ne peut y avoir de restrictions imputables à l'âge et à l'état préalable ou à un recours antérieur élevé aux services médicaux.

Ce régime se finance entièrement par des primes individuelles. Le gouvernement subventionne dans la proportion de 80 p. 100 le coût de la prime des personnes ne disposant d'aucun revenu imposable, dans la proportion de 50 p. 100 le coût de la prime de personnes ayant un revenu imposable variant entre \$1 et \$500 et dans la proportion de 25 p. 100 le coût de la prime de personnes dont le revenu imposable est entre \$501 et \$1,000.

Depuis le 1^{er} juillet 1966, le régime d'assurance médicale de l'Alberta est augmenté d'un régime supplémentaire de soins médicaux qui offre, moyennant une prime additionnelle, de nombreux autres services parmi lesquels on compte les médicaments vendus en vertu d'ordonnances, les services d'optométrie et de physiothérapie, le transport en ambulance, les services d'ostéopathie, de chiropraxie, de chirurgie pédicure et de naturopathie. Ce nouveau régime supplémentaire prévoit certains frais modérateurs, ainsi que des frais de coassurance ou de responsabilité limitée relativement à certains services.

Colombie-Britannique: Le régime de soins médicaux est entré en vigueur en septembre 1965. L'administration de ce régime relève d'un organisme du gouvernement provincial auprès duquel le corps médical peut être représenté. Ce régime fournit des prestations complètes qui comprennent la plupart des services dispensés par les médecins de même que des services restreints de physiothérapie, de soins infirmiers spéciaux, de chiropraxie et de naturopathie. Aux résidents admissibles, le gouvernement verse des subventions s'établissant à 90 p. 100 de la prime dans le cas de personnes ne disposant d'aucun revenu et à 50 p. 100 de la prime dans le cas de personnes dont le revenu imposable varie entre \$1 et \$1,000. Le gouvernement a en outre établi un fonds de stabilisation afin de parer à tout déficit.

Ontario: L'Ontario Medical Services Insurance Plan a commencé d'accorder des prestations en juillet 1966. Ce régime offre à tous les Ontariens qui s'y inscrivent à titre particulier ou familial une assurance qui couvre la plupart des soins dispensés par les médecins.

Le gouvernement subventionne la prime entière des requérants admissibles qui ne disposaient d'aucun revenu imposable au cours de l'année précédente et celle des assistés sociaux. Il paye la moitié de la prime des requérants seuls dont le revenu imposable ne s'élevait qu'à \$500 ou moins, la moitié de la prime dans le cas de couples qui ont une personne à charge et dont le revenu imposable

était de \$1,000 ou moins et 60 p. 100 de la prime dans le cas de couples qui ont deux personnes à charge et dont le revenu imposable était de \$1,300 ou moins.

Régimes de soins médicaux pour les assistés sociaux

Depuis de nombreuses années, la Nouvelle-Écosse, l'Ontario, la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Manitoba dirigent des régimes offrant, à des catégories particulières d'assistés sociaux, des soins médicaux personnels. En 1966, le Québec a mis en vigueur un régime offrant aux assistés sociaux une gamme complète de soins médicaux. En Saskatchewan et en Ontario, on peut dorénavant se procurer, par l'entremise de régimes décrits ci-dessus, les services médicaux offerts auparavant en vertu des régimes pour assistés sociaux.

La plupart de ces régimes s'adressent à presque tous les bénéficiaires de l'assistance publique provinciale. Par le passé, l'admissibilité se fondait sur une évaluation des ressources de personnes bénéficiant de l'assistance sociale par catégories. On tend de plus en plus à déterminer l'admissibilité selon une évaluation des besoins qui tient compte non seulement du revenu dont dispose le requérant mais également de ses besoins matériels minimums.

En plus des services complets fournis par les médecins, la plupart des provinces accordent des prestations de soins dentaires et optiques ainsi que les médicaments prescrits. Les services de physiothérapie, de chirurgie pédicure, de chiropraxie, de soins infirmiers à domicile et de transport peuvent également être fournis.

Terre-Neuve administre depuis de nombreuses années deux régimes qui couvrent la plupart des économiquement faibles de la province. Il s'agit, en premier lieu, du Régime des soins médicaux dans les hôpitaux-villas, qui offre aux habitants des districts éloignés les services fournis par des médecins travaillant pour le compte du gouvernement et qui prévoit le renvoi à des spécialistes. Les Services de santé des enfants fournit des soins d'hospitalisation à tous les enfants de moins de 16 ans de toutes les régions de la province. De plus, les bénéficiaires de l'assistance publique sont admissibles, s'ils sont munis d'une attestation, à une vaste gamme de soins de santé.

Le Régime d'assistance publique du Canada

Les régimes provinciaux qui fournissent des soins de santé aux assistés sociaux jouissent maintenant de l'appui financier d'un nouveau régime fédéral appelé le Régime d'assistance publique du Canada. Ce régime prévoit le partage fédéral de la moitié du coût des soins de santé, de même que des services de bien-être. Les provinces peuvent offrir une vaste série de services de santé et d'autres services, y compris les soins infirmiers à domicile et les services d'aide familiale. Le besoin financier constitue la seule condition d'admissibilité, quelle qu'en soit la cause et quelle que soit la situation du point de vue de l'emploi.

En plus des régimes publics d'assurance médicale que nous avons décrits, une proportion considérable de la population canadienne s'est abonnée au régime privé d'assurance médicale afin d'assurer la fourniture de services médicaux.

Environ les deux tiers de la population tombent sous le coup de ces régimes qui peuvent être sans but lucratif ou commerciaux.

Services de réadaptation

De nombreux organismes publics et privés offrent des services de réadaptation afin d'aider les invalides et les malades chroniques à atteindre à une plus grande mesure d'indépendance. Les ministères provinciaux de la Santé ou du Bien-être social administrent des régimes de réadaptation professionnelle pour les adultes invalides qui peuvent reprendre un travail rémunérateur. On administre des programmes distincts pour les anciens combattants, les victimes des accidents du travail, les enfants invalides et d'autres personnes souffrant d'invalidités telles que la cécité, la tuberculose, la maladie mentale, la paraplégie et d'autres affections. De plus, parmi les services spéciaux établis dans les grandes villes, on compte les services de réadaptation fonctionnelle dans les hôpitaux généraux, les centres spéciaux de réadaptation, les ateliers protégés et les centres professionnels et les classes ainsi que les écoles spéciales pour enfants atteints de troubles physiques ou mentaux. Plusieurs provinces tiennent des registres des invalides ou des enfants infirmes afin de permettre le dépistage des cas, les renvois et la coordination des services.

Aux termes de la Loi sur la réadaptation professionnelle des invalides (1961), le ministère fédéral de la Main-d'oeuvre partage à titre égal, avec neuf provinces, le coût de la coordination, de l'évaluation et de la fourniture de tout service nécessaire aux invalides ainsi que les frais engagés pour la formation du personnel et la recherche. Le coordonnateur provincial ou le directeur de la réadaptation est chargé d'établir l'identité des invalides que l'on peut rééduquer et de les adresser à l'organisme compétent selon qu'il s'agit de services de rééducation, de détermination de la capacité au travail, de formation ou de placement. Les bureaux de placement, que l'on appelle maintenant Centres de main-d'oeuvre du Canada, emploient des agents spéciaux chargés de trouver des postes appropriés aux désavantagés. Le transfert du service des prothèses pour anciens combattants au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, le 1^{er} janvier 1966, a permis l'extension de tels services aux civils par l'entremise d'organismes provinciaux.

D'autres organismes officiels et bénévoles ont mis sur pied de vastes programmes de réadaptation. En vertu du programme des subventions nationales à l'hygiène, on offre 2.8 millions de dollars aux provinces en vue d'offrir des services de réadaptation fonctionnelle et d'appuyer la formation du personnel de la réadaptation fonctionnelle au moyen de bourses aux étudiants et de subventions accordées aux écoles de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie; d'autres subventions favorisent la réadaptation des tuberculeux et des malades et des déficients mentaux et améliorent les services pour malades chroniques. Le ministère des Affaires des anciens combattants fournit des services complets médicaux et sociaux aux anciens combattants qui sont des vieillards ou des malades chroniques et plusieurs organismes fédéraux collaborent afin d'aider les Indiens et les Esquimaux désavantagés. Les ministères provinciaux de la Santé, assistés des organismes locaux, dispensent des services de réadaptation aux malades mentaux et aux tuberculeux. Le Conseil canadien de réadaptation des invalides, le principal organisme bénévole de ce domaine, réunit les deux groupements les plus importants s'occupant de fournir des soins et des services auxiliaires aux enfants et aux adultes invalides.

Organismes bénévoles d'hygiène

De concert avec des organismes officiels, les organismes bénévoles du Canada continuent de participer considérablement à la fourniture d'une gamme de services d'hygiène, y compris l'éducation sanitaire. Nombre d'organismes bénévoles d'envergure provinciale ou locale fournissent directement des services aux personnes souffrant de quelque incapacité: arthrite et rhumatisme, cécité, maladie fibrokystique, paralysie cérébrale, surdité, épilepsie, diabète, maladie mentale, arriération mentale et paraplégie. Deux des principaux organismes bénévoles, soit les sociétés provinciales pour les enfants infirmes et les fondations pour les invalides, ont réuni leurs efforts dans sept provinces. D'autres organismes communautaires offrent des services spécialisés; les Infirmières de l'Ordre de Victoria, par exemple, fournissent des services de soins infirmiers à domicile et des services de collecte de sang et de transfusion sanguine et des services d'aide familiale; l'Association de l'Ambulance Saint-Jean s'occupe de la formation de bénévoles en matière de secourisme et de soins à domicile. On compte également, dans la localité, des centres de réadaptation, des ateliers protégés et des services de loisirs pour les invalides. En plus d'être appuyés par les caisses de bienfaisance, nombre d'organismes bénévoles sont supportés   même les recettes fiscales.

Outre la coordination des efforts de leurs divisions provinciales, les organismes bénévoles nationaux s'intéressent principalement à la recherche médicale, à la formation professionnelle et à l'éducation du public. Parmi les organismes appuyant la recherche clinique on compte l'Institut national du cancer, la Fondation canadienne du coeur, la Société canadienne contre l'arthrite et le rhumatisme, la Société canadienne de la sclérose en plaques, l'Association canadienne pour la Santé mentale 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, qui y réside depuis au moins un an ou dont le père ou la mère y a résidé pendant les 3 années qui pr c dent immédiatement sa naissance peut prétendre aux allocations familiales. Ces allocations, qui ont été instaurées en 1945, sont versées, à même le revenu public, par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, ne nécessitent aucun examen du revenu 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 aux allocations familiales est toutefois moins élevée que l'exemption accordée pour les enfants qui n'y sont pas admissibles. Les allocations s'établissent à \$6 par mois dans le cas des enfants de moins de dix ans et à \$8 dans le cas des enfants âgés de 10 à 16 ans exclusivement. Le ministère fournit l'assistance familiale, dont les taux sont les mêmes que les allocations familiales, au nom de 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 assistance est versée mensuellement pendant un an, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'enfant en question soit admissible aux allocations familiales.

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 jeune à charge âgé de 16 ou de 17 ans suivant des cours à plein temps ou qui en est empêché pour des raisons d'invalidité physique ou mentale. Les allocations aux jeunes sont financées à même les revenus publics, ne sont pas imposables aux fins de l'impôt sur le revenu et, à la différence des allocations familiales, le fait de les recevoir ne diminue pas l'exemption de l'impôt sur le revenu accordé au nom d'un jeune qui est à charge. L'admissibilité repose sur la résidence au Canada des parents de l'enfant. Un enfant peut s'absenter temporairement du Canada pour étudier à l'étranger ou pour recevoir des soins s'il est invalide, tout en demeurant admissible aux allocations. Le gouvernement fédéral ne verse pas d'allocations aux jeunes dans le Québec, car cette province dispose de son propre régime. Le Québec est dédommagé au moyen d'un abattement fiscal qui est égal au montant d'allocations que le gouvernement fédéral aurait versé aux résidents de cette province. Tous les jeunes de cet âge au Canada tombent sous le coup de l'un de ces deux régimes.

Régime de pensions du Canada

Le Régime de pensions du Canada est un régime d'assurance sociale contributif qui s'adresse aux travailleurs canadiens. Il est entré en vigueur en 1965 et les premières cotisations ont été recueillies en janvier 1966. Chaque cotisant se crée un droit à une pension de retraite dont le montant se proportionne aux gains antérieurs. Le régime accorde aussi des prestations au cotisant invalide et à ses enfants à charge et, lors de la mort du cotisant, une prestation de décès d'un montant global, ainsi que des prestations à la veuve et aux orphelins. Le Québec administre son propre régime, le Régime des rentes du Québec, qui est étroitement relié au Régime de pensions du Canada, de sorte que les deux régimes fonctionnent ensemble comme un seul et même régime. Ensemble, ils s'appliquent à 92 p. 100 environ des travailleurs du Canada. Certaines personnes ne tombent pas sous le coup de ces régimes. Les plus importants de ces travailleurs exclus sont ceux qui gagnent \$600 ou moins au cours d'une année civile ou les personnes travaillant à leur propre compte qui gagnent moins de \$800 pour cette même année. Le régime se finance grâce aux cotisations des employés, des employeurs et des personnes travaillant à leur propre compte ainsi que par les intérêts sur le fonds. Le régime comprend un indice des pensions et un indice des gains qui servent à modifier les prestations selon les conditions changeantes de l'économie. L'indice de pension reflétera les hausses de l'indice des prix à la consommation et servira principalement à rajuster les prestations; l'indice des gains, qui se fondera sur la moyenne mobile et à long-terme du total national des salaires et traitements servira surtout, dès 1976, à rajuster les limites cotisables prévues par le régime. Les pensions de retraite ont été versées pour la première fois aux cotisants de 68 ans à la retraite en janvier 1967. Chaque année, l'âge d'admissibilité à la pension diminuera d'un an jusqu'en 1970, année où tout cotisant de 65 ans ou plus pourra réclamer sa pension de retraite. Le régime comporte une période de transition de dix ans au cours de laquelle on peut se voir accorder des pensions partielles de retraite et au cours de laquelle le taux de la pension de retraite augmentera progressivement. A partir de 1976, le montant complet de la pension de retraite sera payable. Une pension de retraite peut être versée à un cotisant âgé de 65 à 70 ans sous réserve d'une attestation de la retraite qui ne s'applique qu'à ceux qui reprennent un emploi après avoir

commencé à recevoir une pension de retraite. A l'âge de 70 ans, l'attestation de la retraite ne s'applique plus. Les prestations aux survivants, y compris les pensions de veuve, de veuf invalide, les prestations de décès ne seront payables qu'au début de 1968. Les pensions pour cotisants invalides et les enfants qui leur sont à charge ne seront versées qu'à partir du printemps de 1970. Toutes les personnes tombant sous le coup du régime doivent se procurer un numéro d'assurance sociale afin d'établir leur identité et de maintenir leur dossier de gains. On peut en appeler de toute question relative à la couverture, aux contributions et aux prestations. C'est du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social que relève l'administration des prestations. La couverture et les cotisations ressortissent au ministère du Revenu national.

Sécurité de la vieillesse

Le gouvernement fédéral verse une pension de \$75 par mois à toutes les personnes qui répondent aux conditions d'âge et qui ont habité le Canada pendant au moins les dix années précédant immédiatement leur demande de pension. Toute solution de continuité durant cette période peut être compensée si le requérant a résidé au Canada antérieurement pour des périodes égales, en tout, au double de la durée de ses absences; en pareil cas, toutefois, le requérant doit avoir également résidé au Canada pendant une année immédiatement avant la date où il présente sa demande. Grâce à une nouvelle modification, les personnes qui ont résidé 40 ans au Canada depuis leur 18^e anniversaire de naissance peuvent commencer à recevoir la pension de sécurité de la vieillesse n'importe où au monde; ceci permet aux personnes qui ont quitté le Canada avant d'avoir atteint l'âge d'admissibilité de prétendre à la pension. Actuellement, c'est-à-dire en 1967, l'âge d'admissibilité à la pension est de 68 ans ou plus; elle diminue d'une année chaque année, de sorte que, en 1970, la pension sera versée aux requérants admissibles qui sont âgés de 65 ans ou plus. En 1968 et au cours des années suivantes, le montant de la pension de sécurité de la vieillesse sera rectifié proportionnellement à l'indice des pensions calculé aux fins du Régime de pensions du Canada. Le pensionné qui réside à l'étranger de façon permanente mais qui a vécu au Canada pendant 25 ans après avoir atteint l'âge de 21 ans peut continuer de toucher sa pension indéfiniment. Sinon, le paiement est maintenu pour six mois, en sus du mois de départ et, s'il est ensuite suspendu, peut reprendre au cours du mois durant lequel l'intéressé revient au Canada. La pension se finance par une taxe de 3 p. 100 sur les ventes, une taxe de 3 p. 100 sur le revenu des sociétés et, jusqu'à concurrence de \$240 par année, par un impôt de 4 p. 100 sur le revenu imposable des particuliers. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social administre ce régime.

Supplément du revenu garanti

Ce régime, mis en oeuvre en janvier 1967, est destiné à assurer aux bénéficiaires de la pension de sécurité de la vieillesse un revenu minimum garanti. En 1967, il offrira une prestation supplémentaire jusqu'à concurrence de \$30 par mois aux bénéficiaires de la pension de sécurité de la vieillesse. Ceci signifie que le supplément, s'ajoutant aux \$75 de la pension mensuelle de la sécurité de la vieillesse permettra à ces pensionnés de bénéficier d'un revenu garanti mensuel minimum de \$105. Le versement de cette prestation est soumis à une évaluation du revenu. Le montant du supplément sera fonction du revenu dont dispose le requérant en plus de sa pension de sécurité de la 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. Les pensionnés qui ne disposent que de la pension de sécurité de la vieillesse se verront accorder un revenu annuel de \$1,260 dans le cas des personnes seules et de \$2,520 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 recevront que des prestations partielles. Selon le principe servant à calculer le montant de la prestation partielle, le supplément maximum mensuel, soit \$30 en 1967, sera diminué d'un dollar pour chaque \$2 de revenu mensuel dont dispose le pensionné en plus de sa pension de sécurité de la vieillesse. Le régime accorde un choix aux personnes qui prennent leur retraite; l'un des choix s'applique aux personnes qui prennent leur retraite au cours de l'année qui précède le paiement de la prestation et l'autre aux personnes qui prennent leur retraite au cours de l'année du paiement de la prestation. Le revenu des couples mariés fait l'objet de dispositions spéciales. Aux fins du régime, l'état civil se fonde sur celui du dernier jour de l'année précédant l'année où commence le paiement des prestations. Les suppléments ne pourront être versés à l'extérieur du Canada qu'au cours des périodes temporaires d'absence, comme le prévoit le régime de sécurité de la vieillesse. L'administration de ce régime relève du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Le ministère du Revenu national prête son concours en comparant les renseignements sur le revenu figurant sur la demande avec les renseignements reçus aux termes de la Loi de l'impôt sur le revenu.

Assistance-vieillesse

Une prestation qui peut s'élever jusqu'à \$75 par mois est versée aux indigents âgés de 65 ans ou plus qui résident au Canada depuis au moins dix ans. Lorsqu'ils atteignent l'âge d'admissibilité, les bénéficiaires de l'assistance-vieillesse passent au régime de sécurité de la vieillesse. Le coût de l'assistance-vieillesse est partagé également entre le gouvernement fédéral et les provinces qui administrent ce régime. Le revenu annuel total, y compris l'assistance, ne peut dépasser \$1,260 dans le cas d'une personne seule, \$2,220 dans le cas d'un couple marié et \$2,580 dans le cas d'un couple marié dont l'un des conjoints est aveugle.

Allocations aux aveugles

Des allocations sont versées, jusqu'à concurrence de \$75 par mois, aux aveugles dans le besoin, qui sont âgés de 18 ans ou plus, et qui résident au Canada depuis au moins dix ans. Les bénéficiaires des allocations aux aveugles passent au régime de sécurité de la vieillesse lorsqu'ils atteignent l'âge d'admissibilité. Les gouvernements fédéral et provinciaux partagent le coût des allocations dans les proportions de 75 et de 25 p. 100. Ce sont les provinces qui les administrent. Le revenu annuel total, y compris les allocations, ne doit pas dépasser \$1,500 dans le cas d'un aveugle seul, \$1,980 dans le cas d'un aveugle seul ayant à sa charge un ou plusieurs enfants, \$2,580 dans le cas d'un couple marié dont l'un des conjoints est aveugle et \$2,700 dans le cas d'un couple marié dont les deux conjoints sont aveugles.

Allocations aux invalides

Des allocations à concurrence de \$75 par mois sont accordées aux indigents qui sont invalides de façon totale et permanente, qui ont 18 ans ou

plus et qui résident au Canada depuis au moins 10 ans. Selon la province où il habite, le bénéficiaire des allocations aux invalides passe soit au régime d'assistance-vieillesse, soit au régime de sécurité de la vieillesse, lorsqu'il atteint l'âge d'admissibilité. Les gouvernements fédéral et provinciaux partagent également le coût de ces allocations et ce sont les provinces qui les administrent. Le revenu annuel total, y compris l'allocation, ne peut dépasser \$1,260 par année pour une personne seule, \$2,220 pour un couple marié ou \$2,580 pour le couple dont l'un des conjoints est aveugle.

Les bénéficiaires d'autres régimes publics tels que l'assistance-vieillesse, les allocations aux aveugles, les allocations aux invalides et l'assurance-chômage, peuvent se procurer des versements supplémentaires aux termes de la législation sociale provinciale. Le montant du supplément est surtout fonction d'une évaluation des besoins du requérant, compte tenu de ses obligations et de ses ressources.

Assistance-chômage

En vertu de la Loi de 1956 sur l'assistance-chômage, modifiée, le gouvernement fédéral peut conclure des accords avec toute province afin de lui rembourser 50 p. 100 des dépenses engagées par les provinces et leurs municipalités, au titre de l'assistance-chômage, à l'intention des chômeurs dans le besoin et des personnes qui leur sont à charge. Ce sont les provinces ou leurs municipalités qui fixent les montants des prestations et les conditions d'admissibilité. Les paiements accordés aux indigents en état de travailler ou inaptes au travail sont partageables en vertu des accords comme le sont les dépenses engagées pour l'entretien de personnes dans les foyers de soins spéciaux, comme les maisons de repos et les foyers de vieillards. Le gouvernement fédéral partage le coût de l'assistance supplémentaire versée aux indigents bénéficiant d'autres régimes de soutien du revenu lorsque le montant de l'assistance est fixé grâce à une évaluation des besoins essentiels et des ressources financières du bénéficiaire. A partir de l'exercice financier 1966-1967, ce régime sera remplacé par le Régime d'assistance publique du Canada dont il sera question ci-après sous la rubrique Assistance générale.

Assurance-chômage

La Loi sur l'assurance-chômage a prévu l'établissement d'un régime d'assurance-chômage administré par la Commission d'assurance-chômage par l'entremise de son siège principal, de ses cinq bureaux régionaux et de ses bureaux locaux situés dans les grandes agglomérations du pays. L'assurance-chômage est obligatoire en général, tous les employés, quel que soit le nombre de leurs années de résidence au Canada, sont assurables, à l'exclusion des salariés gagnant plus de \$5,460 par année et des personnes occupant des postes dans certains domaines exclus, comme l'enseignement, le travail domestique chez des particuliers et le travail pour le compte d'établissements de bienfaisance, et d'hôpitaux à but non lucratif. Les employés du domaine de l'agriculture et de l'horticulture sont devenus assurables le 1^{er} avril 1967.

Les travailleurs assurés versent des cotisations fondées sur le salaire et variant entre 10 et 94 cents par semaine. Une contribution égale est exigée de l'employeur. Le gouvernement fédéral contribue un montant égal au cinquième de la contribution globale employeur-employé. Le montant des prestations est

fonction des cotisations de l'assuré et varie entre \$6 et \$27 par semaine pour une personne seule, ou, dans le cas d'une personne avec un ou plusieurs ayants droit, entre \$8 et \$36 par semaine.

Pour être admissible à une prestation régulière, une personne doit avoir versé 30 cotisations hebdomadaires au cours des 104 semaines qui précèdent immédiatement la demande. Au moins huit de ces cotisations devront avoir été faites au cours des 52 semaines qui précèdent immédiatement la demande ou depuis le début de la dernière période de prestations régulières, selon la plus courte des deux périodes. En plus, si le requérant a bénéficié d'une autre période de prestation au cours des 104 semaines précédentes, au moins 24 des 30 semaines au cours desquelles il a versé des cotisations devront avoir eu lieu dans les 52 semaines qui précèdent sa nouvelle réclamation ou depuis le début de sa dernière réclamation, selon la plus longue de ces deux périodes. Le nombre autorisé de semaines pour lesquelles on peut recevoir des prestations régulières varie entre un minimum de 12 semaines et un maximum de 52 semaines. Les réclamants doivent être sans travail, aptes au travail et disponibles pour le travail.

Le chômeur qui ne peut répondre aux conditions établies à l'égard des cotisations donnant droit aux prestations régulières peut être admissible à une prestation saisonnière pouvant être versée depuis la semaine du 1^{er} décembre jusqu'à la semaine du 15 mai, s'il a payé des cotisations pendant au moins 15 semaines depuis le mois de mars précédent ou s'il avait présenté une demande de prestations terminées après la semaine du 15 mai précédent.

Réparation des accidents du travail

Toutes les provinces disposent d'une loi qui assure l'indemnisation des travailleurs d'industries précises qui sont victimes d'accidents ou de maladies reliés à leur travail. Quoiqu'il existe quelques différences de province en province, ces lois s'appliquent à la plupart des industries et des emplois. 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 ou des sociétés d'assurances de même que, dans certaines provinces, les employés des services d'utilité publique. Les prestations comprennent des versements en espèces, tous les soins médicaux nécessaires, les soins hospitaliers, les services de réadaptation physique et de reclassement professionnel afin de permettre au travailleur blessé de recommencer à gagner sa vie. Les versements en espèces peuvent prendre la forme d'une indemnisation du travailleur blessé, au titre du salaire qu'il perd, durant la période d'invalidité temporaire, de pensions d'invalidité dans le cas d'une invalidité permanente ou de prestations aux survivants versées à la veuve ou aux personnes à charge en cas de maladies ou d'accidents mortels. Les prestations accordées aux travailleurs se chiffrent à 75 p. 100 de leurs gains, prestations soumises à un maximum annuel de \$5,000 à \$6,000 selon la loi provinciale. Les frais sont supportés à même une caisse des accidents à laquelle les patrons sont tenus de contribuer selon un barème déterminé par les Commissions des accidents du travail d'après les dangers que comporte l'industrie.

Allocations aux mères

Toutes les provinces offrent, en vertu des régimes d'allocations maternelles ou de régimes semblables, des allocations à certaines mères nécessiteuses

ayant des enfants à leur charge. On accorde de l'assistance aux veuves, aux mères dont les époux se trouvent dans des hôpitaux psychiatriques, aux mères abandonnées et aux mères dont les époux sont invalides. Certaines provinces assistent également les mères dont les époux sont incarcérés et les mères divorcées et séparées, ainsi que les filles-mères. Pour y être admissible, la requérante doit avoir à sa charge un ou plusieurs enfants d'âge admissible et remplir des conditions précises quant aux besoins, à la résidence et, dans l'une des provinces, la citoyenneté. L'allocation maximum mensuelle varie considérablement d'une province à l'autre. Le gouvernement fédéral partage le coût de ces allocations en vertu du Régime d'assistance publique du Canada.

Assistance générale

Toutes les provinces disposent de mesures législatives accordant de l'assistance générale, à la suite d'une évaluation des besoins, aux indigents, et aux personnes qui leur sont à charge, qui ne sont pas admissibles aux autres régimes d'assistance. Dans quelques provinces, les régimes d'assistance aident également les personnes dont les prestations reçues en vertu d'autres régimes ne sont pas suffisantes. Cette assistance peut, s'il y a lieu, servir à l'entretien d'un indigent dans un foyer de soins spéciaux. En plus de l'assistance financière versée afin de répondre aux besoins essentiels comme les vêtements, la nourriture, le logement et les services de ville, certaines provinces offrent aussi des allocations d'invalidité, des services d'orientation et d'aide familiale et les soins de surveillance de post-cure pour les tuberculeux. Ce sont les provinces ou leurs municipalités, assistées d'un appui financier considérable de la province, qui administrent cette assistance; le gouvernement fédéral rembourse les provinces, aux termes du Régime d'assistance publique du Canada, à raison de 50 p. 100 de l'aide provinciale et municipale versée. En vertu du Régime d'assistance publique du Canada (1966) loi qui a remplacé la Loi de 1956 sur l'assistance-chômage et qui peut, si la province le désire, remplacer les régimes à frais partageables que constituent l'assistance-vieillesse, les allocations aux aveugles et les allocations d'invalides, la quote-part fédérale devait s'étendre à nombre de frais qui n'étaient pas partageables auparavant. Ce sont les frais engagés pour les allocations aux mères, l'entretien des enfants, les services de santé et les services de bien-être pour les indigents. Le gouvernement fédéral offre également des services consultatifs aux provinces relativement à l'administration du Régime d'assistance publique du Canada.

Les immigrants, dont c'est la première année au Canada, peuvent se voir accorder de l'aide par l'entremise des autorités locales en vertu d'un accord intervenu avec les provinces et selon lequel ces dernières et le gouvernement fédéral partagent le coût de cette assistance. Ils peuvent également être directement adressés au bureau local du ministère de l'Immigration.

PARTIE III - SERVICES DE BIEN-ETRE SOCIAL

L'assistance générale accordée aux indigents et les divers services de bien-être social qui se rattachent à cette assistance, de même que le soin des vieillards et la protection et le soin des enfants abandonnés et à charge, sont régis par la législation provinciale du bien-être. La province et ses municipalités en partagent l'administration et le financement, tandis que le gouvernement fédéral les rembourse à raison de 50 p. 100 du coût de l'assistance et des services dispensés aux termes du Régime d'assistance publique du Canada.

Le ministère du Bien-être social de chaque province assure l'administration provinciale des services de bien-être. Plusieurs ministères provinciaux du Bien-être ont créé des bureaux régionaux à des fins administratives de même que pour fournir des services consultatifs aux municipalités.

A la suite de l'extension du partage fédéral des frais engagés aux termes du Régime d'assistance publique du Canada, les ministères provinciaux du Bien-être social portent une attention accrue à l'amélioration des normes d'administration et à la mise sur pied de services de réadaptation ou autres destinés à diminuer ou à prévenir la dépendance. De plus, la disponibilité d'une aide fédérale, en vertu du programme des subventions nationales au bien-être, en vue de la formation du personnel, de bourses et de projets de recherche et de démonstration a permis aux provinces de renforcer leurs services de bien-être social.

Les vieillards et les invalides reçoivent des soins en établissement, sous l'égide des gouvernements provinciaux ou municipaux ou d'organismes bénévoles. Certaines provinces versent des subventions d'établissement aux municipalités, aux organismes bénévoles ou aux sociétés à dividendes limités en vue de la construction de logements à loyers modiques pour les personnes âgées.

Les services de bien-être de l'enfance, y compris la protection, les soins en foyers nourriciers et les services d'adoption, sont dispensés par l'autorité provinciale et, dans quelques provinces, par les sociétés d'aide à l'enfance. On met un accent particulier sur les services préventifs pour les enfants dans leur propre foyer. Seuls les grands centres disposent de garderies de jour pour les enfants dont les mères travaillent. Ce sont généralement des établissements bénévoles, sauf en Ontario où on compte également des garderies de jour parrainées par la municipalité et recevant des subventions provinciales.

Un certain nombre d'organismes bénévoles contribuent également au bien-être de la localité, y compris le bien-être des familles et des enfants et de catégories de personnes ayant des besoins spéciaux comme, par exemple, 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 de bien-être familial et de protection de l'enfance dispensent, par exemple, des services sociaux personnels aux familles qui ont besoin d'orientation sur les problèmes que posent les relations conjugales et les relations entre parents et enfants et quant à l'établissement du budget familial. De nombreux organismes sont en train de mettre sur pied des services d'orientation et de loisirs à l'intention des personnes âgées ou à la retraite; des organismes de l'enfance et de l'adolescence disposant de programmes de loisirs ou de formation du caractère offrent des initiatives de participation de groupe dans les domaines de l'éducation physique, du campisme, de l'acquisition de talents pratiques spéciaux et d'autres initiatives saines. Les conseils du bien-être et les conseils d'urbanisme participent à la planification et à la coordination de services locaux de bien-être social.

L'aptitude physique et les loisirs sont favorisés grâce à la Loi fédérale de 1961 sur la santé et le sport amateur, aux termes de laquelle des subventions sont affectées aux organismes d'envergure nationale afin d'appuyer les aspects nationaux et internationaux du programme, de même qu'aux provinces afin de mettre sur pied et d'étendre les initiatives communautaires.