

Les ministères provinciaux de la santé ont élargi leurs dispensaires antivénéériens, qui fournissent des services gratuits de diagnostic et de traitement. Dans certaines régions, ces ministères paient les honoraires de médecins exerçant en clientèle privée pour qu'ils donnent gratuitement des soins aux personnes indigentes. De plus, les provinces distribuent gratuitement des médicaments aux médecins pour le traitement des maladies vénériennes. Les services locaux d'hygiène publique s'occupent du dépistage, du suivi des personnes qui ont eu des rapports avec les sujets infectés et des programmes d'éducation sanitaire, avec la collaboration des autorités provinciales chargées de la lutte antivénéérienne.

A une certaine époque la tuberculose était un problème de santé très grave, mais ces dernières années le nombre des cas déclarés a diminué de façon soutenue. En 1977 cependant, 3,197 nouveaux cas actifs ont été enregistrés ou 13.7 pour 100,000 habitants, soit une augmentation par rapport à 1976 (2,601 cas ou 11.4 pour 100,000 habitants). La plupart des nouveaux cas de tuberculose sont découverts par les médecins, mais les ministères provinciaux de la santé, assistés d'organismes bénévoles, poursuivent des programmes antituberculeux de dépistage au moyen de tests à la tuberculine et d'examens radiologiques; ils accordent une attention spéciale aux groupes particulièrement exposés, à l'examen radiologique au moment de l'entrée à l'hôpital et à la postobservation des cas stationnaires. Les programmes provinciaux de lutte antituberculeuse prévoient la vaccination des enfants et des groupes très exposés ainsi que le traitement gratuit, y compris les soins hospitaliers, les médicaments et les services de réadaptation.

## 5.2 Régimes d'assurance-maladie du Canada

Le programme canadien d'assurance-maladie est constitué de régimes provinciaux individuels de soins hospitaliers et médicaux qui sont financés en partie par le gouvernement fédéral. Les régimes provinciaux varient dans le détail, mais chacun doit satisfaire à des conditions minimum pour avoir droit à la contribution fédérale. Depuis nombre d'années, environ 99% de la population du Canada est couverte pour les soins hospitaliers et médicaux.

### 5.2.1 Législation fédérale

La participation fédérale aux programmes nationaux d'assurance-maladie est régie par la Loi de 1958 sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, la Loi de 1966 sur les soins médicaux et la Loi de 1977 sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis.

**Assurance-hospitalisation.** La loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, qui est entrée en vigueur en juillet 1958, a pour objet d'offrir à tous les résidents admissibles un vaste éventail de services hospitaliers et diagnostiques nécessités par des raisons médicales, à peu ou sans frais pour le malade, écartant ainsi les obstacles financiers à des soins adéquats qui existaient pour nombre de résidents.

Aux termes de la Loi, les contributions du gouvernement fédéral sont autorisées pour les programmes administrés par les provinces qui fournissent l'assurance-hospitalisation et les services de laboratoire et autres à l'appui des diagnostics.

Le programme est fondé sur cinq grands principes: exhaustivité des services, accessibilité à tous les résidents admissibles, aucun obstacle à l'accès raisonnable aux soins, transférabilité des prestations et administration des programmes provinciaux par le secteur public.

Les établissements couverts par le programme comprennent les hôpitaux généraux, de réadaptation (convalescence) et pour soins de longue durée (maladies chroniques), ainsi que les hôpitaux spécialisés comme ceux qui dispensent des soins de maternité ou des soins pédiatriques. Sont nommément exclus les hôpitaux pour tuberculose et les sanatoriums, les hôpitaux et établissements pour maladies mentales, et les maisons de repos, les foyers pour personnes âgées, les infirmeries et autres établissements d'hébergement.