

services sanitaires de l'immigration, le programme de soins médicaux et hospitaliers pour les marins malades et les programmes de santé et de bien-être pour les anciens combattants invalides et pour les forces armées.

Augmentation des dépenses concernant la santé et le bien-être publics depuis la confédération. A l'époque de la colonisation, la charité privée, y compris l'aide des églises, et les crédits publics très limités affectés au soin des indigents, des aliénés et des malades dans des institutions défrayaient les principaux services sociaux.

En 1871, quatre ans après la confédération, le Canada, qui comptait alors quelque 3,700,000 habitants consacrait un million à ses programmes de santé et de bien-être publics. En 1950, les dépenses pour le maintien de la santé, du bien-être et du revenu dépassent le milliard, tandis que la population (13,845,000 âmes) n'a pas tout à fait augmenté de trois fois et trois quarts depuis 1871.

Au début, le soin d'adopter des dispositions au bénéfice des nécessiteux était surtout laissé aux administrations locales. A Terre-Neuve et dans l'Île du Prince-Édouard, le manque d'organisation municipale et des facteurs géographiques ont amené la centralisation de l'administration de l'assistance publique, tandis que dans le Québec le mode d'assistance par voie de dispositions officielles n'a pas pris pied à cause de la solidité des œuvres d'assistance assurées par l'Église.

Le chômage massif des années 1930 et la nécessité de vastes mesures de secours ont posé un problème que les municipalités étaient financièrement incapables de résoudre. Les gouvernements fédéral et provinciaux ont fourni une aide financière sous forme de subventions, tant pour les secours en espèces que pour les travaux publics. Cependant, au début de la seconde guerre mondiale, le gouvernement fédéral et la plupart des provinces ont cessé d'appuyer les programmes destinés à atténuer le chômage, laissant ainsi aux municipalités l'entière responsabilité des mesures de secours-chômage. Deux provinces toutefois, la Colombie-Britannique et l'Ontario, accordent des subventions considérables pour aider les municipalités à secourir les inaptes au travail et les personnes à leur charge, tandis que la Saskatchewan accorde des subventions à l'égard des aptes et des inaptes au travail et des personnes à leur charge. Des lois récemment adoptées en Alberta et au Manitoba prévoient des subventions pour aider les municipalités à défrayer l'assistance aux résidents nécessiteux. Dans le Québec, la loi de l'assistance publique permet à la province, aux municipalités et aux organismes de charité privée de partager les dépenses des programmes d'assistance générale dont l'administration relève d'organismes privés.

Le gouvernement fédéral défraie près de 80 p. 100 des programmes fédéraux, provinciaux et municipaux visant au maintien de la santé, du bien-être et du revenu. La majeure partie des dépenses fédérales est affectée aux programmes de prestations en argent, le genre de mesure de sécurité sociale le plus coûteux, par opposition aux services de santé et de bien-être. Les gouvernements provinciaux et municipaux, s'ils portent une part proportionnellement moins lourde du fardeau des programmes visant au maintien du revenu, jouent cependant un rôle de plus en plus grand dans la fourniture des services impersonnels publics comme l'hygiène, ou des services personnels, comme le soin et la protection de l'enfance.

Le travail des organismes bénévoles de santé et de bien-être aide et complète les programmes publics (voir pp. 265-268). Les progrès de l'enseignement profes-