Office de surveillance des fournisseurs de soins de santé et de soutien

Guide pour le renouvellement annuel pour les PSSP inscrits de l'OSFSSS en Ontario

Ce guide fournit des informations sur le renouvellement de votre inscription annuelle de PSSP auprès de l'OSFSSS. Bien que précis au moment de la publication, des changements ultérieurs peuvent avoir lieu sans préavis. L'OSFSSS tentera d'informer les PSSP inscrits des changements importants, mais se réserve le droit d'apporter tout changement nécessaire à tout moment, sans préavis. Veuillez visiter notre site Web à www.hscpoa.com *pour la version la plus récente de ce Guide ainsi que pour les nouvelles politiques ou les politiques révisées.*

Introduction

Les PSSP membres inscrits de l'OSFSSS jouent un rôle important dans le système de santé de l'Ontario.

Tous les PSSP membres inscrits de l'OSFSSS **doivent** renouveler leur inscription annuellement pour maintenir leur inscription. Cela est exigé par la loi en vertu de la *Loi de 2021 sur l'OSFSSS* et de l'article 13 du règlement administratif de l'OSFSSS.

Le renouvellement annuel de l'OSFSSS est prévu le 31 mars de chaque année. Le portail de renouvellement sera ouvert du 1er février au 31 mars chaque année pour permettre aux PSSP membres inscrits de l'OSFSSS d'effectuer leur renouvellement.

Votre certificat d'inscription expire le 1er avril, sauf si vous renouvelez votre inscription auprès de l'OSFSSS avant la date limite du 31 mars chaque année.

Si votre inscription de PSSP expire, vous devez faire une demande de réintégration auprès de l'OSFSSS.

Bien que l'inscription de PSSP auprès de l'OSFSSS demeure volontaire, de nombreux employeurs ont rendu obligatoire l'inscription de leurs employés PSSP auprès de l'OSFSSS. Évitez de mettre en péril vos possibilités d'emploi de PSSP actuelles ou futures, renouvelez tôt !

Le renouvellement de votre inscription de PSSP auprès de l'OSFSSS inclut la mise à jour des informations de votre profil de membre inscrit, comme vos coordonnées et votre statut d'emploi.

Le formulaire de renouvellement pose également des questions sur votre formation de fournisseur de soins personnels, le cas échéant, ainsi que sur vos antécédents professionnels de fournisseur de soins personnels, à l'intérieur et à l'extérieur de l'Ontario, le cas échéant. Ces questions sont requises pour les exigences annuelles de rapport de l'OSFSSS au ministère de la Santé. Les informations que fournit l'OSFSSS au ministère de la Santé sont envoyées sous forme anonyme. Certaines questions ne sont posées qu'à votre premier renouvellement annuel, d'autres peuvent être posées chaque année.

Objectif du renouvellement

Registre public des PSSP

Selon le règlement sur les Tableaux (Registres) en vertu de la *Loi de 2021 sur l'OSFSSS,* l'OSFSSS doit afficher sur son site Web un Registre public des PSSP précis et consultable. La plupart des informations dans le Registre public des PSSP de l'OSFSSS sont recueillies sur le formulaire de demande et lors du renouvellement annuel. Pour plus de détails sur les informations figurant dans le Registre public des PSSP de l'OSFSSS, cliquez ici.

À titre de PSSP inscrit de l'OSFSSS, vous devez vous assurer que l'OSFSSS a des informations exactes à votre sujet. Cette exigence est énoncée dans le Code de déontologie et dans le règlement sur les Tableaux (registres) de l'OSFSSS, qui oblige les PSSP inscrits à informer l'OSFSSS dans les 30 jours suivant toute modification des informations de leur profil de membre inscrit.

Exigences de rapport dans la base de données des professions de la santé

Tous les PSSP inscrits de l'OSFSSS doivent répondre aux questions sur le formulaire de renouvellement annuel pour la base de données des professions de la santé du ministère de la Santé. Le ministère de la Santé fournit au gouvernement un aperçu de la main-d'œuvre en santé réglementée en Ontario afin d'éclairer la planification des ressources humaines en santé.

Certaines questions requises pour la base de données des professions de la santé ne sont posées que lors de votre premier renouvellement annuel auprès de l'OSFSSS. D'autres questions peuvent être posées chaque année. Toutes les données rapportées sont effectuées sous forme anonyme.

Droits

Actuellement, aucun droit n'est imposé aux membres inscrits de l'OSFSSS pour renouveler leur inscription. À l'avenir, l'OSFSSS pourrait facturer des droits pour le renouvellement annuel, sous réserve de décisions prises par le ministère de la Santé de l'Ontario.

Prolongations

L'OSFSSS peut envisager d'accorder aux PSSP inscrits des prolongations pour effectuer leur renouvellement annuel, en fonction de chaque cas. Pour faire une demande de prolongation, veuillez remplir le formulaire de demande de prolongation du renouvellement annuel de l'OSFSSS.

Pour toute question concernant le renouvellement annuel, veuillez consulter la FAQ du renouvellement annuel de l'OSFSSS. Si vous n'obtenez pas la réponse à votre question dans la FAQ, veuillez envoyer un courriel à registration@hscpoa.com.

Démission

Si vous souhaitez démissionner de votre inscription de PSSP auprès de l'OSFSSS, connectez-vous à votre tableau de bord de membre inscrit, sélectionnez **Modifier** dans la partie **Modifier mon inscription** comme indiqué ci-dessous :

Comment effectuer le renouvellement annuel

Connectez-vous à votre profil de PSSP inscrit de l'OSFSSS en utilisant l'adresse de courriel et le mot de passe que vous avez configurés lors de votre demande d'inscription auprès de l'OSFSSS. **Si vous avez oublié votre mot de passe ou si vous n'êtes pas sûr de vous en souvenir, veuillez le réinitialiser.**

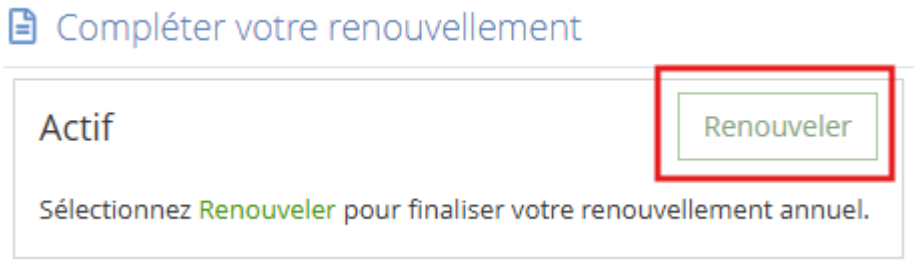
Si vous devez réinitialiser votre mot de passe :

1. Sur la page de connexion de PSSP inscrit de l'OSFSSS, cliquez sur *Mot de passe oublié !*
2. Vous recevrez un courriel à l'adresse que nous avons dans votre dossier, qui contiendra un lien vous permettant de réinitialiser votre mot de passe.

- Assurez-vous que l'adresse de courriel dans votre dossier est à jour et accessible, sinon vous ne pourrez pas changer votre mot de passe.

- Si vous rencontrez des difficultés de connexion, essayez de supprimer vos témoins et caches dans votre navigateur Internet. Une recherche sur Internet peut vous montrer comment faire.

Une fois connecté à votre profil de PSSP inscrit, cliquez sur le bouton **Renouveler** dans la partie **Effectuer mon renouvellement :**



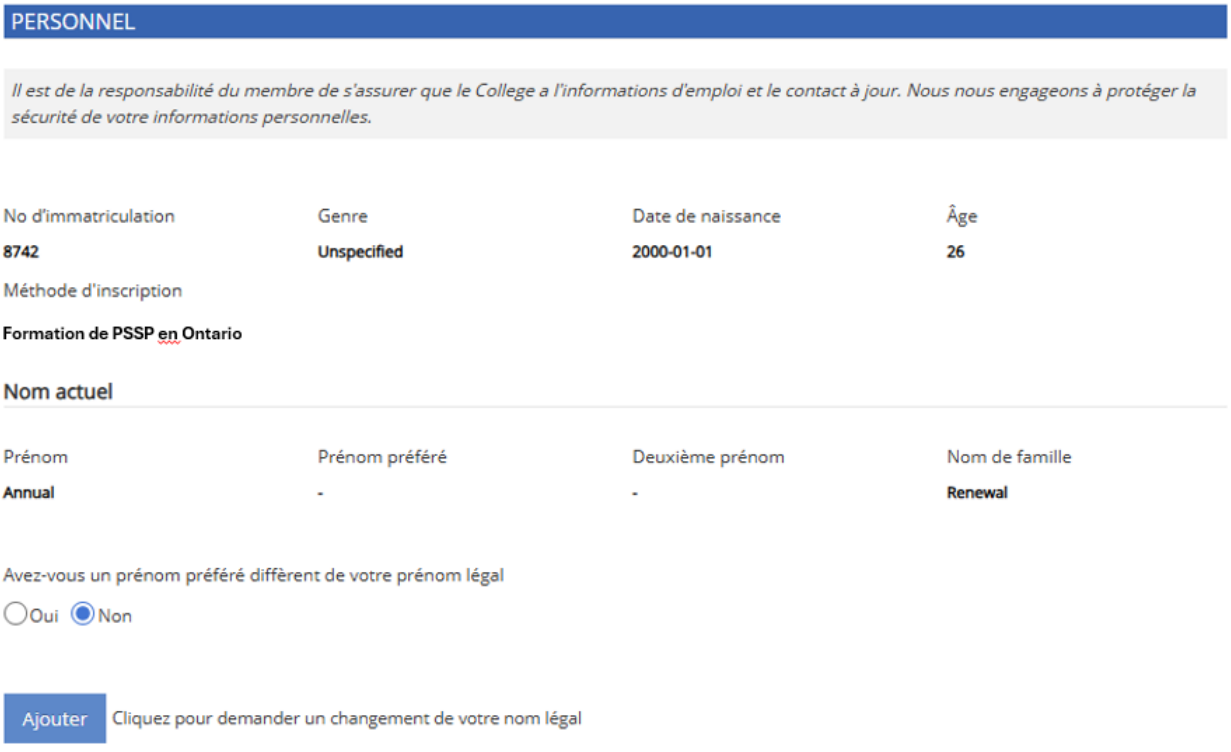
Vos réponses doivent refléter l'information du moment où vous renouvelez

Veuillez lire attentivement toutes les questions concernant la mise à jour du profil et le renouvellement avant de soumettre votre renouvellement. Les réponses que vous fournissez doivent être exactes au moment où vous effectuez votre renouvellement annuel de PSSP inscrit auprès de l'OSFSSS.

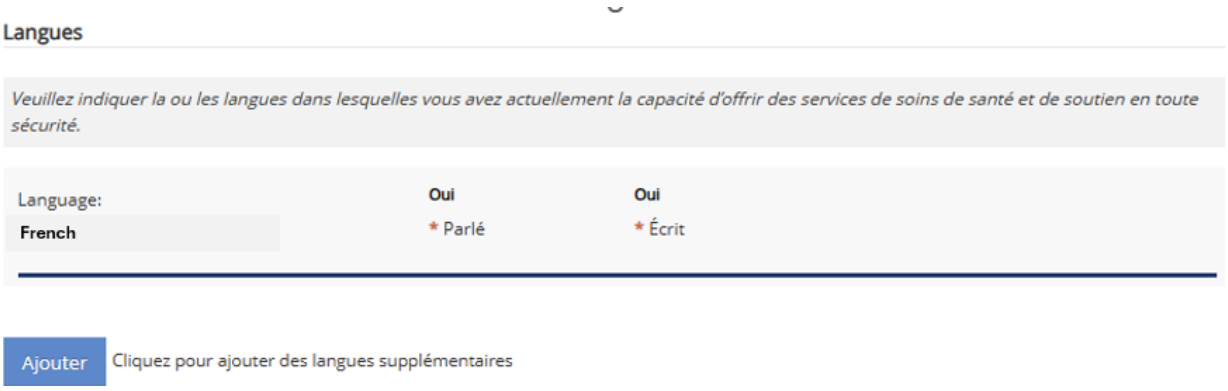
PARTIE 1 – Mise à jour du profil

La première partie du renouvellement annuel vous oblige à examiner les informations de votre profil de PSSP inscrit. S'il y a des changements à ce qui suit, veuillez en faire la mise à jour :

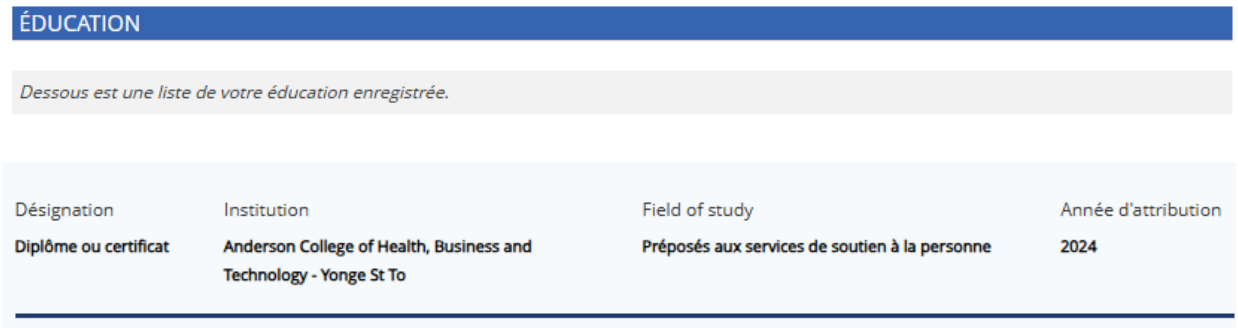
Vos coordonnées personnelles – incluent les noms préférés, l'adresse, le téléphone et l'adresse de courriel. Pour les changements de nom, vous devez fournir des documents justificatifs :



Langues utilisées pour les soins – ajoutez toutes les langues supplémentaires dans lesquelles vous pouvez offrir des services de soutien à la personne :

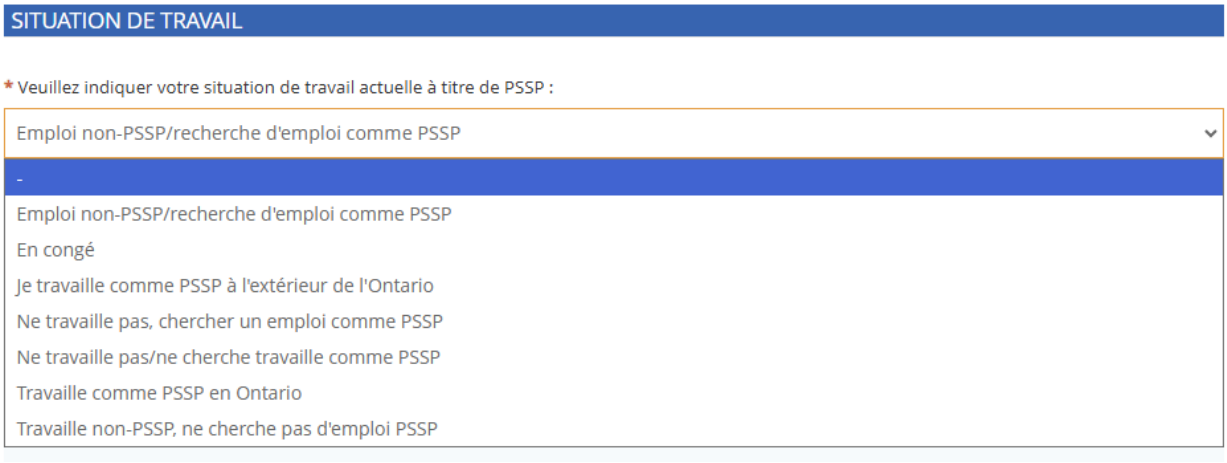


Éducation – Si l'information relative à votre éducation est incorrecte ou requiert une mise à jour, veuillez faire parvenir un courriel à registration@hscpoa.com



Situation de travail – Les informations sur votre emploi aident le ministère de la Santé dans la planification des ressources humaines en santé pour les PSSP.

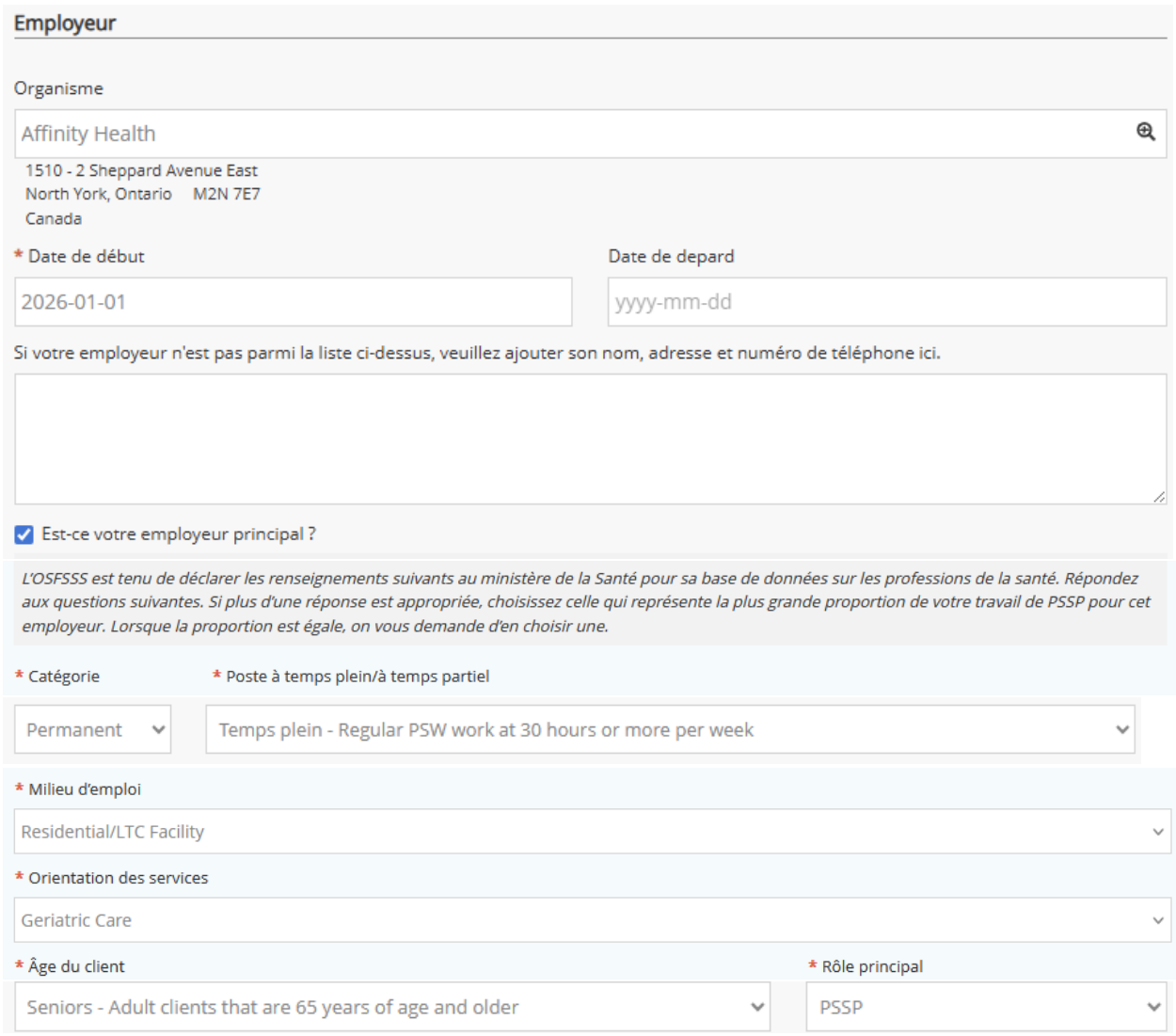
Sélectionnez votre situation de travail actuelle à titre de PSSP à l'aide de la liste déroulante :



EMPLOI

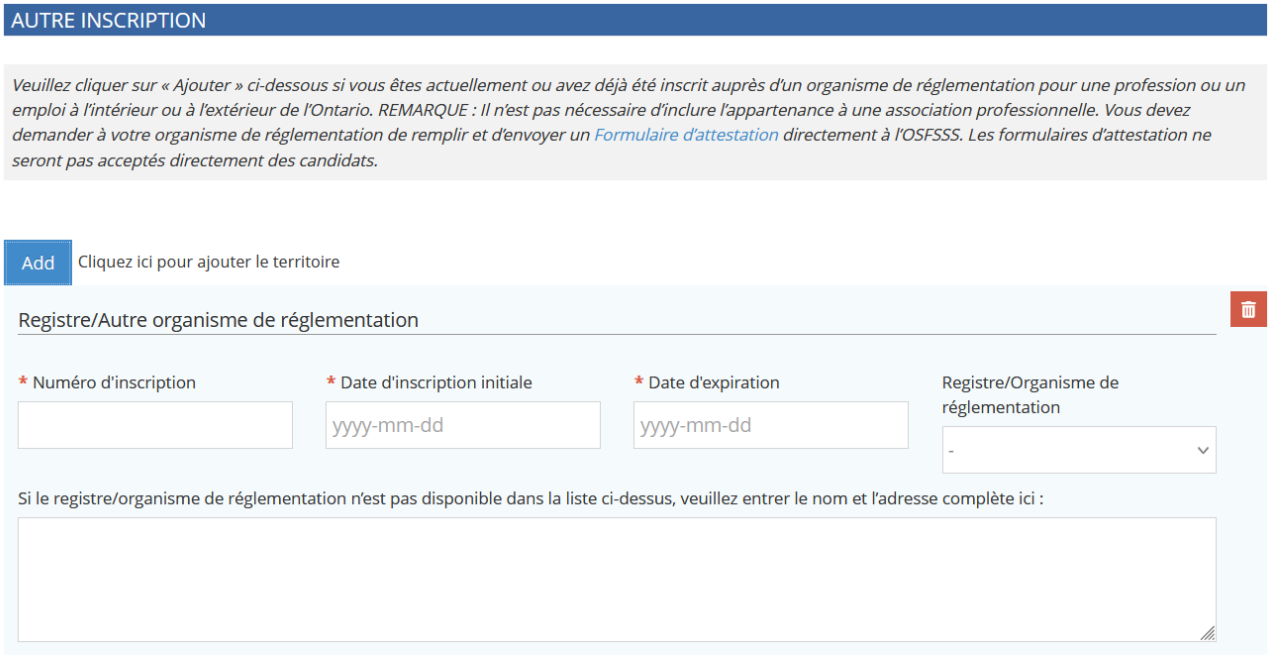
Emploi – tous les emplois actuels à titre de PSSP doivent être **indiqués dans votre profil de membre inscrit depuis votre inscription auprès de l'OSFSSS**. Ajoutez tout nouvel employeur. Si vous ne travaillez plus quelque part, indiquez la date de fin d'emploi de cet employeur. Si vous travaillez encore pour cet employeur, laissez la date de fin en blanc.

Par exemple :


Employeur
Organisme
Affinity Health
1510 - 2 Sheppard Avenue East
North York, Ontario M2N 7E7
Canada
* Date de début
2026-01-01
Date de depard
yyyy-mm-dd
Si votre employeur n'est pas parmi la liste ci-dessus, veuillez ajouter son nom, adresse et numéro de téléphone ici.
Est-ce votre employeur principal ?
L'OSFSSS est tenu de déclarer les renseignements suivants au ministère de la Santé pour sa base de données sur les professions de la santé. Répondez aux questions suivantes. Si plus d'une réponse est appropriée, choisissez celle qui représente la plus grande proportion de votre travail de PSSP pour cet employeur. Lorsque la proportion est égale, on vous demande d'en choisir une.
* Catégorie
* Poste à temps plein/à temps partiel
Permanent
Temps plein - Regular PSW work at 30 hours or more per week
* Milieu d'emploi
Residential/LTC Facility
* Orientation des services
Geriatric Care
* Âge du client
* Rôle principal
Seniors - Adult clients that are 65 years of age and older
PSSP

AUTRE INSCRIPTION

Autre inscription – incluez des informations si vous êtes actuellement ou avez déjà été inscrit auprès d'un autre organisme de réglementation pour toute profession ou tout métier, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'Ontario :



Une fois votre **mise à jour de profil** terminée, cliquez sur le bouton **Suivant** pour accéder à la partie **Renouvellement** du formulaire de renouvellement annuel :

Si vous souhaitez sauvegarder l'information et revenir plus tard, sélectionnez **Sauvegarder pour plus tard** :

Vous pouvez revenir plus tard pour terminer la mise à jour de votre profil et le renouvellement. Sélectionnez **Mettre à jour** comme indiqué ci-dessous pour terminer la mise à jour de votre profil, puis effectuer votre renouvellement.

PARTIE 2 – Renouvellement annuel

Introduction

Veuillez répondre aux questions suivantes pour finaliser votre renouvellement annuel.

L'OSFSSS recueille ces renseignements pour le compte du ministère de la Santé de l'Ontario, dans le cadre de sa Base de données sur les professions de la santé.

Toutes les données transmises par l'OSFSSS à la Base de données sur les professions de la santé sont anonymisées. Le ministère de la Santé utilise ces renseignements pour la planification provinciale des ressources humaines en santé.

Pour plus d'informations à propos du renouvellement annuel, veuillez consulter le Guide pour le renouvellement annuel de l'OSFSSS.

Nom d'inscription	No d'inscription
Annual Renewal	1234

Dans la partie **Parcours d'études à titre de fournisseur de soins personnels,** répondez aux trois questions indiquées ci-dessous :

Parcours d'études à titre de fournisseur de soins personnels
Recueilli pour le compte du gouvernement de l'Ontario dans le cadre de sa base de données sur les professions de la santé

* Où avez-vous **initialement complété** votre formation de fournisseurs de soins personnels, en soins infirmiers ou de sage-femme (le cas échéant)?

-

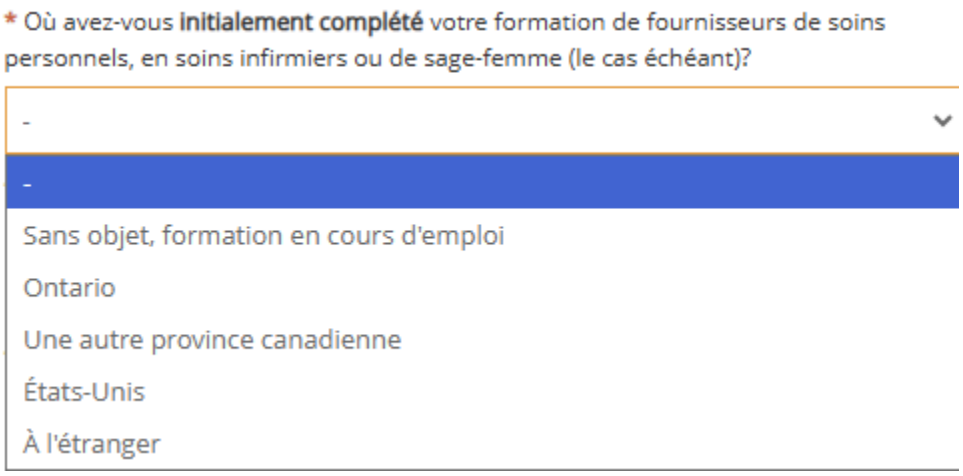
* Quel est votre **niveau d'études terminé le plus élevé** de fournisseur de soins personnels (incluant la formation en soins infirmiers ou de sage-femme, le cas échéant) :

-

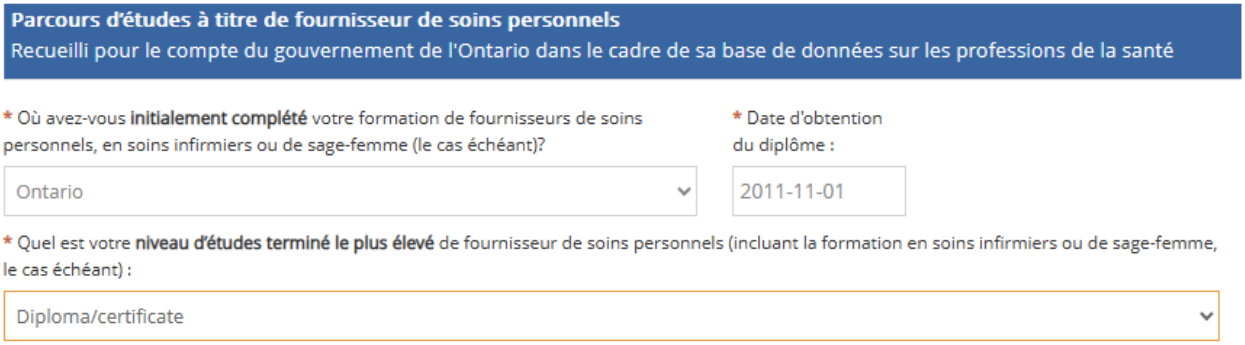
* Avez-vous complété des études **non reliées** à celles d'un fournisseur de soins personnels, d'une infirmière, d'un infirmier ou d'une sage-femme?

◯ Oui ◯ Non

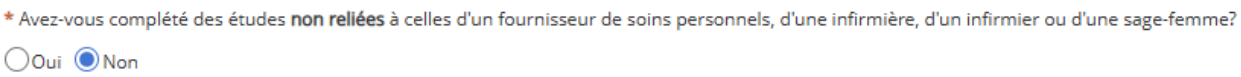
Pour la question « Où avez-vous **initialement complété** votre formation de fournisseur de soins personnels, en soins infirmiers ou de sage-femme (le cas échéant) », sélectionnez l'une des options suivantes dans le menu déroulant et indiquez la date d'obtention de votre diplôme ainsi que le niveau d'éducation terminé le plus élevé :



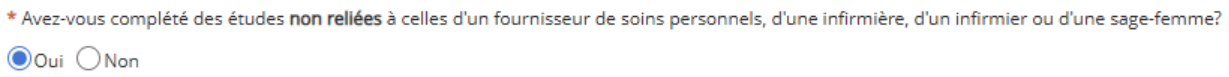
Par exemple :



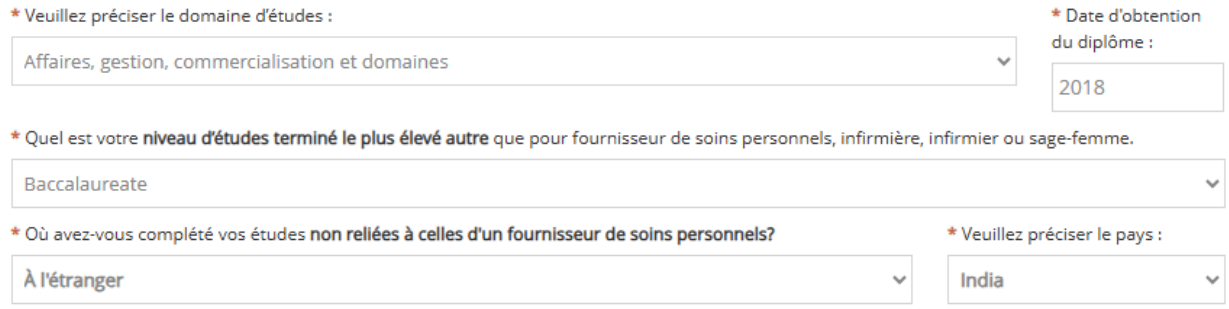
Si vous <u>n'avez pas</u> terminé des études **non reliées** à celles d'un fournisseur de soins personnels, d'une infirmière, d'un infirmier ou d'une sage-femme, sélectionnez **Non** :



Si vous avez terminé d'autres études **non reliées** à celles d'un fournisseur de soins personnels, d'une infirmière, d'un infirmier ou d'une sage-femme, sélectionnez **Oui** et remplissez l'information requise :



Par exemple :

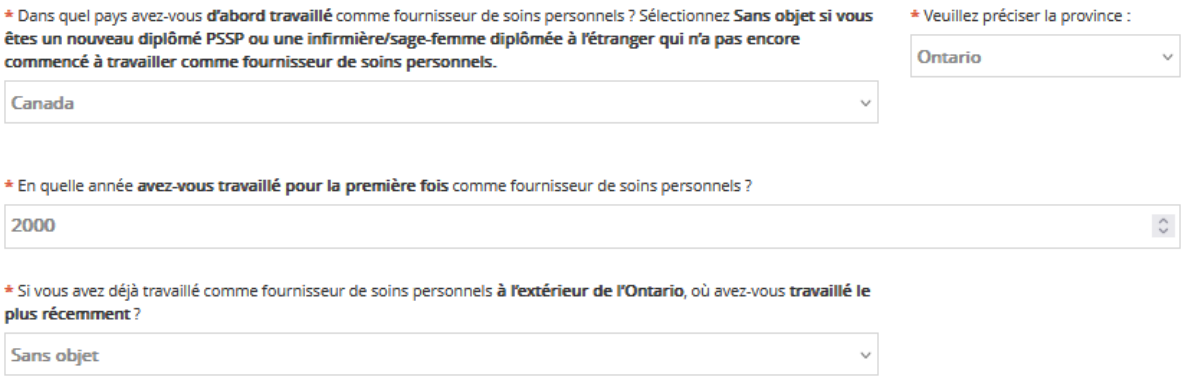


Profil d'emploi
Recueilli pour le compte du gouvernement de l'Ontario dans le cadre de sa base de données sur les professions de la santé

Lors de votre premier renouvellement annuel de PSSP inscrit de l'OSFSSS, on vous demandera :

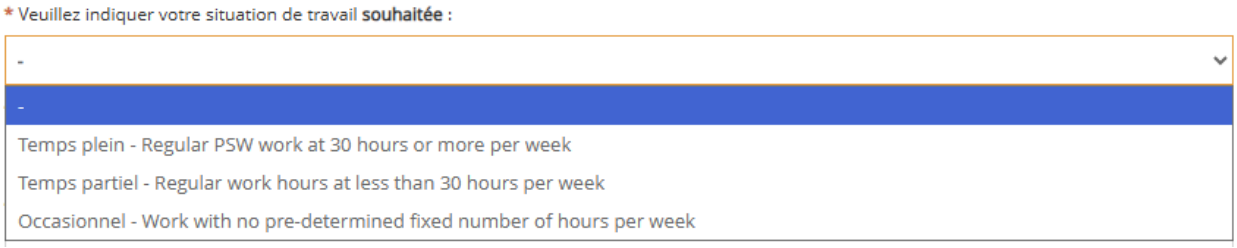
- Dans quel pays avez-vous d'abord travaillé comme fournisseur de soins personnels
- En quelle année avez-vous travaillé pour la première fois comme fournisseur de soins personnels et
- Si vous avez déjà travaillé comme fournisseur de soins personnels à l'extérieur de l'Ontario, où avez-vous travaillé le **plus récemment.**

Par exemple :



Situation de travail souhaitée

À chaque renouvellement annuel, on vous demandera également ce que vous souhaiteriez comme situation d'emploi. Cette information sert à aider le ministère de la Santé à estimer l'offre de main-d'œuvre des PSSP inscrits de l'OSFSSS en Ontario. Peu importe votre situation de travail actuelle, veuillez indiquer ce que vous souhaiteriez avoir (par exemple, temps plein, temps partiel ou occasionnel) :



Antécédents d'emploi à titre de PSSP au cours de la dernière année

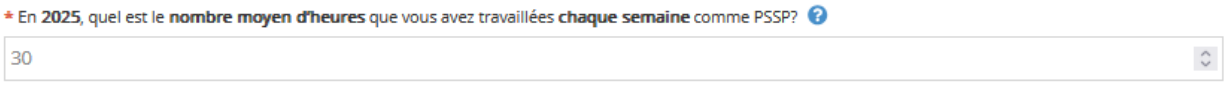
Au cours de la dernière année (12 mois précédant la date de votre renouvellement annuel), indiquez combien de semaines vous avez travaillé **au moins une heure comme PSSP**. Le ministère de la Santé utilise ces informations pour mesurer le temps passé à travailler comme PSSP au cours d'une année typique.

Remarque : il y a 52 semaines par année. Vous ne pouvez pas entrer un nombre supérieur à 52. N'incluez pas vos vacances, le travail sur appel, vos congés et congés de maladie dépassant une semaine.

Par exemple :

En **2025**, indiquez le **nombre moyen d'heures que vous avez travaillées comme PSSP chaque semaine**. Les réponses doivent être en nombres entiers (sans décimales).

Par exemple :



En **2025**, **indiquez le nombre moyen d'heures sur appel que vous avez travaillées comme PSSP chaque semaine**. Si vous ne travaillez pas sur appel, veuillez répondre 0.

Par exemple :

Pourcentage des heures de pratique par semaine consacrées à diverses activités

Au cours de la dernière année (12 mois précédant la date de votre renouvellement annuel), indiquez le pourcentage de temps par semaine consacré à chacune des activités suivantes. Si vous ne fournissez que des services de PSSP directs, les soins directs de PSSP aux clients égaleront 100 %. Le ministère de la Santé recueille ces données pour mesurer le temps consacré à chaque activité, ce qui lui donne une indication de la disponibilité des services de PSSP qu'offrent les PSSP inscrits de l'OSFSSS.

- **Soins directs de PSSP aux clients** – estimez le **pourcentage** de votre temps de travail de PSSP consacré chaque semaine à fournir des services de soins personnels. Si vous ne fournissez que des services directs de PSSP, cette section sera à 100 %.
- **Enseignement** – estimez le **pourcentage** de votre temps de travail de PSSP consacré chaque semaine à l'enseignement (par exemple, enseigner aux

élèves PSSP qui terminent leur formation, former de nouveaux employés, etc.). Si vous n'enseignez pas, votre réponse sera 0.

- **Éducation clinique/supervision –** estimez le **pourcentage** de votre temps de travail de PSSP consacré chaque semaine à superviser des étudiants ou d'autres fournisseurs de soins. Si vous ne faites pas de travail de formation clinique ou de supervision, votre réponse sera 0.
- **Recherche** – estimez le **pourcentage** de votre temps de travail de PSSP consacré chaque semaine à la recherche formelle concernant les PSSP. Si vous ne travaillez pas à la recherche, votre réponse sera 0.
- **Administration** – estimez le **pourcentage** de votre temps de travail de PSSP consacré chaque semaine à l'administration (planification et organisation des services de PSSP). Si votre travail n'inclut pas l'administration, votre réponse sera 0.
- **Autres activités** – estimez le **pourcentage** de votre temps de travail de PSSP consacré chaque semaine à l'autres activités. Cela inclut les réunions du personnel, la formation continue ou le perfectionnement professionnel, ainsi que l'enregistrement des statistiques de mesure de la charge de travail.

Par exemple :

DÉCLARATIONS DE BONNE CONDUITE

Dans cette partie, les PSSP membres inscrits de l'OSFSSS sont tenus de signaler toute infraction, accusation, condition de mise en liberté sous caution ou constatation d'inconduite portée contre eux.

Lisez attentivement chaque question de déclaration judiciaire et sélectionnez **Oui** ou **Non**. Si vous sélectionnez **Oui**, une zone de texte apparaîtra pour que vous y ajoutiez une brève explication.

Les PSSP membres inscrits de l'OSFSSS ne peuvent pas déterminer par eux-mêmes si les infractions sont pertinentes ou dignes d'un signalement. L'OSFSSS identifie quelles infractions nécessitent une enquête supplémentaire. Si la conclusion ne soulève aucune préoccupation apparente, l'OSFSSS se contentera de conserver l'information. Si cette conclusion soulève des inquiétudes quant à votre aptitude à travailler en toute sécurité comme PSSP en Ontario, l'OSFSSS peut enquêter sur la question afin de déterminer si une mesure réglementaire, comme une remédiation ou une sanction, doit être prise.

Avez-vous déjà été accusé ou reconnu coupable d'une infraction criminelle ? *

Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants : la date de l'accusation criminelle ou du verdict de culpabilité, la nature et la description de l'accusation ou du verdict de culpabilité, le nom et l'adresse du tribunal où l'accusation a été portée ou l'endroit où vous avez été reconnu coupable de l'infraction, l'état de tout appel concernant le verdict de culpabilité, le cas échéant, et toute restriction ou condition imposée par le tribunal. Veuillez ne pas inclure de renseignements qui contreviennent à une interdiction de publication.

◯ Oui
◯ Non

Avez-vous déjà été accusé ou reconnu coupable d'une infraction liée à la réglementation ou à la prestation de services de soins de santé et de soutien en Ontario ou dans une autre province ou un autre territoire ? *

Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants : la date de l'accusation ou du verdict de culpabilité, la nature et la description de l'accusation ou du verdict de culpabilité, le nom et l'adresse du tribunal où l'accusation a été portée ou où vous avez été reconnu coupable de l'infraction, l'état de tout appel concernant le verdict de culpabilité, le cas échéant, et toute restriction ou condition imposée par le tribunal. Veuillez ne pas inclure de renseignements qui contreviennent à une interdiction de publication.

◯ Oui
◯ Non

Avez-vous déjà fait l'objet d'une constatation pour une faute, une incompétence ou une incapacité professionnelle : *

- *en Ontario dans le cadre d'une autre profession, ou*
- *dans toute autre province ou tout autre territoire en ce qui a trait à la prestation de services de soins de santé et de soutien, ou de toute autre profession ou tout autre emploi ?*

Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants : la date de la constatation, la nature et la description de la constatation, ainsi que le nom et l'emplacement de l'organisme qui a fait la constatation. Veuillez ne pas inclure de renseignements qui contreviennent à une interdiction de publication.

◯ Oui
◯ Non

Y a-t-il une procédure en cours contre vous concernant une allégation de faute, d'incompétence ou d'inaptitude professionnelle :

- *en Ontario dans le cadre d'une autre profession ou d'un autre emploi,*
- *ou dans toute autre province ou tout autre territoire en ce qui a trait à la prestation de services de soins de santé et de soutien ou de toute autre profession ou tout autre emploi ?*

Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants : la date de la procédure, la nature et la description de la procédure, ainsi que le nom et l'adresse de l'organisme qui a intenté la procédure contre vous. Veuillez ne pas inclure de renseignements qui contreviennent à une interdiction de publication.

*
- ◯ Oui
- ◯ Non

Vous a-t-on déjà refusé une inscription, un permis d'exercice ou un statut similaire par :

- *un organisme de réglementation en Ontario qui est responsable de la réglementation d'une autre profession ou d'un autre emploi ; ou*
- *par un organisme de réglementation d'un autre territoire qui est responsable de la réglementation de la prestation de services de soins de santé et de soutien ou par une autre profession ou un autre emploi ?*

Si oui, veuillez fournir les informations suivantes : date et raison du refus d'inscription ou d'un statut similaire, ainsi que le nom et l'emplacement de l'organisation concernée. Veuillez ne pas inclure de renseignements qui contreviennent à une interdiction de publication.

*
- ◯ Oui
- ◯ Non

Avez-vous déjà fait l'objet d'une révocation ou d'une suspension d'inscription, de permis d'exercice ou d'un statut similaire :

- *en Ontario dans le cadre d'une autre profession ou d'un autre emploi, ou*
- *dans tout autre territoire en ce qui a trait à la réglementation de la prestation de services de soins de santé et de soutien ou d'une autre profession ou d'un autre emploi.*

Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants : la date et la raison de la suspension ou de la révocation de l'inscription ou d'un statut similaire, ainsi que le nom et l'adresse de l'organisation concernée. Veuillez ne pas inclure de renseignements qui contreviennent à une interdiction de publication.

*
- ◯ Oui
- ◯ Non

Souffrez-vous actuellement d'une affection ou d'un trouble physique ou mental qui pourrait nuire à votre capacité de fournir des services de soins de santé et de soutien en toute sécurité ?

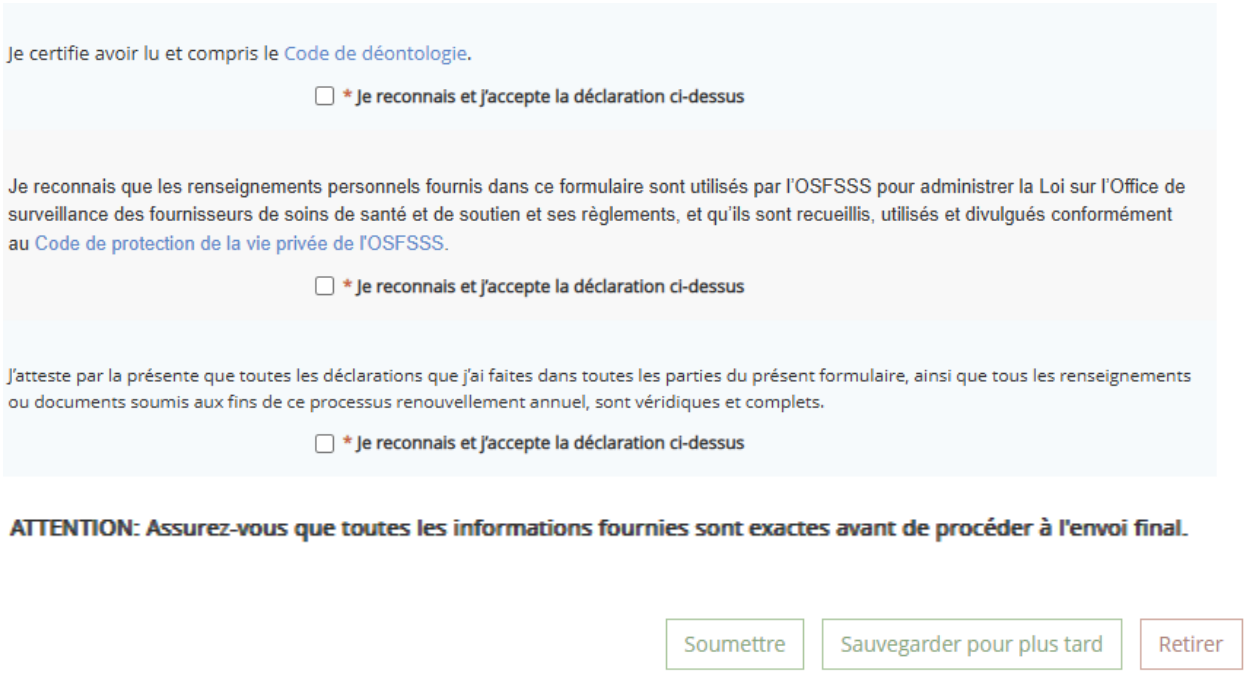
*
- ◯ Oui
- ◯ Non

Y a-t-il un événement, une circonstance, une condition ou une question non divulguée ci-dessus en ce qui concerne votre moralité, votre conduite, votre compétence ou votre capacité qui pourrait nuire à votre capacité à fournir des services de soins de santé et de soutien en toute sécurité, avec décence, intégrité et honnêteté, et conformément à la loi ?

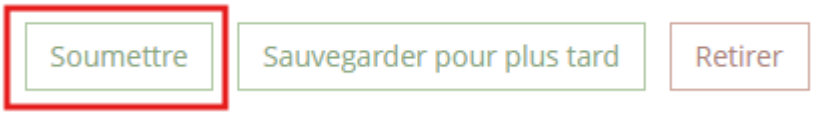
*
- ◯ Oui
- ◯ Non

DÉCLARATIONS

Confirmez que vous avez lu et compris le Code de déontologie et la Politique de confidentialité de l'OSFSSS, et que vous confirmez que toutes les informations soumises lors de votre renouvellement annuel sont vraies et exactes.



Une fois votre renouvellement annuel terminé, cliquez sur **Soumettre**



Si vous souhaitez sauvegarder l'information et revenir plus tard, sélectionnez **Sauvegarder pour plus tard** :

Vous pouvez revenir plus tard pour terminer votre renouvellement. Sélectionnez **Mettre à jour** comme indiqué ci-dessous pour terminer votre renouvellement.

Une fois votre renouvellement annuel terminé, vous verrez les éléments suivants affichés sur votre tableau de bord de membre inscrit de l'OSFSSS. La facture sera nulle puisqu'aucun droit n'est exigé pour renouveler votre inscription de PSSP auprès de l'OSFSSS.