



Confirmation d'emploi et de compétence de la préposée ou du préposé aux services de soutien à la personne (PSSP)

Les **personnes qui font une demande** d'inscription auprès de l'Office de surveillance des fournisseurs de soins de santé et de soutien (OSFSSS) en ayant recours à la méthode *Poste de PSSP en Ontario* doivent demander à leur employeur actuel ou à un ancien employeur de remplir ce formulaire. Ce faisant, les personnes qui demandent une inscription donnent leur consentement à partager ces renseignements avec l'OSFSSS.

Les **employeurs** doivent confirmer que la personne qui fait la demande a occupé un poste de PSSP en Ontario ou un poste de services de soutien à la personne sous un autre titre, et ce, au cours des trois dernières années. Les employeurs doivent également confirmer si la personne qui fait la demande possède les compétences équivalant aux attentes chez une personne qui a récemment réussi un programme ontarien de formation de PSSP répondant aux [Normes pour le programme : Préposée ou préposé aux services de soutien personnel](#) (normes fournies à l'[Annexe A](#) de ce document). Pour être autorisé à remplir ce formulaire, l'employeur doit faire partie de l'une des [catégories d'employeurs énumérées à la section B](#) (ci-dessous).

L'employeur actuel ou un ancien employeur doit remplir le formulaire et l'envoyer directement à la personne qui fait une demande afin qu'elle puisse l'inclure dans sa demande d'inscription en ligne, laquelle sera accessible dans le [site Web de l'OSFSSS](#). L'OSFSSS se réserve le droit de communiquer avec l'employeur mentionné ci-dessous afin de vérifier l'information fournie.

A. Coordonnées de la personne qui fait la demande d'inscription

Prénom	Nom		
Adresse	Ville/municipalité	Province	Code postal
N° de téléphone	N° de téléphone cellulaire	Adresse courriel	

B. Coordonnées de l'employeur (à remplir par l'employeur)

Nom de l'employeur :

Catégorie d'employeur :

Pour que le statut d'emploi de la personne qui fait une demande réponde aux exigences d'inscription, l'employeur doit faire partie de l'une des catégories suivantes. Veuillez cocher le cercle approprié. Si votre organisme ne fait partie d'aucune de ces catégories, nous vous prions de ne pas remplir ce formulaire.

Titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée au sens de la [Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée](#)

Hôpital au sens de la [Loi sur les hôpitaux publics](#)

Titulaire de permis d'une maison de retraite au sens de la [Loi de 2010 sur les maisons de retraite](#)

Hôpital privé autorisé par un permis délivré en vertu de la [Loi sur les hôpitaux privés](#)

Établissement psychiatrique au sens de la [Loi sur la santé mentale](#)

Foyer établi, approuvé ou titulaire d'un permis en vertu de la [Loi sur les foyers de soins spéciaux](#)

Centre de services de santé communautaires intégrés au sens de la [Loi de 2023 sur les centres de services de santé communautaires intégrés](#)

[Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa](#)/University of Ottawa Heart Institute

Organisme ou personne qui fournit des services de soins à domicile et en milieu communautaire financés par des fonds publics en vertu de la [Loi de 2019 pour des soins interconnectés](#) ou la [Loi sur le ministère de la Santé et des Soins de longue durée](#), excluant les personnes qui emploient quelqu'un pour fournir des services de soins à domicile et en milieu communautaire avec des fonds reçus d'un fournisseur de services de santé ou une équipe Santé Ontario pour acheter ce service conformément au paragraphe 21 (1.1) de la [Loi de 2019 pour des soins interconnectés](#)

C. Information relative à l'emploi (à remplir par l'employeur et inscrire S.O. si ce n'est pas le cas)

Titre de la personne qui fait la demande lorsqu'elle travaillait chez l'employeur (p. ex., préposée ou préposé aux services de soutien à la personne, fournisseur de soins personnels, etc.) :

Date d'entrée en fonction :

Date de cessation d'emploi (le cas échéant) :

La personne qui fait la demande a-t-elle fourni au moins 600 heures de services de soutien à la personne au cours de sa période d'emploi au cours des trois dernières années?

OUI NON

Selon vous, en votre qualité d'employeur*, la personne qui fait la demande possède-t-elle les compétences équivalant à celle d'une personne qui a récemment réussi un programme ontarien de formation de PSSP répondant aux [Normes pour le programme : Préposée ou préposé aux services de soutien personnel?](#) Veuillez cocher aux endroits appropriés à l'[Annexe A](#).

OUI NON

***La vérification auprès d'un employeur constitue l'un des éléments du processus de demande d'inscription à l'OSFSSS. Pour être inscrites, les personnes qui font une demande doivent se conformer à toutes les exigences d'inscription de l'OSFSSS.**

Si la personne qui fait une demande ne travaille plus pour l'employeur, il faut en préciser les raisons :

Veillez fournir toute autre information pertinente sur la capacité de la personne qui fait la demande à fournir des soins et des services de soutien à la personne en toute sécurité dans la province de l'Ontario :

Annexe A

[Normes du ministère des Collèges et Universités](#), janvier 2022, extrait de p. 9-10.

Sommaire des résultats d'apprentissage de la formation

Préposée ou préposé aux services de soutien à la personne

La personne qui fait l'objet de ce formulaire à des fins d'inscription à l'OSFSSS pour la catégorie des PSSP a démontré pendant qu'elle était à notre emploi qu'elle est apte à :

intervenir dans les limites du rôle de préposée ou préposé aux services de soutien personnel dans **divers milieux de soins et de services**, conformément à toutes les lois applicables, aux normes et à la description du poste, ainsi qu'aux politiques, aux procédures et aux lignes directrices établies;

agir **de manière professionnelle** et répondre de ses actes en appliquant la résolution de problèmes, la conscience de soi, la bonne gestion du temps et l'esprit critique lors de la prestation de soins en tant que préposée ou préposé aux services de soutien personnel, soit de manière indépendante, soit en tant que membre d'une équipe;

exercer son rôle en tant que membre actif de **l'équipe interprofessionnelle** afin de favoriser des relations de travail axées sur la collaboration lors de la prestation de soins de soutien sécuritaires et adaptés, **axés sur le client** dans divers **milieux de soins et de services** ;

fournir des **soins axés sur la personne**, qui sont fondés sur des **principes éthiques**, sont sensibles à la diversité des valeurs personnelles et familiales, des croyances, des pratiques culturelles et autres besoins, et selon le **plan de soins**;

établir et maintenir la **relation thérapeutique** avec le **client** et sa **famille** en appliquant de manière efficace ses habiletés en matière de communication, afin de créer un partenariat fondé sur la confiance et le respect, conformément aux **limites professionnelles**, aux politiques de l'employeur, et aux lois sur la confidentialité et la protection de la vie privée;

déterminer les renseignements reliés à la santé du **client**, en faisant preuve d'esprit critique, en ayant recours à l'observation et à ses aptitudes en communication afin de consigner, signaler et documenter toutes les constatations pertinentes, dans les limites de ses rôles et responsabilités en tant que préposée ou préposé aux services de soutien personnel;

créer, favoriser et maintenir un environnement sécuritaire et confortable pour le **client**, ses **proches**, soi-même ainsi qu'autrui, par la mise en œuvre des mesures de prévention et de contrôle des infections en vigueur, des procédures d'urgence et de premiers soins, et des meilleures pratiques en matière de pandémies, en conformité avec le **plan de soins** et selon les politiques et les procédures de l'employeur, ainsi que toutes les lois applicables;

accompagner les **clients** dans les différents stades de leur vie pour leur permettre d'effectuer les **activités de la vie quotidienne**, en utilisant leurs connaissances de base sur la croissance et le développement de l'être humain, la psychologie, les changements dans les fonctions physiologiques et psychologiques courants chez les personnes, la promotion de la santé, la prévention des maladies, les **soins de rétablissement** et de réadaptation, et les **soins de santé holistiques**;

aider le **client** à la prise de ses médicaments selon les tâches assignées au **plan de soins** et, s'il s'agit d'un acte délégué, sous la supervision d'un **professionnel réglementé de la santé**, ou s'il s'agit d'un acte fait par exception, sous la supervision de la **personne ayant le plus haut niveau d'imputabilité** et conformément à toutes les lois applicables et aux politiques de l'employeur;

aider aux **tâches de gestion domestique** et aux **activités instrumentales de la vie quotidienne** conformément au **plan de soins** et en tenant compte des préférences, du confort, de la sécurité et de l'autonomie du **client**, de sa **famille** et de ses proches;

aider et soutenir le **client** prenant soin de personnes dépendantes en tenant compte des choix individuels et **familiaux**, des limites **professionnelles** et des directives énoncées dans le **plan de soins**;

identifier et signaler les cas de **négligence** ou de **mauvais traitements** potentiels, présumés, soupçonnés ou dont on a été témoin, et intervenir dans le cadre de ses rôles et responsabilités en tant que préposée ou préposé aux services de soutien personnel conformément à la description de poste de cet employeur pour les préposés aux services de soutien personnel ainsi qu'à toutes les lois applicables, incluant la [Loi de 2010 sur les maisons de retraite](#) et la [Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée](#);

aider à la prestation de **soins de santé holistiques** et à la promotion de **soins palliatifs et de fin de vie sécurisants sur le plan culturel** et adaptés sur le plan spirituel au **client**, à sa **famille** et à ses proches, et conformes aux choix du **client** et au **plan de soins**, tant dans les phases de diagnostic, de décès, que de deuils;

offrir des **soins axés sur le client, et prodigués sous sa direction**, aux personnes souffrant de maladies mentales ou de problèmes de santé mentale, de troubles cognitifs ou intellectuels, ou qui présentent des comportements réactifs ou perturbateurs, en utilisant les meilleures approches de soutien et des pratiques basées sur des données probantes, visant à favoriser l'adoption de comportements positifs et sécuritaires chez les **clients**.

[Se reporter au glossaire](#)

Remarque : Les résultats d'apprentissage ont été numérotés à titre de référence, et la numérotation n'indique aucun ordre de priorité ou d'importance.

Confirmation et signature de l'employeur :

J'affirme que les renseignements fournis dans ce formulaire sont complets et exacts à la date mentionnée ci-dessous.

OUI NON

Nom complet du représentant de l'employeur :

Poste ou titre du représentant de l'employeur :

Adresse courriel du représentant de l'employeur :

Numéro de téléphone du représentant de l'employeur :

Signature du représentant de l'employeur :

Date : JJ/MM/AAAA