Anciens Combattants Canada | Veterans Affairs Canada

Programme pour l’autonomie des anciens combattants – Politique sur les avantages à domicile

Autorité compétente : Directeur général, Politiques et recherche
Date d’entrée en vigueur 14 décembre 2022
Numéro du document : 3945

La nouvelle politique remplace les politiques relatives au PAAC ci-dessous, lesquelles ont été abrogées : Évaluations (Programme pour l'autonomie des anciens combattants), Survivants - Programme pour l'autonomie des anciens combattants (PAAC), Principaux dispensateurs de soins (Programme pour l'autonomie des anciens combattants), Besoins de santé exceptionnels (Programme pour l'autonomie des anciens combattants), Entente relative aux avantages (Programme pour l'autonomie des anciens combattants), Bénéficiaires d’une indemnité d’invalidité dont l’état de santé est précaire, Résidence principale (Programme pour l'autonomie des anciens combattants), Parents d’un client (Programme pour l'autonomie des anciens combattants), Services de soins à domicile (Programme pour l'autonomie des anciens combattants), Services de soins ambulatoires (Programme pour l'autonomie des anciens combattants) et Service de déplacement (Programme pour l'autonomie des anciens combattants).

Table of Contents

Autorité
Objectifs
Définitions
Exigences de la politique
Admissibilité
Généralités
Vétérans, civils et membres de la Force de réserve
Anciens combattants alliés
Principaux dispensateurs de soins
Survivants
Exemptions
Critères d’admissibilité et considérations
Exigences en matière de résidence
Détermination des besoins
Réévaluation
Approche aux avantages médicaux
Besoins de santé exceptionnels
Santé précaire
Déscription des services
Résidence Principale
Proches parents
Services de soins à domicile
Services de santé et de soutien
Services de soins personnels

Service de relève
Services d’entretien ménager
Accès à des services d’alimentation
Entretien du terrain
Services de soins ambulatoires
Frais acceptables ayant trait aux services de soins ambulatoire
Paiement des Services de soins ambulatoires dans un établissement considéré comme la résidence principale de la personne admissible
Paiement du service de soins ambulatoires aux résidents des établissements de soins de santé - Niveau du type II ou supérieur
Service de déplacement
Paiement du Service de déplacement dans un établissement considéré comme la résidence principale de la personne admissible
Paiement du Service de déplacement aux résidents des établissements de soins de santé - Niveau du type II ou supérieur
Adaptations au domicile
Soins Intermédiaire dans un établissement communautaire
Soins dans un lit réservé pour les anciens combattants ayant servi outre mer
Contributions financières
Limites
Taux maximaux à payer
Remplir une Entente relative aux avantages
Entente relative aux avantages en case de partage de la résidence
Entente relative aux avantages pour le principal dispensateur de soins et le veteran admis dans une residence-services ou un établissement similaire
Date de la demande
Date de la demande dans le cas des survivants
Date d’entrée en vigueur de l’admissibilité (sauf dans le cas des Principaux dispensateurs de soins)
Date d’entrée en vigueur d’une entente relative aux avantages (dans le case des principaux dispensateurs de soins seulement)
Date d’entrée en vigueur lorsque des services supplémentaires sont ajoutés aux ententes relatives aux avantages existantes (à l’exception de l’entretien ménager et de l’entretien du terrain)
Contributions financières - Généralités
Contributions financières par remboursement (à l’exception des services d’entretien ménager et d’entretien du terrain)
Contributions financières par paiement anticipé (à l’exception des services d’entretien ménager et d’entretien du terrain)
Modalités de paiement (subventions ou contributions)
Contributions financières par des subventions pour les services d’entretien ménager et d’entretien du terrain
Durée et Continuité
Recours/Appels
Trop-payés
Annexe A – Références et Politiques connexes
Annexe B – Admissibilité au Programme pour l’autonomie des anciens combattants (PAAC)
Annexe C – Anciens combattants alliés

Autorité

Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants, Partie II et Partie IV pris en vertu de l'autorité de la *Loi sur le ministère des Anciens Combattants*

Objectifs

Le Programme pour l'autonomie des anciens combattants aide les personnes qui y sont admissibles à rester à leur domicile et dans leur collectivité le plus longtemps possible en leur offrant une aide financière pour bénéficier de services qui favorisent l'autonomie et la santé.

Selon les circonstances et les besoins de santé, ce programme permet de bénéficier de services tels que les services de santé et de soutien, les soins personnels, l'entretien ménager, l'accès à des services d'alimentation, l'entretien du terrain, les soins ambulatoires, les déplacements et des adaptations à la résidence principale.

Lorsque les soins à domicile ne sont plus possibles, le PAAC finance les soins intermédiaires des personnes admissibles dans un établissement communautaire. Consulter la politique sur les Établissements communautaires (Programme pour l'autonomie des anciens combattants – soins intermédiaires et Programme de soins de longue durée).

Définitions

Ancien combattant allié désigne, aux fins de l'admissibilité au PAAC, une personne définie dans les paragraphes 6, 7 et 8 et dans l'Annexe C de cette politique. Voir aussi la politique sur l'Admissibilité aux programmes de soins de santé - Anciens combattants alliés.

Évaluation signifie, aux fins des services du PAAC, l'évaluation des circonstances d'un individu, notamment sa situation à domicile, son état fonctionnel et les soutiens qui lui sont accessibles, afin de déterminer ses besoins de santé non satisfaits et les interventions qui s'imposent.

Jour désigne, aux fins de la limite des soins personnels au paragraphe 59, les besoins réels d'un client en matière de soins personnels au cours d'une période de 24 heures.

Personne admissible dans le cadre de la présente politique désigne:

a. un ancien combattant pensionné, un ancien combattant au revenu admissible, un ancien combattant ayant servi outre-mer, ou un ancien combattant qui satisfait aux critères relatifs à l'âge et au service pour être reconnu comme un ancien combattant ayant servi au Canada;
b. un civil pensionné, civil au revenu admissible ayant servi outre-mer;
c. un pensionné du service militaire;
d. un pensionné du service spécial;
e. un prisonnier de guerre admissible à une indemnisation de base en vertu du paragraphe 71.2(1) de la *Loi sur les pensions*;
f. un ancient combatant allié admissible au PAAC;
g. un ancien membre ou un membre de la Force de réserve admissible à une indemnité d'invalidité ou admissible à une indemnité pour douleur et souffrance; ou
h. un ancien membre ou un membre de la Force de réserve qui a reçu une indemnité de captivité aux termes de la partie 3 de la *Loi sur le bien-être des vétérans*.

Les critères d'admissibilité de chaque groupe énuméré ci-dessus sont énoncés aux articles 15, 17 et 18 du *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants*, aux articles articles 4, 5 et 6 de la présente politique,

et sont décrits à l'Annexe B - Admissibilité au PAAC. Pour les anciens combattants alliés admissibles au PAAC, consulter les articles 6, 7 et 8 de la présente politique et l'Annexe C – Anciens combattants alliés.

Principal dispensateur de soins désigne, dans le cadre de la présente politique, la personne adulte (âgé de 18 ans ou plus) qui, au moment du décès du client ou l'admission à un établissement de soins de santé:

a. avait été la personne principalement responsable de veiller à ce que les soins aient été fournis au client;
b. n'avait reçu aucun salaire en compensation des soins prodigués;
c. avait été à la charge du client ou s'était occupé du client (cela pourrait inclure lui apportant du soutien émotionnel et de la compagnie et n'est pa seulement lié au soutien financier) pendant une période continue d'au moins un an; et
d. avait résidé au domicile principal du client pendant une période continue d'au moins un an.

Dans la plupart des cas, les principaux dispensateurs de soins sont des époux ou épouses ou des conjoints ou conjointes de fait admissibles. Toutefois, des enfants adultes et d'autres personnes peuvent être admissibles.

Revenu non exempté désigne le « revenu » tel qu'il est défini à l'article 7 de *Loi sur les allocations aux anciens combattants* (soit le revenu brut moins les déductions applicables autorisées aux termes de la section B de la *Loi de l'impôt sur le revenu*), les avantages mensuels courants tels qu'ils sont définis à l'alinéa 4(3)(c) de cette loi et toute autre prestation d'allocations d'ancien combattant versée au veteran admissible. Consulter la politique sur l'Évaluation du revenu – Programme des allocations aux anciens combattants.

Survivant, relativement à la personne admissible désigne l'adulte (âgé de 18 ans ou plus) qui, au moment du décès de l'Ancien combattant pensionné / Pensionné civil ou Ancien combattant au revenu admissible / Civil au revenu admissible ou, dans le cas d'une personne admissible qui décède dans un Établissement de soins de santé, au moment de l'admission de celle-ci:

a. avait la responsabilité principale de voir à ce que le vétéran reçoive des soins;
b. n'avait reçu aucun salaire en compensation des soins prodigués;
c. habitait depuis au moins un an de façon continue dans la résidence principal de la personne admissible; et
d. s'était occupé de la personne admissible ou avait été à la charge de la personne admissible pendant une période continue d'au moins un an.

Exigences de la politique

Admissibilité

Généralités

1. Les critères d'admissibilité et les services offerts aux personnes admissibles, aux principaux dispensateurs de soins et aux survivants se trouvent aux articles 15 à 18 du *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants*.

Vétérans, civils et membres de la Force de réserve

2. Les critères d'admissibilité et les services financés pour chaque personne admissible varient en fonction de facteurs tels que le type de service, les lieux et les dates de son service, son revenu, son droit aux prestations d'invalidité et ses besoins en matière de santé.

3. Voir les articles 15, 17 et 18 du *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants*, ainsi que l'annexe B – Admissibilité au PAAC pour des renseignements concernant les personnes admissibles, les critères d'admissibilité et les services admissibles.
4. Certaines personnes admissibles qui reçoivent de programmes fédéraux, provinciaux ou communautaires des services semblables à ceux fournis dans le cadre du PAAC qui répondent à leurs besoins peuvent se voir accorder l'admissibilité seulement. Ainsi, on assure que ces personnes reçoivent les avantages médicaux auxquels elles auraient droit à titre de bénéficiaires du PAAC (c.-à-d. couverture de catégorie B).
5. Si la personne admissible s'étant vu accorder l'admissibilité uniquement a des besoins qui augmentent au fil du temps et que le fournisseur des services semblables aux services du PAAC ne répond plus pleinement à ces besoins, le vétéran peut recevoir des avantages du PAAC à titre de second payeur pour compléter les services.

Anciens combattants alliés

6. L'ancien combattant allié est défini dans la *Loi sur les allocations aux anciens combattants* comme étant « ... un ancien membre d'une force alliée... ». Selon Anciens Combattants Canada, le terme « ancien membre » désigne toute personne qui a occupé officiellement une fonction militaire après s'être enrôlée en tant que membre des « forces armées » (c.-à-d. dans l'armée, la marine ou l'aviation). Le service en tant qu'ancien membre d'un groupe de résistance n'est pas reconnu.
7. Les dispositions du *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants* reconnaissent divers types de vétérans alliés, selon le moment et l'endroit de leur service, s'ils résidaient au Canada avant ou après leur service dans la force alliée, et s'ils sont admissibles à une pension d'invalidité. Du point de vue du PAAC, cette reconnaissance peut être divisée en deux catégories : les anciens combattants alliés qui résidaient au Canada avant la guerre, et les anciens combattants alliés qui ont résidé au Canada après la guerre. Peu importe si le vétéran est un ancien combattant allié, il doit quand même répondre aux critères d'ancien combattant ayant servi outre-mer, d'ancien combattant au revenu admissible ou d'ancien combattant pensionné avant d'être admissible au PAAC.
8. Consulter l'Annexe B pour en savoir plus sur les critères d'admissibilité et les services admissibles des vétérans alliés, et consulter l'Annexe C pour connaitre les définitions des types d'anciens combattants alliés.

Principaux dispensateurs de soins

9. Voir l'article 16 du *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants*, et l'Annexe B – Admissibilité au PAAC pour en savoir plus sur les critères d'admissibilité des principaux dispensateurs de soins et les services admissibles.
10. Un principal dispensateur de soins a droit au soutien financier pour obtenir les services d'entretien ménager et d'entretien du terrain dont la personne admissible bénéficiait au moment de son décès ou de son admission en établissement de soins, si:
    a. dans l'an suivant, soit le décès du vétéran ou son admission en établissement de soins (selon l'événement qui se présente en premier), le principal dispensateur de soins fait l'objet d'une évaluation; ou si, à n'importe quel moment, le principal dispensateur de soins présente des éléments de preuve ayant trait à sa santé au cours de cette période en fonction desquels une évaluation peut être fait;
    b. l'évaluation et toutes les évaluations subséquentes indiquent que la prestation des services d'entretien ménager ou d'entretien du terrain est nécessaire pour des raisons de santé et pour aider le principal dispensateur de soins à demeurer autonome à sa résidence principale;

c. le principal dispensateur de soins réside au Canada; et
d. les services ne sont pas offerts au principal dispensateur de soins à titre de services assurés par le système de soins de santé provincial ou une police d'assurance privée.

11. Le principal dispensateur de soins d'une personne admissible qui bénéficiait des services d'entretien ménager ou d'entretien du terrain en raison de besoins de santé exceptionnels (voir l'article 18 du *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants*), ou qui bénéficiait de l'« Admissibilité seulement » a droit à continuer de bénéficier de ces services si le principal dispensateur de soins satisfait aux critères d'admissibilité et:
    a. les services provinciaux ou communautaires cessent au décès du vétéran ou à son admission dans un établissement de soins de santé; ou
    b. le principal dispensateur de soins doit payer pour continuer de recevoir les services.
12. Lorsque le vétéran n'est plus en mesure de demeurer chez lui et qu'il s'installe dans un établissement avec services ou autre établissement semblable, le principal dispensateur de soins a droit aux services d'entretien ménager et d'entretien du terrain qui étaient en place à son domicile familial. Le principal dispensateur de soins doit satisfaire aux critères d'admissibilité.
13. Un individu qui ne satisfait pas aux critères lui permettant d'être reconnue comme principal dispensateur de soins peut être admissible aux services d'entretien ménager ou d'entretien du terrain à titre de « survivant » (voir les paragraphes 16 à 21).
14. Les besoins du principal dispensateur de soins doivent être d'abord évalués dans l'an qui suit le décès du vétéran (ou son admission dans un établissement de soins de santé) et de façon périodique ensuite. L'évaluation initiale peut également être effectuée à une date ultérieure, pourvu qu'elle soit fondée sur des éléments de preuve qui correspondent à la période d'un an suivant le décès du vétéran ou son admission dans un établissement de soins de santé.
15. Un principal dispensateur de soins a seulement droit aux services d'entretien ménager et d'entretien du terrain dont le vétéran bénéficiait. Si un vétéran ne recevait que les services d'entretien ménager, alors le principal dispensateur de soins ne peut continuer qu'à recevoir les services d'entretien ménager. La même règle s'applique à l'entretien du terrain.

Survivants

16. Consulter l'article 16.1 du *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants* et l'annexe B – Admissibilité au Programme pour l'autonomie des anciens combattants pour obtenir des renseignements sur les critères d'admissibilité pour les survivants et les services auxquels ils ont droit. Tous les critères doivent être satisfaits au moment de présenter la demande pour être jugé admissible.
17. Pour être admissible, le survivant doit, au moment de présenter sa demande, être un adulte âgé de 18 ans ou plus et doit :
    a. ne pas être admissible aux services offerts aux principaux dispensateurs de soins aux termes de l'article 16 du *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants*;
    b. toucher un Supplément de revenu garanti en vertu de la *Loi sur la sécurité de la vieillesse*, ou être admissible au crédit d'impôt pour personnes handicapées en vertu de l'article 118.3 de la *Loi de l'impôt sur le revenu*;
    c. résider au Canada (lorsqu'un survivant est à l'extérieur du Canada pendant 183 jours ou moins au cours d'une année civile, sa résidence au Canada est réputée être ininterrompue);
    d. avoir besoin de services d'entretien ménager et/ou d'entretien du terrain. On doit confirmer que ce besoin est attribuable à un problème de santé et que ce problème doit être traité pour que le survivant continue de vivre de façon autonome dans sa résidence principale;
    e. confirmer que les services ne peuvent être obtenus au titre d'un régime d'assurance-maladie provincial ou d'un régime d'assurance privé.

18. Le *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants*a été modifié afin de donner droit aux services d'entretien ménager et d'entretien du terrain à un survivant d'un civil au revenu admissible, d'un ancien combattant pensionn&eacute, d'un ancien combattant au revenu admissible; ou d'un pensionné civil admissible qui, au moment du décès, ne bénéficiait pas de services d'entretien ménager ou d'entretien du terrain, y compris le survivant d'un ancien combattant ou d'un civil qui est décédé avant l'entrée en vigueur officielle du Programme pour l'autonomie des anciens combattants. .
19. Si le vétéran ou le civil au moment de son décès, ne satisfait pas à la définition d'« ancien combattant au revenu admissible » ou de « civil au revenu admissible », conformément à l'article 2 du *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants*, selon le cas, mais qu'il a satisfait à cette définition à un certain moment dans sa vie, son survivant est admissible.
20. Le vétéran ou le civil peut ne pas avoir bénéficié des services d'entretien ménager ou d'entretien du terrain, quoiqu'il ait bénéficié d'autres éléments du Programme pour l'autonomie des anciens combattants, tels que les soins personnels.
21. Les survivants de ces vétérans ou civils qui bénéficiaient de services d'entretien ménager ou d'entretien du terrain au moment de leur décès ou de leur admission dans un établissement de soins de santé peuvent être admissibles à ces avantages à titre d'un « principal dispensateur de soins » (voir les paragraphes 9 à 15).

Exemptions

22. Les membres et anciens membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC) ne sont pas admissibles, dans le cadre du PAAC, au financement de services liés à leurs affections ouvrant droit à la pension d'invalidité de la GRC. Les membres et anciens membres de la GRC qui ont également droit à des prestations d'invalidité d'ACC en lien avec leur service dans les Forces armées canadiennes (FAC) peuvent recevoir d'ACC tous les avantages auxquels ils ont droit à titre d'anciens membres des FAC.
23. En règle générale, les membres des FAC ne sont pas admissibles aux services du PAAC. Toutefois, certains membres de la Force de réserve des FAC qui ont droit à une prestation d'invalidité peuvent être admissibles au financement de services dans le cadre du PAAC.
24. Les anciens membres des forces de résistance ne sont pas admissibles au financement de services dans le cadre du PAAC.

Critères d'admissibilité et considérations

Exigences en matière de résidence

25. La personne admissible, le principal dispensateur de soins ou le suviant doit habiter au Canada pour se prévaloir du soutien financier pour les services du PAAC. Les services comparables aux services offerts par le PAAC qu'obtient l'indidvidu lorsqu'il est à l'extérieur du Canada (p. ex. les retraités migrateurs) pourraient ne pas être remboursés.

Détermination des besoins

26. Le financement des services du PAAC ne peuvent être approuvés que si un besoin est cerné dans le cadre d'une évaluation à jour qui indique ce qui suit:
    a. le service de soins à domicile, le service de soins ambulatoires, le service de déplacement ou le service d'adaptations au domicile demandés sont appropriés et nécessaires pour aider la personne admissible à demeurer autonome dans sa résidence principale; ou

b. la prestation du service de soins intermédiaires demandé, dans un lit en Établissement communautaire lorsqu'il ne s'agit d'un Lit réservé, est appropriée dans les circonstances, c. à d. qu'une personne admissible ne peut pas ou ne doit pas demeurer dans son domicile familial, et le type ainsi que le niveau de soins fournis répondent aux besoins de la personne admissible en matière de santé.

Réévaluation

27. Si une personne admissible estime qu'un changement de circonstances s'est produit, elle peut demander une réévaluation.

Approche aux avantages médicaux

28. Si une personne admissible est admissible à l'un ou l'autre des services du PAAC qui pourraient aussi être couverts dans le cadre du programme des avantages médicaux (p. ex. soins de santé et soutien, adaptations au domicile), il faut tout d'abord envisager d'obtenir ces services en vertu des politiques et des procédures liées aux avantages médicaux.

Besoins de santé exceptionnels

29. Consulter l'article 18 du *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants*, et l'annexe B – Admissibilité au Programme pour l'autonomie des anciens combattants pour obtenir des renseignements sur les personnes admissibles qui peuvent accéder au financement des services dans le cadre du PAAC parce qu'elles ont des besoins de santé exceptionnels et un revenue insuffisant pour payer les services.
30. Les « besoins de santé exceptionnels » sont des besoins de santé provoqués par des circonstances malheureuses, comme une maladie ou un accident, et qui nécessitent de fournir au vétéran des soins intermédiaires ou qui pourraient entraîner son placement dans un établissement de soins intermédiaires s'il ne bénéficie pas de soins à domicile, de soins ambulatoires, d'un service de déplacement ou d'adaptations au domicile au titre du PAAC.
31. Un demandeur devrait normalement nécessiter des soins en raison d'un besoin de santé de type II, comme l'aura déterminé une évaluation infirmière, pour être admissible aux services ou aux soins intermédiaires du PAAC en vertu des dispositions sur les besoins de santé exceptionnels. Cependant, dans certains cas, comme l'indisponibilité de services de soutien communautaires, l'isolation sociale, l'existence d'obstacles ou d'empêchements importants à l'exécution des activités de la vie quotidienne, ou le risque de placement en établissement, des demandeurs ne répondant pas aux critères des soins de type II pourraient être admissibles.

Santé précaire

32. Dans la mesure du possible, tous les efforts doivent être déployés pour établir que le besoin du service est lié à l'affection ouvrant droit à indemnité, puisque cela est plus avantageux pour le bénéficiaire. Voir l' annexe B – Admissibilité au Pprogramme pour l'autonomie des anciens combattants pour en savoir plus sur les personnes admissibles au financement de services dans le cadre du PAAC en raison de leur santé précaire.
33. La « santé précaire » se définit comme étant une série d'affections physiologiques critiques qui entraîne pour la personne concernée le risque de faire des chutes, de se blesser, de tomber malade, d'avoir besoin de supervision ou d'avoir besoin d'hospitalisation. La « santé précaire » entraîne également une invalidité grave et prolongée pour laquelle les possibilités d'amélioration de la santé sont faibles ou inexistantes. La

désignation de « santé précaire » est fondée sur la prémisse selon laquelle, pour les personnes qui présentent des affections multiples, qu'une de ces affections ouvre droit à indemnité; cette interaction complexe d'invalidités nuit à leur aptitude à demeurer autonomes à leur résidence principale.

34. L'« Invalidité prolongée » signifie que l'invalidité dure depuis 12 mois ou que l'on s'attend à ce qu'elle dure pendant une période continue d'au moins 12 mois (c'est-à-dire un problème de santé continu qui a d'importantes répercussions sur la vie de la personne, de sa famille ou d'autres dispensateurs de soins). L'espérance de vie n'est pas prise en compte pour déterminer si une personne est atteinte d'une invalidité prolongée, et un vétéran ayant reçu un diagnostic de maladie en phase terminale (c.-à-d. qui reçoit des soins palliatifs) peut être considéré comme étant de « santé précaire ».
35. De plus amples renseignements sur la détermination si ou non un bénéficiaire d'une indemnité d'invalidité satisfait aux critères pour être reconnu comme étant de « santé précaire » se trouvent à l'Outil de critères de santé précaire (VAC 1697).

Déscription des services

36. Les services financés dans le cadre du PAAC sont énumérés à l'article 19 du *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants*.

Résidence Principale

37. La partie II du *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants* stipule que les personnes admissibles peuvent se prévaloir des services du PAAC à leur résidence principale, à l'exception des soins intermédiaires.
38. L'expression « résidence principale » n'est pas définie dans le RSSAC. Cependant, aux fins de la prestation des services du PAAC à une personne admissible, la « résidence principale » est réputée être le logement dans lequel habite normalement la personne admissible. Cela peut comprendre, sans s'y limiter, la maison, le bungalow privé de la personne ou le condominium l'appartement, le complexe d'habitation pour aînés, la maison de retraite, le logement communal, la unité d'aide à la vie autonome ou le logement avec services de soutien, ou le domicile d'un ami ou d'un membre de la famille où la personne admissible réside en permanence.
39. Les services du PAAC ne peuvent être offerts qu'à une seule résidence principale à la fois. Une personne admissible peut avoir deux lieux de résidence, comme une en ville et une à la campagne, mais un seul lieu peut être désigné sa résidence principale à un moment donné.
40. Dans le cas d'une personne admissible qui bénéficie de soutien financier pour les soins intermédiaires du PAAC ou pour le programme de soins de longue durée (SLD), le lieu d'hébergement ne constitue pas une résidence principale.
41. Des services d'entretien ménager et/ou d'entretien du terrain peuvent être approuvés si le survivant admissible habite toujours dans le domicile qui était partagé avec la personne défunte ou s'il emménage dans une autre résidence principale au Canada, à condition que le survivant satisfasse toujours aux critères.

Proches parents

42. Le financement des services du PAC ne visent pas à remplacer ceux fournis par les proches parents (toute personne liée par le sang ou par la loi) vivant avec la personne admissible, le principal dispensateur de soins, ou le survivant. Cependant, si un parent n'est pas disponible, n'est pas disposé ou n'est pas apte à venir en aide au client, le financement des services du PAAC devrait être approuvé et les services fournis par quelqu'un d'autre que le parent..

43. Il incombe à ACC de rendre le financement des services du PAAC aux personnes admissibles au besoin. Ces services sont requis lorsque la personne admissible ne peut effectuer certaines tâches et qu'aucune personne résidant à cet endroit n'est apte ou disposée à les effectuer. Même si des personnes valides résidant avec le client pouvaient rendre les services, si elles ne sont pas disposées à le faire, les besoins du client demeurent non comblés et il est nécessaire d'y répondre.
44. Les proches parents qui habitent la résidence principale ne doivent être considérés comme fournisseurs de services du PAAC que dans des circonstances exceptionnelles. Lorsqu'un proche parent a dû modifier son statut d'emploi et et qu'il a subi une perte ou une réduction de salaire pour avoir fourni des services du PAAC, une contribution financière aux coûts de certains services du PAAC peut être accordée aux conditions suivantes:
    a. le parent démontre la nature exceptionnelle de l'entente et fournit une preuve du changement de statut d'emploi ainsi que de la perte ou de la diminution de salaire découlant des mesures prises afin de répondre aux besoins du client;
    b. le parent fournit des services, comme des soins personnels, pendant ses heures de travail normales (des services comme l'entretien ménager ou du terrain ne seront pas pris en compte);
    c. le parent est indemnisé seulement en tant que fournisseur de services, et pas pour la perte de revenus;
    d. le coût des services est comparable au taux courant de services semblables offerts dans la région, et
    e. le parent est pleinement conscient que le fait de recevoir une rémunération pour ces services l'empêcherait par la suite d'être admissible aux services applicables du PAAC à titre de principal dispensateur de soins.
45. Les proches parents d'une personne admissible, un principal dispensateur de soins, ou un survivant qui habitent à l'extérieur de la résidence principale de ce dernier doivent être traités comme tout autre fournisseur de services.

Services de soins à domicile

46. Les service de soins à domicile ne peuvent être approvés que si un besoin en matière de la santé de la personne admissible est cerné dans le cadre d'une évaluation qui nuit à sa capacité de demeurer autonome dans sa résidence principale. Selon les besoins de la personne admissible, le principal dispensateur de soins, ou le survivant, les services de soins à domicile du PAAC peuvent être nécessaires pour une période indéfinie ou par intermittence.
47. Les services pouvant être offerts dans la résidence principale d'une personne admissible, si, après l'évaluation des besoins en santé de cetter dernière, elles sont jugées nécessaires sont les suivants: services de santé et de soutien, soins personnels, services de relève, entretien ménager, accès à des services d'alimentation, et entretien du terrain.
48. Un survivant ou un principal dispensateur de soins a droit au soutien financier pour obtenir les services d'entretien ménager et d'entretien du terrain seulement. Une évaluation et toutes les évaluations subséquentes doivent indiquer que la prestation des services est nécessaire pour des raisons liées à la santé du survivant ou du principal dispensateur de soins et pour aider ce dernier à demeurer autonome à sa résidence principale.

Services de santé et de soutien

49. Dans certaines circonstances, il peut être nécessaire de fournir des services de santé et de soutien dans la résidence principale de la personne admissible, si cela répond à ses besoins de santé. Les services de santé et de soutien sont des interventions en matière de diagnostic ou de soins de santé, fournies par un

professionnel de la santé réglementé. Le fournisseur doit satisfaire aux critères de la politique sur Professionnels de la santé. Les services de santé et de soutien peuvent comprendre :

a. visite d'une infirmière (p.ex. soins des plaies de base, enseignement en matière de santé, administration des médicaments, soins relatifs à un cathéter ou stomathérapie et gestion de la douleur);
b. soins des pieds d'une infirmière (il faut avoir besoin qu'un professionnel de la santé effectue les soins des pieds); et
c. séance d'ergothérapie par un ergothérapeute agréé (p. ex. gestion de la douleur, soutien en matière de santé mentale, analyse et classement des activités pour promouvoir l'autonomie).

Bien que la liste précédente ne soit pas exhaustive, elle donne une idée du type de services qui peuvent être fournis.

50. Les services de santé et de soutien peuvent être fournis dans la résidence principale quand le milieu domestique constitue un cadre approprié pour la prestation de ces services.
51. Certains services de santé et de soutien sont normalement fournis dans un cadre institutionnel, comme une clinique ou un hôpital. En règle générale, on peut considérer que la prestation de tels services de santé et de soutien dans la résidence principale est appropriée quand :
    a. pour des raisons indépendantes de sa volonté, la personne admissible est incapable de recevoir ces services en dehors de son lieu de résidence; et
    b. de l'avis du décideur, le service à domicile se justifie par l'état de santé de la personne admissible.
52. Lorsqu'une personne admissible a droit à des avantages médicaux et est admissible au PAAC, la prestation de services de santé et de soutien devrait être prise en considération en premier lieu à la lumière des politiques et des procédures relatives aux avantages médicaux.
53. De l'information sur le traitement à domicile se trouve à la politique relative au Traitement à domicile
54. Pour obtenir des renseignements sur les paramètres qui doivent être suivis lorsque les service d'une infirmière sont financés en vertu des services de santé et de soutien du PAAC, consulter la politique sur les Soins infirmiers (PDC nº 8)
55. Pour obtenir des renseignements sur les paramètres qui doivent être suivis lorsque les service d'ergo thérapeutes sont financés dans le cadre des Services de santé et de soutien, consulter la politique sur les Services de santé connexes (PDC nº 12)
56. Pour plus de renseignements sur le type d'aide fournie dans le cadre de la santé et du soutien, voir l'article 55. La prestation des services de santé et de soutien à domicile ne s'étend pas aux traitements tels que la physiothérapie, la chiropractie, les services psychologiques et autres traitements normalement fournis dans le cadre du PDC nº 12.

Services de soins personnels

57. Les services de soins personnels peuvent être approuvés si necessaire pour répondre aux besoins de santé d'une personne admissible. Les services de soins personnels sont des services fournis par un travailleur non-réglementé dans la résidence principale de la personne admissible. Ils peuvent comprendre:
    a. les services dont la personne admissible a besoin pour s'acquitter des activités de la vie quotidienne; ou
    b. la surveillance dont a besoin la personne admissible qui ne peut pas être laissée seule.
58. Les examples d'« Activités de la vie quotidienne » suivants peuvent être considérés:
    a. Transferts - changer la position du corps (p. ex. passer de la position couchée à assise, de la position assise à debout, de la position couchée sur le dos à couchée sur le côté, etc.);

b. Déplacements - Déplacer le corps d’un endroit à un autre (p. ex., monter des marches, marcher, etc.);
c. S’alimenter - manger et boire des aliments préparés;
d. Se laver - laver le visage, le tronc, les extrémités et les cheveux;
e. S’habiller - mettre et enlever tous les vêtements d’intérieur et d’extérieur;
f. Faire sa toilette/hygiène personnelle - se coiffer, se brosser les dents, se raser et se maquiller; soins de la peau et des ongles;
g. Faire l’hygiène élémentaire des pieds, comme le lavage des pieds et la coupe des ongles, pour les personnes admissibles qui ne sont pas en mesure d’assurer elles-mêmes l’hygiène de leurs pieds et qui n’ont pas besoin d’un professionnel de la santé pour répondre à ce besoin;
h. Aller à la toilette - continence anale et urinaire; utiliser les toilettes;
i. Prendre des médicaments - rappeler de prendre soi-même ses médicaments.

59. Conformément au sous-alinéa 20(1)(a)(ii) du *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants*, la personne admissible qui a droit à une « allocation pour soins » en vertu du paragraphe 38(1) de la *Loi sur les pensions* peut également recevoir des services de soins personnels de la part d’un travailleur non réglementé dans le cadre du PAAC jusqu’à 59 jours par année civile.
60. Un « jour » entend des besoins réels de la personne en matière de soins personnels au cours d’une période de 24 heures.
61. La personne admissible qui a demandé une « allocation pour soins » n’est pas concernée par la limite ci-dessus jusqu’à ce qu’elle reçoive une décision favorable sur la demande « d’allocation pour soins ».
62. Le financement d’autres services dans le cadre du PAAC n’est pas affecté par le droit de la personne admissible à « l’allocation pour soins ».

Service de relève

63. Conformément à la politique de Service de relève, les personnes admissibles aux avantages pour soins de santé, aux services du PAAC ou aux soins de longue durée en vertu du *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants* peuvent recevoir ces avantages, ces services ou ces soins en vue d’obtenir un répit ou de fournir un répit à un dispensateur de soins. La relève, comme tel, n’est pas un service. On la définit en général comme une période temporaire de repos ou de répit accordée à un dispensateur de soins. Le service de relève correspond aux services fournis en vue d’accorder du répit au dispensateur de soins.
64. Les services de relève peuvent s’imposer ou être fournis dans deux types de cas:
    a. le client admissible a besoin de soins; ou
    b. dans une certaine mesure, quand le client admissible est le dispensateur de soins.
65. Pour obtenir de plus amples renseignements, voir la politique sur Service de relève.

Services d’entretien ménager

66. Les services d'entretien ménager peuvent être approuvés s'il y a lieu pour répondre aux besoins de santé évalués d'une personne admissible, d’un principal dispensateur de soins, ou d’un survivant. Les services d’entretien ménager consistent principalement en des tâches domestiques courantes nécessaires pour l’entretien quotidien d’une maison. Des contributions financières (comme calculé par l'outil de détermination des subventions) peuvent être approuvées pour des tâches domestiques courantes comme les suivantes:
    a. faire la lessive, le repassage et le raccommodage;
    b. faire les lits et changer les draps;

c. faire le ménage, passer l'aspirateur, récurer, épousseter, nettoyer les appareils ménagers;
d. préparer les repas;
e. laver les fenêtres (intérieures et extérieures) et installer ou enlever des contre-fenêtres;
f. faire des courses pour acheter de la nourriture, effectuer les transactions bancaires, payer les factures, collecter le courrier; et
g. s'occuper de tâches courantes, comme changer les fusibles, les piles des détecteurs de fumée.

La liste précédente n'est pas limitative, mais elle établit le type de services pouvant être fournis. D'autres tâches ou corvées domestiques courantes peuvent être approuvées.

67. Des tâches domestiques non courantes pourraient s'imposer si la santé et la sécurité d'une personne admissible, d'un principal dispensateur de soins ou d'un survivant sont menacées. Des contributions financières peuvent être approuvées dans le cadre des services d'entretien ménager pour des tâches domestiques non courantes. Voici quelques examples:
    a. laver les murs et les plafonds lorsque la pollution atmosphérique est en cause (p. ex. : si la principale source de chauffage est le bois et que le client a besoin d'un environnement relativement exempt de poussière);
    b. faire nettoyer les tapis, le mobilier et les tentures par des professionnels parce que le client souffre d'une insuffisance respiratoire, d'allergies cutanées, d'incontinent, etc.;
    c. nettoyer le grenier, le sous-sol, le garage et la fournaise, ou ramoner la cheminée;
    d. nettoyer les conduits d'air si le client admissible a besoin d'un environnement relativement exempt de poussière;
    e. recourir à des services d'extermination ou de fumigation en présence de rongeurs, de puces, de tiques, etc.;
    f. nettoyage industriel dans le cas où la malpropreté (amassage ou collection d'objets en quantité extrême) est telle que les fournisseurs de services ne peuvent ou ne veulent pas entrer dans le domicile jusqu'à ce que celui-ci fasse l'objet d'un nettoyage professionnel et soit jugé sécuritaire.

    La liste précédente n'est pas limitative, mais elle établit le type de services pouvant être fournis. D'autres tâches ou corvées domestiques non courantes peuvent être approuvée.

Accès à des services d'alimentation

68. L'accès à des services d'alimentation vise à s'assurer qu'une personne admissible a accès à des produits alimentaires préparés nutritionnels, que ceux-ci soient livrés à la résidence principale de la personne admissible, offerts dans la communauté ou servis dans un restaurant local. L'accès à des services d'alimentation couvre le coût, jusqu'à concurrence du montant maximal alloué par repas (voir les Taux maximaux de payables pour les services du Programme pour l'autonomie des anciens combattants et pour les soins de longue durée) dans les cas ci-dessous :
    a. la livraison de repas préparés à la personne admissible si le remboursement porte sur les frais de livraison qui, idéalement, devraient être clairement indiqués sur la facture;
    b. le transport de la personne admissible pour lui permettre d'avoir accès aux repas préparés, par exemple, vers un restaurant local.
69. Les contributions financières au coût de l'accès à des services d'alimentation ne couvrent pas le coût du repas préparé. La seule exception est le cas où le coût de la nourriture et le coût du transport peuvent être considérés comme un seul coût (par exemple, les programmes de type repas à domicile). Dans ces cas :
    a. la facture peut être payée tel qu'elle a été facturée, jusqu'à concurrence du montant maximal alloué par repas;

b. si plusieurs repas sont inclus dans une même livraison et que les frais de livraison ne peuvent être séparés, la personne admissible peut être rembouseée pour chaque repas, jusqu'à concurrence du montant maximal alloué par repas.

70. Le nombre de repas qui peuvent être livrés chaque jour dépend de la situation de la personne admissible, c'est-à-dire que le PAAC n'impose aucune limite au nombre de repas qui peuvent être livrés quotidiennement.
71. Si l'accès au service d'alimentation n'est pas disponible pour une personne admissiblet (par exemple, si la personne admissible vit dans un endroit éloigné), il est possible d'envisager une contribution financière à la préparation des repas dans le cadre du service d'entretien ménager (voir paragraphe 66) si après l'évaluation des besoins en santé de la personne admissible, elles sont jugées nécessaires.
72. Un particulier admissible peut bénéficier du financement des services d'alimentation et du financement des services d'entretien ménager visé à la préparation de repas simultanément.

Entretien du terrain

73. Le financement des services d'entretien du terrain peut être approuvé s'il répond au besoin de santé évalué d'une personne admissible, d'un principal dispensateur de soins ou d'un survivant. Les services d'entretien du terrain peuvent être fournis si :
    a. l'entretien du terrain relève de la responsabilité de la personne admissible et serait normalement effectué par cette dernière si son état de santé le lui permettait;
    b. le service n'est pas fourni au titre d'une convention de bail, de frais de copropriété, etc., et aucun proche parent vivant dans la résidence principale n'est disposé à effectuer l'entretien du terrain ni n'en est capable. Voir la section Proches parents.
74. Les services d'entretien du terrain sont les activités habituellement requises pour permettre à la personne admissible de vivre de façon autonome et d'entretenir des alentours immédiats de sa résidence principale. Conformément aux exigences établies au paragraphe ci-dessus, des contributions financières (comme calculé par l'Outil de détermination de la subvention annuelle) aux coûts des services d'entretien du terrain suivants peuvent être approuvées:
    a. enlever la neige et la glace des marches, des allées et des entrées afin de permettre un accès sécuritaire à et de la résidence principale;
    b. enlever la neige et la glace des toits et des gouttières lorsque de telles conditions constituent une menace à la sécurité et à l'accès;
    c. nettoyer les gouttières des feuilles et des débris;
    d. tondre et ratisser le gazon, balayer les feuilles des sentiers, tailler les haies et les arbustes;
    e. labourer le sol pour permettre au client de cultiver un petit jardin de fleurs ou de légumes;
    f. élagage ou retrait des arbres qui constituent une menace à la sécurité de la personne admissible ou à l'accès à sa résidence principale ou son allée; et
    g. couper, fendre et empiler du bois si le bois est, et continue d'être, la principale source de chauffage.

    La liste précédente n'est pas exhaustive, mais elle établit le type de services pouvant être fournis. D'autres services raisonnables d'entretien du terrain peuvent être approuvées.

75. Les services d'entretien du terrain peuvent être financés pour la partie de la propriété dont la personne admissible, le principal dispensateur de soins ou le survivant est responsable et qui n'est pas entretenue par une société de condominium ou une entité similaire. Si une personne admissible, un principal dispensateur de soins ou un survivant a la responsabilité exclusive de certaines zones non communes (p. ex. entrées de garage, allées, pelouses privées, balcons, sorties secondaires ou d'urgence), le PAAC peut également s'appliquer à ces zones privées.

Services de soins ambulatoires

76. Le financement des services de soins de santé ambulatoires peut être approuvé s'il y a lieu pour répondre aux besoins de santé évalués d'une personne admissible. Le terme « services de soins ambulatoires » désigne les services suivants:
    a. les services de santé, tels que les évaluations de la santé, les services de diagnostic et les services sociaux et récréatifs (p. Ex. Soins de jour pour adultes) fournis par un professionnel de la santé ou sous la surveillance de celui-ci, dans un centre de santé ou dans un autre établissement semblable;
    b. le déplacement de la personne admissible pour recevoir ces services.
77. Les services de soins ambulatoires comprennent des serices moyennant des frais et fournis par un professionnel de la santé out sous la surveillance de celu-ci, notamment:
    a. les évaluations de l'état de santé ou les services de diagnostic, comme la vérification et le contrôle de la tension artérielle, de l'oxygène et du taux de cholestérol, les évaluations du poids santé et du régime alimentaire et les services de counseling connexes, ou les examens de la vue et de l'ouïe;
    b. les programmes sociaux et les programmes d'activités récréatives, comme les programmes de soins de jour pour adultes;
    c. les cliniques ou programmes éducatifs spécialisés, comme les cliniques pour les diabétiques ou les cliniques de soins des pieds;
    d. les programmes encourageant les autosoins et la prévention des chutes; et
    e. les programmes de gestion des medicaments.
78. Pour obtenir des renseignements sur les professionnels de la santé approuvés par le ministre de fournir des services dans le cadre du PAAC, consulter la politique sure les Professionnels de la santé. Une liste des professionnels de la santé approuvés se trouve à: Professionnels de la santé courants approuvés par Anciens Combattants Canada.

Frais acceptables ayant trait aux services de soins ambulatoire

79. En ce qui a trait aux services de soins ambulatoires, les frais suivants peuvent être payés:
    a. les frais d'utilisation et autres frais d'admission semblables;
    b. le coût des repas si celui-ci n'est pas inclus dans le frais d'utilisation (usually included);
    c. les frais d'utilisation nécessaires à l'obtention de services de soins de jour pour adultes assurés par le régime d'assurance-maladie d'une province; et
    d. les frais de transport aller-retour liés à la fréquentation du centre de santé ou de l'autre établissement semblable où les services sont fournis. Le volet « transport » de ce paragraphe n'offre pas la même couverture que celle liée aux « déplacements à des fins médicales » et n'inclut pas les frais d'hôtel et de repas.

Paiement des Services de soins ambulatoires dans un établissement considéré comme la résidence principale de la personne admissible

80. Certaines personnes admissibles habitent dans des établissements qui sont considérés comme leur résidence principale (p. ex. les logements avec services de soutien ou les maisons de retraite qui ne sont pas considérés comme des établissements de soins de santé), où les frais mensuels incluent les Services de soins ambulatoires. Bien que ces services soient offerts par l'établissement, le Ministère peut compenser la personne admissible pour le coût de certains des services s'ils lui sont offerts comme un service personnel et direct.
81. Des contributions pour les coûts de ce service peut être accordée si les conditions suivantes sont réunies:
    a. une évaluation établit que le client a actuellement besoin de tels services;

b. il est possible de déterminer la durée et le coût du service sur une base individuelle; et
c. les coûts des services sont égaux ou inférieurs au taux courant de services semblables offerts dans la région.

82. Si le fournisseur de services est incapable de ventiler le coût des services, le Ministère peut déterminer le montant de l'entente relative aux avantages en multipliant le nombre d'heures qui a été jugé necessaire pour fournir les services d'après l'évaluation actuelle, par le taux standard pour un service similaire dans la région.
83. Si un établissement est considéré comme la résidence principale d'une personne admissible (p. ex. les logements avec services de soutien ou les maisons de retraite qui ne sont pas considérés comme des établissements de soins de santé) et les services de soins ambulatoires ne sont pas fournis par l' établissement, les personnes admissibles peuvent avoir droit à ces services au même titre que s'ils vivaient dans une résidence principale traditionnelle.

Paiement du service de soins ambulatoires aux résidents des établissements de soins de santé - Niveau du type II ou supérieur

84. Les services de soins ambulatoires peuvent, au besoin, être fournis aux personnes admissibles qui vivent en établissement de soins de santé:
    a. si les coûts de ces services ne sont pas compris dans le tarif journalier de l'établissement;
    b. pendant les périodes d'absence de l'établissement (p. ex. les visites à domicile, chez des amis ou chez des parents); et
    c. si on ne peut pas raisonnablement exiger que l'établissement fournisse les services.
85. Il est important de s'assurer que le Ministère ne paye pas deux fois le même service (c.-à-d. une première fois, si les coûts du service sont compris dans les frais mensuels, et une deuxième fois, au moment de la prestation du service).

Service de déplacement

86. Le « Service de déplacement » désigne la prestation de services de transport pour permettre à un Ancien combattant au revenu admissible, un Civil au revenu admissible, un Ancien combattant ayant servi au Canada ou un client qui répond aux exigences dans le cadre de besoins de santé exceptionnels de participer à des activités sociales et de favoriser son autonomie. Le soutien des membres de la famille, des amis et de la communauté est associé à l'obtention de meilleurs résultats sur le plan de la santé. Les réseaux de soutien social sont importants car ils aident les gens à résoudre leurs problèmes, à composer avec des situations difficiles et à avoir un certain sentiment de maîtrise de leur vie.
87. Le service de déplacement peut être approuvé lorsque:
    a. l'isolement social nuit à la santé (c.-à-d. bien-être physique, mental, social et affectif) de l'individu énuméré dans le paragraphe précédent; et
    b. l'individu énuméré dans le paragraphe précédent est bénéficiaire du Service de soins ambulatoires ou du Service de soins à domicile du PAAC.
88. Dans le cadre du service de déplacement, une aide financière est accordée aux personnes admissibles pour le transport entre leur résidence principale et le lieu de l'activité sociale. Les activités sociales doivent répondre aux besoins personnels, sociaux et de loisirs fondamentaux des clients, par exemple: des activités locales à des centres sportifs ou communautaires; des services religieux ou des funérailles; des visites occasionnelles chez des parents ou des amis; les transactions bancaires; le magasinage.
89. Les frais de déplacement engagés par le client pour recevoir des avantages médicaux ne sont pas payables dans le cadre du Service de déplacement mais dans le cadre des Avantages supplémentaires. Pour plus d'information, veuillez consulter la politique sur les Déplacements à des fins médicales.

Paiement du Service de déplacement dans un établissement considéré comme la résidence principale de la personne admissible

90. Certaines personnes admissibles au service de déplacement habitent dans des établissements qui sont considérés comme leur résidence principale (c.-à-d. les logements avec services de soutien ou les maisons de retraite qui ne répondent pas à la definition d'un établissement de soins de santé) où les frais mensuels incluent le service de déplacement. Bien que ces services soient offerts par l'établissement, le Ministère peut compenser le bénéficiare du PAAC pour le coût de certains des services s'ils lui sont offerts comme un service personnel et direct.
91. Des contributions pour les coûts de ce service peut être accordée si les conditions suivantes sont réunies:
    a. une évaluation établit que le client a actuellement besoin de tels services;
    b. il est possible de déterminer la durée et le coût du service sur une base individuelle; et
    c. les coûts des services sont égaux ou inférieurs au taux courant de services semblables offerts dans la région.

    Si le fournisseur de services est incapable de ventiler le coût des services de déplacement, le Ministère peut déterminer le montant de l'entente relative aux avantages en multipliant le nombre d'heures qui a été jugé nécessaire d'après l'evaluation actuelle pour fournir les services par le taux standard pour un service similaire dans la région.

92. Si un établissement est considéré comme la résidence principale d'une personne admissible (c.-à-d. les logements avec services de soutien ou les maisons de retraite qui ne sont pas considérés comme des établissements de soins de santé) et les services de déplacement ne sont pas fournis par l' établissement, les personnes admissibles peuvent avoir droit à ces services au même titre que s'ils vivaient dans une résidence principale traditionnelle.

Paiement du Service de déplacement aux résidents des établissements de soins de santé - Niveau du type II ou supérieur

93. Le service de déplacement peut, au besoin, être fourni aux personnes admissibles qui vivent en Établissement de soins de santé:
    a. si les coûts de ces services ne sont pas compris dans le tarif journalier de l'établissement;
    b. pendant les périodes d'absence de l'établissement (p. ex. les visites à domicile, chez des amis ou chez des parents); et
    c. si on ne peut pas raisonnablement exiger que l'établissement fournisse les services.

    Il est important de s'assurer que le Ministère ne paye pas deux fois le même service (c.-à-d. une première fois, si les coûts du service sont compris dans les frais mensuels, et une deuxième fois, au moment de la prestation du service).

Adaptations au domicile

94. Aux fins d'administration de la présente politique, le terme « adaptations du domicile » se définit ainsi :
    - changements apportés à la résidence principale d'une personne admissible, qu'il s'agisse d'une modification de la structure actuelle (p. ex. installer un monte-cr) ou de l'ajout d'une structure à la résidence (p. ex. une nouvelle salle de bain), et qui sont nécessaires à la personne admissible pour

accomplir les Activités de la vie quotidienne

Vous trouverez quelques exemples des activités de la vie quotidienne au paragraphe 58.

95. Le financement des adaptations au domicile au titre du PAAC ne peuvent pas être approuvées uniquement pour les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ). Les AIVQ sont les activités qui comprennent des tâches secondaires non essentielles à la santé ou à la survie, mais qui sont indispensables à l'autonomie. Les AIVQ incluent notamment le magasinage, l'entretien ménager, la lessive, les courses, l'entretien du terrain, les réparations mineures du domicile et la conduite d'un véhicule automobile ou l'utilisation du transport en commun. D'autres avantages du PAAC peuvent appuyer ces activités.
96. Les adaptations au domicile peuvent être approuvées si, après l'évaluation des besoins en santé du client, elles sont jugées nécessaires. Les types d'adaptations au domicile peuvent inclure:
    a. travaux d'électricité (p. ex. installation de portes de garage électrique, de dispositifs de déverrouillage distance);
    b. modifications matérielles (p. ex. installation d'un monte-escalier, élargissement d'entrées de portes, de corridors ou de cages d'escalier);
    c. modifications de plomberie (p. ex. installation d'un lavabo en encorbellement, d'un siège de douche);
    d. rampes (y compris des mains courantes et des paliers de rampes d'accès);
    e. modifications aux fins de sécurité (p. ex. installation de mains courantes sure un escalier, de barres d'appui, de robinet de bain ou de mitigeur thermostatique afin de prévenir les brûlures, pose d'un revêtement de sol antidérapant dans les escaliers et les entrées).
97. La liste ci-dessus ne s'agit d'une liste exhaustive, mais plutôt d'exemples des types d'adaptations au domicile qui seraient habituellement envisagées. D'autres modifications raisonnables peuvent être approuvées.
98. De l'équipement autoportant qui n'est pas rattaché au domicile (comme des cannes ou des fauteuils roulants) ne peut être approuvé sous le cadre d'« Adaptations au domicile ». Veuillez consulter la politique Aides à la vie quotidienne (PDC nº 1) et la politique Équipement (PDC nº 13).
99. Les coûts associés à l'aménagement d'une salle fonctionnelle tels que des travaux de plomberie, d'électricité et de menuiserie, à l'installation de cloisons sèches, des travaux de peinture, de finition, etc., peuvent être considerés comme des dépenses admissibles. Le réaménagement d'un espace existant (p. ex. salle à manger ou chambre en une salle de bains) peut occasionner des dépenses supplémentaires nécessaires, notamment pour l'installation d'un mur ou d'un produit de revêtement de sol adéquat. Les travaux de réparation des dommages inévitables aux espaces adjacents peuvent être autorisés.
100. Les adaptations au domicile doivent être autorisés préalablement par l'ACC, à la lumière des estimations qu'a obtenues la personne admissible. Les demandes de remboursement reçues après le fait doivent être considérées selon les mêmes critères que pour les demandes d'autorisation préalable. Il convient de noter qu'en n'obtenant pas une autorisation préalable, la personne admissible pourrait être tenu financièrement responsable pour des adaptations au domicile déjà complétées.
101. Une personne admissible qui souhaite obtenir des adaptations à son domicile doit habituellement présenter deux estimations détaillées du coût des modifications à apporter pour répondre à ses besoins de santé évalueés. Dans certains cas exceptionnels, tels que dans les régions rurales où il est difficile d'obtenir deux estimations, on lui peut permettre de présenter une seule estimation.
102. Dans le cas d'un ancient combattant admissible à la fois au Programme des avantages médicaux et au PAAC, les adaptations au domicile doivent tout d'abord être considérées à la lumière des politiques et procédures relatives aux avantages médicaux.
103. Les adaptations du domicile doivent être approuvées en tenant compte d'une hiérarchie d'interventions efficaces, efficientes et économiques visant principalement à permettre au vétéran d'accomplir les activités de la vie quotidienne à sa résidence principale.

104. L’adaptation d’une maison construite ou achetée par la personne admissible peut être approuvée si elle répond aux besoins de santé confirmés de cette personne et si elle est généralement absente des nouvelles constructions et des maisons en vente. La contribution financière d’ACC se limiterait alors au coût différentiel en plus d’une maison typique, construite ou achetée, pour permettre à la personne admissible d’accomplir les activités de la vie quotidienne dans sa résidence principale.
105. Les adaptations au domicile exécutées dans le cadre du PAAC sont assujetties à un plafond des dépenses par personne et par résidence principale (consulter les Taux maximaux de payables pour les services du Programme pour l’autonomie des anciens combattants et pour les soins de longue durée). Si un ancient combatant admissible change de résidence principale, un nouveau plafond des dépenses entre en vigueur pour la nouvelle résidence principale.
106. Il faut envisager des options moins coûteuses avant de choisir des options plus complexes et plus dispendieuses. Le coût des adaptations du domicile doit se situer à l’intérieur de la fourchette de prix du secteur géographique dans lequel se trouve la maison. L’option la plus dispendieuse n’est peut-être pas requise pour satisfaire aux besoins évalués du vétéran.
107. Les adaptations du domicile peuvent être refusées si elles sont effectuées simplement pour des raisons de commodité ou de préférence personnelle. Lorsqu’une personne admissible choisit d’acheter une adaptation ou un produit dont le prix dépasse celui de l’intervention nécessaire pour répondre adéquatement à son niveau de besoin évalué, il doit en assumer les frais.
108. Pour les personnes admissibles dont la résidence principale est un appartement, un foyer pour personnes âgées, une maison de retraite, une résidence communautaire, un logement avec assistance ou un logement supervisé, les adaptations au domicile ne peuvent être effectuées qu’à l’intérieur de l’espace habitable de la personne admissible; ainsi, toutes les aires communes seraient exclues.
109. Si une personne admissible possède une résidence secondaire (p. ex. un chalet d’été), celle-ci peut être adaptée sous réserve du paragraphe 38. L’installation temporaire dans une résidence secondaire ne constitue pas un changement de résidence principale.
110. Les réparations et les travaux d’entretien nécessaires aux fins du maintien en bon état d’une maison (p. ex. réparation de la toiture, nettoyage du four) ne sont pas considérés comme des adaptations au domicile.
111. Si la personne admissible n’est pas la propriétaire de la résidence principale, il faut obtenir le consentement du propriétaire avant d’accorder des adaptations au domicile. Le propriétaire de la résidence principale doit s’assurer que les adaptations au domicile sont conformes à tous les arrêtés et toutes les ordonnances de la municipalité, et qu’elles ne compromettent pas la sécurité du client et des autres membres du ménage.
112. ACC n’est pas tenu responsable des travaux entrepris par le fournisseur. Ainsi, ACC ne couvre pas les frais causés par le manque de qualité dans le travail effectué par le fournisseur.
113. En règle générale, les adaptations au domicile ne sont pas approuvées :
    a. lorsque le Programme de soins de longue durée (soins intermédiaires et Soins prolongés) ou les soins intermédiaires en tant que service du PAAC, conviendrait mieux pour répondre aux besoins de santé de la personne admissible; et
    b. lorsqu’on ne sait pas avec certitude si, sur le plan médical, les adaptations au domicile auront les effets souhaités ou si elles ne répondront aux besoins de santé de la personne admissible que sur une courte période.
114. Si les travaux d’adaptation au domicile sont en cours au moment où la personne admissible décède, le Ministère pourrait envisager la possibilité de ramener le domicile à son état antérieur.
115. Les principaux dispensateurs de soins et les survivants ne sont pas admissibles aux adaptations au domicile.

Soins Intermédiaire dans un établissement communautaire

116. Pour obtenir des renseignements applicables aux soins intermédiaires dans un établissement communautaire, veuillez consulter la politique rélative aux Établissements communautaires (Programme pour l'autonomie des anciens combattants - soins intermédiaires et Programme de soins de longue durée).

Soins dans un lit réservé pour les anciens combattants ayant servi outre mer

117. Si un ancien combattant ayant servi outre-mer a été approuvé pour un lit réservé et qu'il est en attente de placement, il peut recevoir un financement pour les services du PAAC (à l'exclusion du transport social et des soins intermédiaires) afin de l'aider à continuer à vivre dans sa résidence principale. Voir la politique sur les Anciens combattants ayant servi outre mer présentant une demande d'admissibilité à un lit réservé (Programme pour l'autonomie des anciens combattants et Programme de soins de longue durée).

Contributions financières

Limites

118. Les articles 15 à 18 et 33 du *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants* indiquent que le financement pour les services dans le cadre du PAAC peut être autorisé seulement dans la mesure où:
    a. ces services ou ces soins ne sont pas offerts dans le cadre du régime provincial de soins de santé (voir la politique sur l'Obligation de recourir aux services provinciaux);
    b. le coût de ces services ou de ces soins n'est pas recouvrable auprès d'un tiers (voir la politique sur les Frais recouvrables d'une tierce partie);
    c. les services ne sont pas offerts à titre de services assurés par une police d'assurance privée (applicable aux survivants et aux principaux dispensateurs de soins); et
    d. ces services ou ces soins ne sont pas offerts par les FAC.
119. Un individu admissible aux services du PAAC en vertu de plus d'une catégorie (p. ex. un ancien combattant qui répond aux exigences d'être considéré comme un ancien combattant ayant servi outre-mer et un ancien combattant au revenu admissible) peut se prévaloir des services du PAAC pour répondre aux besoins de santé figurant dans son évaluation au titre d'une seule catégorie.
120. Le montant de la contribution pour chaque service du PAAC ou pour les doit être le moins élevé des deux montants suivants : le coût du service requis par la personne admissible ou la limite annuelle maximale. Voir la section Taux maximaux à payer de cette politique. Le reste des coûts incombe à la personne admissible.
121. En plus des limites prévues aux paragraphes 118 a. et b., la personne admissible dont les besoins exceptionnels en matière de santé et l'insuffisance du revenu sont avérés peut se voir financer des services dans le cadre du PAAC à hauteur du coût du service requis pour cette personne ou du plafond annuel, le plus bas des deux étant adopté. Le Ministère peut uniquement rembourser la portion des coûts des services du PAAC qui réduirait le revenu non exempté du bénéficiaire en deçà du plafond de revenu de l'AAC en vigueur.
122. En règle générale, ce n'est ni l'intention ni le mandat du Ministère de fournir des services ou des soins à la maison pour une personne admissible à ces services (à titre du PAAC) qui a des besoins de santé de type III. Cependant, dans certains cas cases le Ministère peut fournier du financement à court terme pour les services, ou continuer le financement des services déjà en place. Pour obtenir de plus amples renseignements, voir la section Duée et continuité de cette politique, la politique sur les Soins palliatifs et la politique sur le Dépassement des taux (Programme pour l'autonomie des anciens combattants [PAAC] et Soins de longue durée [SLD]).

Taux maximaux à payer

123. Les taux maximums peuvent seulement être dépassés conformément à l'article 34 du *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants*. Pour obtenir de plus amples renseignements, consulter la politique sur le Dépassement des taux (Programme pour l'autonomie des anciens combattants [PAAC] et Soins de longue durée [SLD]).

Remplir une Entente relative aux avantages

124. Une entente relative aux avantages doit être remplie:
    a. pour chaque nouveau demandeur; et
    b. lors de chaque suivi/renouvellement qui est réalisé pour une personne répondante à la définition au paragraphe 128 ou au paragraphe 129 de cette politique, même si l'on n'apporte aucune modification aux avantages.
125. Une entente relative aux avantages existante doit être révisée si:
    a. un nouveau service du PAAC est ajouté;
    b. il y a une modification du coût d'un service du PAAC;
    c. un bénéficiaire signale un changement de besoins qui, après examen, pourrait donner lieu ou non à un changement dans les avantages (p. ex. un changement mineur de besoins pourrait ne pas entraîner d'augmentation dans les résultats de l'Outil de détermination des subventions); ou
    d. un service du PAAC est suspendu ou annulé.
126. Il faut examiner périodiquement toutes les ententes relatives aux avantages afin de confirmer que les services que reçoit la personne admissible sont appropriés et répondent à ses besoins.
127. Les besoins du principal dispensateur de soins doivent être évalués initialement dans l'année suivant, soit le décès de la personne admissible ou son admission en Établissement de soins de santé (ou dans une residence-services ou un établissement semblable), et de façon périodique ensuite. L'évaluation initiale peut également être effectuée à une date ultérieure, pourvu qu'elle soit fondée sur des éléments de preuve qui correspondent à la période d'un an suivant le décès de la personne admissible ou son admission dans un établissement de soins de santé
128. Chaque année, les bénéficiaires d'avantages du PAAC en raison de besoins de santé exceptionnels doivent reconfirmer leur admissibilité en fonction de leur revenu.
129. Chaque année, les survivants doivent reconfirmer leur admissibilité au supplément de revenu garanti ou au crédit d'impôt pour personnes handicapées.

Entente relative aux avantages en case de partage de la résidence

130. Dans le cas où deux personnes admissibles habitent dans la même résidence, les ententes relatives aux avantages se fondent sur des évaluations distinctes des besoins, soit une pour chaque personne.
131. Si les deux personnes ont besoin de certains services du PAAC, des ententes relatives aux avantages distinctes doivent être conclues avec chacune d'entre elles.
132. Chaque personne admissible peut se voir accorder le montant maximal pour les services du PAAC, mais les deux personnes ne peuvent recevoir des paiements pour le même service du PAAC, notamment pour l'entretien ménager des aires partagées ou communes ou l'entretien du terrain.

Entente relative aux avantages pour le principal dispensateur de soins et le veteran admis dans une residence-services ou un établissement similaire

133. Lorsque la personne admissible est admis en établissement avec services ou dans un établissement semblable (excluant un établissment de soins de santé), la personne admissible et le principal dispensateur de soins reçoivent tous les deux des services du PAAC dans le cadre d'ententes relatives aux avantages distinctes. L'entente relative aux avantages pour le principal dispensateur de soins est autorisée de plein droit et n'est pas divisée avec la personne admissible.

Date de la demande

134. La date de la demande initiale de services du PAAC est la plus rapprochée des dates suivantes:
    a. la date à laquelle le demandeur ou son représentant fait une demande de formulaire de demande (p. ex. par téléphone ou en personne);
    b. la date du cachet de la poste lorsque le demandeur ou son représentant fait une demande de formulaire de demande par écrit;;
    c. la date de la visite au cours de laquelle le demandeur est reçu en personne et où lui-même ou son représentant signe le formulaire de demande; ou
    d. la date à laquelle la demande est présentée, si le demandeur remplit le formulaire de demande en ligne par le biais du portail Mon dossier d'ACC.
135. Lorsque le contact a été établi avec le Ministère conformément au paragraphe 134 a. ou b. ci-dessus, il doit être suivi par la réception d'un formulaire de demande signé.
136. Si le Ministère doit confirmer l'admissibilité à un programme avant que l'inscription au PAAC ne soit approuvée (p. ex. pour un Ancien combattant ayant servi au Canada), la date de la demande initiale pour les services du PAAC correspond à la date figurant au paragraphe 134, et non à la date où l'admissibilité a été confirmée.

Date de la demande dans le cas des survivants

137. Pour les survivants, la date de la demande correspond à la date figurant au paragraphe 134. Toutefois, tous les documents justificatifs (p. ex. preuve d'obtention du supplément de revenu garanti ou preuve d'admissibilité du crédit pour personnes handicapées) doivent accompagner la demande pour maintenir cette date. Si les pièces justificatives n'accompagnent pas la demande, elles doivent être fournies dans un délai raisonnable et doivent démontrer que les exigences étaient remplies au moment de la demande.

Date d'entrée en vigueur de l'admissibilité (sauf dans le cas des Principaux dispensateurs de soins)

138. Aucun remboursement ne peut être offert pour les frais encourus ou les services rendus avant la date d'entrée en vigueur de l'admissibilité.
139. Après l'évaluation d'une demande, les circonstances suivantes déterminent la date d'entrée en vigueur d'une entente relative aux avantages (c'est-à-dire la date où les fonds commencent à être versés):

    a. **Entretien ménager et entretien du terrain uniquement**

        i. La date d'entrée en vigueur d'une entente relative aux avantages visant les services d'entretien ménager et d'entretien du terrain est la date à laquelle a été faite la demande (se reporter au paragraphe 134), que le contrat d'entretien ménager ou d'entretien du terrain ait été conclu ou non au moment de la demande.
        ii. Si une entente relative aux avantages est déjà en place et que des services additionnels d'entretien ménager ou d'entretien du terrain sont approuvés, la date d'entrée en vigueur des

services additionnels est la date à laquelle la demande de services a été faite.

b. **Tous les services, à l'exception des services d'entretien ménager et d'entretien du terrain et des soins intermédiaires**

La date d'entrée en vigueur d'une entente relative à un avantage liée aux services du PAAC, à l'exception des services d'entretien ménager et d'entretien du terrain et des soins intermédiaires est:

i. la date de la demande (se reporter au paragraphe 134), si les services requis sont en place (c.-à-d. si la personne admissible a conclu une entente avec un fournisseur de services et qu'elle paie pour ce service); ou
ii. la date à laquelle le service est reçu pour la première fois si, à la date du dépôt de la demande (se reporter au paragraphe 134), le demandeur n'a pas encore conclu un contrat de service (c.-à-d. si la personne admissible a été évaluée comme ayant besoin de services de soins personnels sans toutefois avoir retenu les services d'un fournisseur de soins).

c. **Soins intermédiaires**

i. La date d'entrée en vigueur d'une entente relative à un avantage pour des soins intermédiaires est déterminée conformément à la politique sur les Établissements communautaires (Programme pour l'autonomie des anciens combattants – soins intermédiaires et Programme de soins de longue durée).

Date d'entrée en vigueur d'une entente relative aux avantages (dans le case des principaux dispensateurs de soins seulement)

140. Après l'évaluation, les circonstances suivantes déterminent la date d'entrée en vigueur d'une entente relative aux avantages (c'est-à-dire la date où les fonds commencent à être versés) :
    a. lorsqu'un principal dispensateur de soins admissible présente une demande dans l'an suivant la date de décès de la personne admissible ou la date de son admission dans un établissement de soins de santé ou dans une residence-services ou un autre établissement semblable, la date d'entrée en vigueur de l'entente relative aux avantages correspond à la journée suivant le décès du vétéran ou de son admission dans un établissement de soins; ou
    b. lorsqu'un principal dispensateur de soins admissible présente une demande après l'an suivant la date de décès de la personne admissible ou la date de son admission dans un établissement de soins de santé ou dans une residence-services ou un autre établissement semblable, la date d'entrée en vigueur de l'entente relative aux avantages correspond à la date de la demande conformément au paragraphe 134.

Date d'entrée en vigueur lorsque des services supplémentaires sont ajoutés aux ententes relatives aux avantages existantes (à l'exception de l'entretien ménager et de l'entretien du terrain)

141. Si une entente relative aux avantages existe déjà et que des services supplémentaires (ajout d'un nouveau service ou changement à un service existant) sont autorisés, la date d'entrée en vigueur est:
    a. la date à laquelle la personne admissible a demandé le service supplémentaire, si la personne admissible a déjà conclu le contrat de service; ou

b. la date à laquelle le service est reçu pour la première fois, si la personne admissible n'a pas encore conclu un contrat de service à la date à laquelle est présentée la demande.

Contributions financières - Généralités

142. Au terme de l'évaluation et de la définition des besoins en soins de santé de la personne admissible, une entente relative aux avantages est établie, de façon à verser les fonds pour les services destinés à répondre à ces besoins. Lorsqu'une entente relative aux avantages est établie, un entrepreneur tiers d'ACC se charge du traitement des demandes et du versement des paiements (remboursements, paiements anticipés ou subventions) connexes, au nom du Ministère.

Contributions financières par remboursement (à l'exception des services d'entretien ménager et d'entretien du terrain)

143. Le remboursement est le mode de paiement habituellement privilégié pour les services du PAAC (sauf pour les services d'entretien ménager et d'entretien du terrain). Des exceptions ne sont permises que dans les situations figurant au paragraphe 147.
144. Il existe quatre différents types de paiement par remboursement:
    a. le bénéficiaire paye la facture, et il est remboursé;
    b. le bénéficiaire présente la facture non payée et demande que le paiement soit envoyé directement au fournisseur de service (les fournisseurs autorisés uniquement);
    c. un fournisseur autorisé présente la facture, aux fins de paiement direct, et y joint tout document justificatif confirmant que les services ont été fournis; et
    d. le bénéficiaire présente la facture non payée et demande que le paiement soit effectué à son nom et à celui du fournisseur de service (fournisseurs non autorisés).
145. La demande de remboursement doit être présentée dans les 18 mois suivant la date à laquelle la dépense a été engagée (se référer aux Délais concernant la présentation des demandes de remboursement des avantages, des services et des soins).
146. Une personne admissible dont l'entente relative aux avantages est fondée sur la méthode du remboursement doit présenter des reçus ou fournir les documents appropriés signés comme preuve que les dépenses ont été engagées pour obtenir un remboursement. S'il est impossible d'obtenir une facture ou un reçu, le remboursement peut se faire sur la base d'une déclaration solennelle signee par ou au nom de la personne admissible, attestant la validité de la déclaration.

Contributions financières par paiement anticipé (à l'exception des services d'entretien ménager et d'entretien du terrain)

147. Une personne admissible peut recevoir des paiements anticipés uniquement dans les cas **exceptionnels** suivants:
    a. il n'y a pas de fournisseur de service autorisé dans la région où habite la personne admissible; et
    b. la personne admissible éprouve des difficultés financières (se rérérer au paragraphe 148).

    Les deux conditions susmentionnées doivent exister pour que la personne admissible puisse toucher des paiements anticipés.

148. Pour satisfaire à l'exigence concernant les difficultés financières, il faut disposer de preuves manifestes et il doit être établi que le coût du service ferait obstacle à la capacité de la personne admissible de recourir aux services du PAAC. Si une personne admissible peut obtenir les services d'un fournisseur autorisé dans

sa région, elle n’est pas admissible au paiement anticipé. Chaque demande est examinée en fonction de son bien-fondé.

149. Si la personne admissible est admissible à un paiement anticipé, il peut recevoir un paiement mensuel, semestriel ou annuel selon le besoin.
150. Les bénéficiaires dont l’entente relative aux avantages est fondée sur un mode de paiement anticipé doivent conserver leurs reçus et, sur demande, rendre compte des dépenses. S’il est impossible d’obtenir une facture ou un reçu, le paiement peut se faire sur la base d’une déclaration solennelle signee par ou au nom de la personne admissible, attestant la validité de la declaration.

Modalités de paiement (subventions ou contributions)

151. Les services du PAAC sont achetés en vertu d’un accord de rémunération à l’acte entre l’ancien combattant et le fournisseur de services; il n’existe aucune relation employé-employeur entre ACC et le fournisseur de services. Par conséquent, aucun paiement ne peut être effectué pour assumer le coût de l’assurance-emploi, des prestations du Régime de pensions du Canada ou d’autres cotisations semblables incombant aux fournisseurs de service.

Contributions financières par des subventions pour les services d’entretien ménager et d’entretien du terrain

152. La subvention est la méthode de paiement exclusive pour les services d’entretien ménager et d’entretien du terrain dans le cadre du PAAC : le bénéficiaire reçoit une subvention annuelle payable en deux versements, et ceux-ci sont assujettis au maintien de l’admissibilité du bénéficiaire.
153. Le Ministère détermine le montant de la subvention pour les services d’entretien ménager et d’entretien du terrain à l’aide de l'« Outil de détermination des subventions », en se fondant sur les besoins du bénéficiaire, les services requis, le nombre d’heures nécessaires pour la prestation des services, l’étendue des services et les tarifs pour ces services dans la région où habite le bénéficiaire.
154. Le bénéficiaire n’est pas tenu d’obtenir ou de conserver les reçus pour les services d’entretien ménager et d’entretien du terrain.
155. Le mécanisme de subvention a été mise en œuvre en janvier 2013. Lorsqu’une personne admissible, un principal dispensateur de soins ou un survivant reçoit toujours le montant de sa subvention après conversion et que l’outil de détermination de la subvention se traduit par un montant inférieur, le montant de la subvention après conversion est maintenu.

Durée et Continuité

156. L’aide financière pour obtenir les services offerts dans le cadre du PAAC ne doit être autorisée que si les services sont nécessaires pour répondre aux besoins de soins de santé d’une personne admissible. Les personnes ayant besoin d’une aide temporaire (p. ex. besoin de santé aigu lorsque l’on s’attend à ce que la personne admissible se rétablisse du problème de santé, besoin de soins palliatif) peuvent bénéficier des services du PAAC par intermittence, durant de courtes périodes, au besoin. Si une personne admissible n’a besoin des services du PAAC que pour une période déterminée, l’entente relative aux avantages doit en faire état.
157. Si l’aide financière relative aux services d’entretien ménager ou d’entretien du terrain prend fin en raison de l’absence d’un besoins en matière de santé du principal dispensateur de soins ou du survivant, les services ne pourront pas être rétablis à son nom à une date ultérieure, qu’il y ait ou non un besoin de santé.

158. Si l’aide financière relative aux services d’entretien ménager ou d’entretien du terrain prend fin en raison d'un changement de situation du survivant quant au Supplément de revenu supplémentaire et/ou au crédit d'impôt pour personnes handicapées, les services peuvent être rétablis au nom du survivant si ce dernier satisfait de nouveau aux critères d’admissibilité.
159. Si l’aide financière relative aux services d’entretien ménager ou d’entretien du terrain prend fin en raison d’un changement dans la situation du principal dispensateur de soins (c.-à-d. il se remarie et son époux/épouse assume la responsabilité des services d’entretien ménager et/ou d’entretien du terrain, ou il déménage dans une résidence où ces services sont fournis), ces services peuvent être rétablis à une date ultérieure si le principal dispensateur de soins satisfait de nouveau aux critères d’amissibilité.
160. Les ententes initiales relatives aux avantages approuvées en vertu des dispositions sur les besoins de santé exceptionnels et les revenus insuffisants doivent prendre fin le 30 septembre. Il est donc possible que des ententes soient établies pour une période de moins d’un an. Les ententes relatives aux avantages subséquentes sont établies pour une période d’un an à compter du 1er octobre et doivent être renouvelées annuellement à cette date.
161. Dans les cas où, selon l’évaluation, les besoins en matière de soins de la personne admissible sont du Type II ou Type III et la personne refuse un lit dans un établissement de soins de santé, ACC ne cessera pas de fournir de soutien financier pour les services du PAAC à la résidence principale de la personne. Cela correspond à l’objectif du PAAC de respecter la volonté de la personne admissible de demeurer dans son environnement préféré et de conserver un certain degré d’autonomie. Dans ces situations, ACC agira de la façon suivante :
    a. il maintiendra les services jusqu’aux taux maximaux du Programme (se référer aux Taux maximaux de payables pour les services du Programme pour l’autonomie des anciens combattants et pour les soins de longue durée), ou au niveau déjà approuvé et fixé, selon ce qui représente le soutien financier le plus élevé (y compris les augmentations du coût de la vie); et
    b. il informera la personne admissible, par écrit, du fait que ses besoins en matière de soins seraient plus efficacement comblés dans un établissement de soins et qu’il s’expose à des risques pour sa santé s’il demeure dans sa résidence principale..
162. Si une personne admissible déménage dans un établissement de soins de santé où elle recevra des services adaptés aux besoins de santé de type II ou III, le financement des services fournis dans la résidence principale au titre du PAAC doit prendre fin.
163. Pour se renseigner sur la cessation de services aux personnes qui ne sont plus admissibles au financement de ces services, consultez la politique sur Annulation des avantages, services ou soins. La politique sur l’annulation des avantages, services ou soins ne s’applique pas aux principaux dispensateurs de soins ou aux survivants.
164. Les personnes admissibles peuvent voir leurs prestations suspendues si une réévaluation est nécessaire sans que les données de santé soient fournies pour établir le besoin en matière de santé. La suspension peut aussi avoir lieu dans certaines situations, comme l’absence temporaire (p. ex. retraité migrateur).

Recours/Appels

165. Pour obtenir des renseignements sur l’examen des decisions, consultez la politique sur la Révision des décisions des soins de santé.

Trop-payés

166. Les trop-payés seront traitées conformément à la politique sur les Trop-perçus - Programmes pour soins de santé.

Annexe A – Références et Politiques connexes

Lois

Loi sur le ministère des Anciens Combattants

Loi sur le bien-être des vétérans - Partie 3

Loi sur les allocations aux anciens combattants - articles 7 et 37; alinéas 4(6), 4(6.1) et 4(8); Annexe

Loi de l'impôt sur le revenu - Section B, alinéa 4(3)(c), article 118.3

Loi sur les pensions - alinéa 38(1)

Loi sur la sécurité de la vieillesse - Partie 2

Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants - articles 15 à 20, 31 à 31.2, 33 à 34

Politiques

Aides à la vie quotidienne (PDC nº 1)

Anciens combattants ayant servi outre mer présentant une demande d'admissibilité à un lit réservé (Programme pour l'autonomie des anciens combattants et Programme de soins de longue durée)

Annulation des avantages, services ou soins

Délais concernant la présentation des demandes de remboursement des avantages, des services et des soins

Dépassement des taux (Programme pour l'autonomie des anciens combattants [PAAC] et Soins de longue durée [SLD]

Équipement (PDC nº 13)

Établissements communautaires (Programme pour l'autonomie des anciens combattants - soins intermédiaires et Programme de soins de longue durée)

Évaluation de revenu - Programme des allocations aux anciens combattants

Frais recouvrables d'une tierce partie

Obligation de recourir aux services provinciaux

Révision des décisions des soins de santé

Service de relève

Services de santé connexes (PDC nº 12)

Soins palliatifs

Traitement à domicile

Trop-perçus - Programmes pour soins de santé

Visite d'une infirmière (PDC nº 8)

Taux

Taux maximaux de payables pour les services du Programme pour l’autonomie des anciens combattants et pour les soins de longue durée

Annexe B – Admissibilité au Programme pour l’autonomie des anciens combattants (PAAC)

Bénéficiaires admissibles	Critères d’admissibilité	Services du PAAC offerts
• Ancien combattant pensionné • Pensionné civil • Pensionné du service spécial	• Résider au Canada • Besoin de santé lié au service • Service non offert par un régime provincial d’assurance-maladie	• Soins à domicile • Soins de santé ambulatoires • Adaptations au domicile • Soins intermédiaires
• Ancien combattant pensionné atteint d'une déficience moyenne • Ancien combattant pensionné atteint d'une déficience grave • Pensionné civil atteint d'une déficience moyenne • Pensionné civil atteint d'une déficience grave	• Résider au Canada • Besoin de santé non lié au service • Service non offert par un régime provincial d’assurance-maladie	• Soins à domicile • Soins de santé ambulatoires • Adaptations au domicile • Soins intermédiaires

Bénéficiaires admissibles	Critères d’admissibilité	Services du PAAC offerts
• Pensionné du service militaire • Ancien membre ou membre de la Force de réserve admissible à une indemnité d'invalidité ou admissible à une indemnité pour douleur et souffrance	• Résider au Canada • Besoin de santé lié au service • Service non offert par un régime provincial d’assurance-maladie	• Soins à domicile • Soins de santé ambulatoires • Adaptations au domicile • Soins intermédiaires
• Ancien combattant au revenu admissible • Civil au revenu admissible ayant servi outre-mer • Ancien combattant ayant servi au Canada	• Résider au Canada • Besoin de santé non lié au service • Service non offert par un régime provincial d’assurance-maladie	• Soins à domicile • Soins de santé ambulatoires • Adaptations au domicile • Service de déplacement • Soins intermédiaires
• Prisonnier de guerre atteint d'une invalidité totale • Ancien membre ou membre de la Force de réserve ayant reçu une indemnité de captivité atteint d'une invalidité totale	• Résider au Canada • Besoin de santé non lié au service • Service non offert par un régime provincial d’assurance-maladie	• Soins à domicile • Soins de santé ambulatoires • Adaptations au domicile • Soins intermédiaires
• Ancien combattant ayant servi outre-mer ou ancien combattant pensionné qui est admissible aux soins intermédiaires ou prolongés dans un lit réservé, mais que tous les lits sont occupés à distance raisonnable de la collectivité où il réside habituellement	• Résider au Canada • Besoin de santé non lié au service • Service non offert par un régime provincial d’assurance-maladie	• Soins à domicile • Soins de santé ambulatoires • Adaptations au domicile

Bénéficiaires admissibles	Critères d'admissibilité	Services du PAAC offerts
• Ancien combattant pensionné ou Ancien combattant ayant servi outre-mer ou civil ayant servi outre-mer ou ancien combattant ayant servi au Canada qui répond aux critères d'article 18 du RSSAC quant aux « besoins de santé exceptionnels »	• Résider au Canada • Besoin de santé non lié au service • Service non offert par un régime provincial d'assurance-maladie	• Soins à domicile • Soins de santé ambulatoires • Adaptations au domicile • Service de déplacement • Soins intermédiaires
• Ancien combattant pensionné; ou pensionné civil; ou pensionné du service militaire; ou pensionné du service spécial; ou ancien membre ou membre de la Force de réserve admissible à une indemnité d'invalidité ou admissible à une indemnité pour douleur et souffrance; qui remplit les critères énumérés aux paragraphes 32 à 35 de cette politique pour être reconnu comme « santé précaire »	• Résider au Canada • Besoin de santé non lié au service • Service non offert par un régime provincial d'assurance-maladie	• Soins à domicile • Soins de santé ambulatoires • Adaptations au domicile • Soins intermédiaires
• Principal dispensateur de soins	• Résider au Canada • Service non offert par un régime provincial d'assurance-maladie ou une assurance privée	• Entretien ménager et/ou entretien du terrain dont le client bénéficiait au moment de son décès ou de son admission dans un établissement de soins de santé
• Survivant	• Résider au Canada • Service non offert par un régime provincial d'assurance-maladie ou une assurance privée	• Entretien ménager et/ou entretien du terrain seulement, au besoin

Annexe C – Anciens combattants alliés

Les **Anciens combattants alliés** reconnus aux fins de l'admissibilité au PAAC, se limitent aux anciens combattants alliés qui font partie de l'un des groupes suivants:

Ancien combattant allié – ayant résidé au Canada avant la guerre (Seconde Guerre mondiale)

A. Un ancien membre d’une force alliée, qui était domicilié au Canada au moment où il s’est joint à cette force ou pendant qu’il en était en membre, et qui:
   a. a servi sur un théâtre réel de guerre durant la Seconde Guerre mondiale;
   b. touche une pension d’invalidité aux termes de la *Loi sur les pensions* ou, aprés son décès est déclaré avoir été admissible à une pension d’invalidité ou s’est vu accorder une telle pension, relativement au service durant la Seconde Guerre mondiale; ou
   c. a accepté une pension rachetée pour invalidité survenue durant son service au cours de la Seconde Guerrre mondiale.

Remarque: Les anciens combattant alliés selon la déscription du groupe A ci-dessus sont ceux qui sont jugés admissibles aux programmes de soins de santé depuis le 1er mai 1945. Ils peuvent être admissible aux soins à longue durée dans un lit réservé.

Ancien combattant allié – ayant résidé au Canada avant la guerre (guerre de Corée)

B. Un ancien membre des forces alliés ayant participé à la guerre de Corée qui était domicilié au Canada au moment où il s’est joint à cette force ou pendant qu’il en était membre; et qui:
   a. a servi sur un théâtre d'opérations durant la guerre de Corée.

Ancien combattant allié – ayant résidé au Canada après la guerre (Seconde Guerre mondiale)

C. Un ancien membre d’une force alliée qui a résidé au Canada durant au moins 10 ans à compter du après la fin de la Seconde Guerre mondiale; qui bénéficié d’une libération honorable ou qui a été autorisé à démissionner ou à se retirer honorablement de cette force; et qui:
   a. a servi sur un théâtre réel de guerre durant la Seconde Guerre mondiale;
   b. touche une pension d’invalidité en vertu de la Loi sur les pensions relativement à son service durant la Seconde Guerre mondiale, ou, aprés son décès est déclaré avoir été admissible à une telle pension ou s’est vu accorder une telle pension; ou
   c. a accepté une pension rachetée pour invalidité survenue durant son service au cours de la Seconde Guerrre mondiale.

Ancien combattant allié – ayant résidé au Canada après la guerre (guerre de Corée)

D. Un ancien membre d’une force alliée qui a résidé au Canada durant au moins 10 ans après la fin de la guerre de Corée ; qui bénéficié d’une libération honorable ou qui a été autorisé à démissionner ou à se retirer honorablement de cette force; et qui
   a. a servi sur un théâtre d'opérations durant la guerre de Corée.

Remarque: Les anciens combattants alliés selon la déscription des groupes B, C et D ci-dessus sont ceux qui sont jugés admissibles aux programmes de soins de santé depuis le 1er janvier 2010. Ils ne sont pas admissibles aux soins de longue durée dans un lit réservé, même s’ils satisfont à la définition d' ancien combattant au revenu admissible ou d'ancien combattant ayant servi outre-mer.

Ancien combattant allié bénéficiant de droits acquis (Seconde Guerre mondiale)

E. Un ancien membre d’une force alliée qui a servi durant la Seconde Guerre mondiale, et qui a fait l’objet d’une décision rendue le 27 février 1995 ou avant cette date, concernant le fait que:

a. il est ou il a été un ancien combattant au revenu admissible, ou
b. il avait présenté une demande qui a été approuvée visant l'un des avantages suivants:
    i. les services du PAAC conformément à l'article 18 du *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants* (voir la section sur les besoins de santé exceptionnels et revenus insuffisants aux paragraphes 29 à 31 de cette politique);
    ii. les services de soins intermédiaires ou de soins prolongés dans un lit réservé en tant qu'un ancien combattant ayant servi outre-mer; ou
    iii. les services de soins prolongés dans un établissement communautaire en raison du fait d'avoir eu des revenus insuffisants pour payer ces soins (c.-à-d. les coûts des soins prolongés nécessaires a réduit les revenus de l'ancien combattant allié à un montant inférieur au facteur de revenu maximal applicable prévu par la *Loi sur les allocations aux anciens combattants* qui était en vigueur le 1er juillet de l'année précédant le jour de la prestation des soins).

Remarque: Les anciens combattants alliés selon la déscription du groupe E ci-dessus sont ceux qui sont jugés admissibles aux programmes de soins de santé en vertu du *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants* depuis le 27 février 1995.

Définitions

L'expression **« ayant résidé au Canada avant la guerre »** désigne que l'ancien combattant allié qui a servi durant la Seconde Guerre mondiale ou guerre de Corée était domicilié au Canada au moment où il s'est joint à une force alliée ou pendant qu'il en était membre.

L'expression **« ayant résidé au Canada après la guerre »** désigne que l'ancien combattant allié qui a servi durant la Seconde Guerre mondiale ou la guerre de Corée était domicilié au Canada pendant au moins 10 ans: à partir du 15 août 1945 pour les anciens combattants alliés ayant servi durant la Seconde Guerre mondiale; et à partir du 27 juillet 1953 pour les anciens combattants alliés ayant servi durant la guerre de Corée.

L'expression **« domicilié au Canada »** désigne la période de temps pendant laquelle une personne a établi son domicile dans n'importe quelle partie du Canada et y résidait habituellement. Ce fait peut normalement être confirmé par des documents émis par le gouvernement comme une déclaration de revenus, un relevé de participation au Régime de pensions du Canada, etc.

Une personne est réputée être domicilié au Canada de façon continue si elle n'a pas quitté le Canada pendant plus de 183 jours (consécutifs ou cumulatifs) entre le 1er juillet d'une année donnée et le 30 juin de l'année suivante. Une personne qui résidait à Terre-Neuve-et-Labrador avant le 31 mars 1949 (c.-à-d. la date à laquelle Terre-Neuve a joint le Canada) est réputée ayant été domicilié au Canada.