

aux non-contribuables de participer volontairement en payant une taxe personnelle pour l'achat de "billets de services hospitaliers". En 1946, ces régimes locaux desservait déjà des tranches importantes de la population rurale de l'Alberta et de la Saskatchewan.

**Terre-Neuve.**—Jusqu'au milieu des années 1930, une grande part de la population dispersée de l'île était presque complètement dépourvue de services hospitaliers. En 1934, un régime d'hôpitaux-villas, programme à la fois de construction d'hôpitaux et d'assurance contre les frais médicaux et hospitaliers, fut institué à l'intention des régions isolées. En vertu de ce régime, les assurés qui, habitant un district d'hôpital-villa, payaient une petite redevance annuelle, avaient droit au diagnostic et au traitement externes, aux visites du médecin à domicile et à l'hospitalisation dans une salle publique de l'hôpital local ou de l'hôpital général de St-Jean; les frais résiduels de ces hôpitaux administrés par le gouvernement étaient payés à même les recettes tirées des taxes générales. En 1958, environ un tiers de la population de la province bénéficiait déjà d'une grande variété de services de santé et environ la moitié avait droit à l'hospitalisation en vertu du régime des hôpitaux-villas. De plus, le gouvernement provincial fournissait gratuitement des soins médicaux et hospitaliers aux indigents de toute la province et il a institué en 1957 un programme de services diagnostiques externes et de soins hospitaliers en salle publique à l'intention des enfants de moins de 16 ans. En 1958, il a ajouté à ce programme pour enfants les soins médicaux et chirurgicaux.

**Saskatchewan.**—La création de régimes d'assurance-hospitalisation financés par l'État et s'étendant à toute une province avait été, au cours des années 1930, l'objet d'un intérêt qui s'était manifesté par l'adoption, en Alberta (1935) et en Colombie-Britannique (1936), de lois sur l'assurance-hospitalisation, lois qui toutefois ne furent pas mises à exécution. Cet intérêt connut toutefois un renouveau au début de l'après-guerre, et la Saskatchewan devint la première province à instaurer un régime universel d'assurance contre les frais hospitaliers. En vertu de la loi de la Saskatchewan sur l'hospitalisation, adoptée en 1946 et mise en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1947, les régimes municipaux ont fait place à un programme d'envergure provinciale financé en partie par des primes personnelles et obligatoires perçues grâce à une entente avec les municipalités, en partie par un tiers du produit d'une taxe de vente provinciale de 3 p. 100 et en partie par les recettes provinciales en général.

**Colombie-Britannique.**—La Saskatchewan fut suivie, en 1949, de la Colombie-Britannique, qui institua un programme universel d'assurance, financé au moyen de primes perçues surtout à titre de retenues sur les salaires; ces primes devaient suffire à payer presque tous les frais du programme. On établit en 1951 des frais de coassurance, payables par le malade au moment où il bénéficie des services. Mais les difficultés que présentaient la perception et la grande mobilité de la main-d'œuvre, ainsi que d'autres facteurs, ont entraîné en 1954 l'abolition des primes. On prit alors les dispositions nécessaires pour financer le programme à même les recettes générales et, à cette fin, on porta la taxe provinciale de vente au détail de 3 à 5 p. 100.

**Alberta.**—Les mesures prises par le gouvernement provincial de l'Alberta ont été plus graduelles et ont découlé directement de l'expérience acquise avec les programmes administrés par les municipalités. L'assistance accordée aux municipalités a été précédée de plusieurs programmes spéciaux: soins hospitaliers aux victimes de la poliomyélite en 1938, soins hospitaliers pour le diagnostic du cancer en 1943, soins gratuits en salle publique pour les cas de maternité en 1944, et programme provincial de services de santé à l'intention de catégories choisies de bénéficiaires de l'assistance publique en 1947. La province a créé en 1950 une subvention aux régimes d'assurance municipaux qui comportaient des soins de salle publique; trois ans plus tard, les subventions ont été élargies de façon à valoir pour les services "supplémentaires" (spéciaux). En 1957, environ 75 p. 100 de la population de la province demeurait déjà dans des districts où existaient des