

Trousse d'information et d'inscription à l'examen de qualification en soins aéromédicaux

2026
version 1.2

Direction de la réglementation et de la
responsabilisation des services de santé d'urgence
Ministère de la Santé

Avis à tous les usagers de cette publication :

Les renseignements dans cette norme ont été compilés avec soins et sont estimés être exacts à la date de publication.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec :

Direction de la réglementation et de la responsabilisation des services de santé d'urgence
Ministère de la Santé
5700, rue Yonge, 6^e étage
Toronto (Ontario) M2M 4K5
CertificationExams@ontario.ca

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario 2025

Contrôle des documents

Numéro de version (etat)	Date d'émission	Brève description du changement
1.0	Decembre 2020	dates pour 2021
1.0	Novembre 2021	dates pour 2022
1.0	Novembre 2022	dates pour 2023
1.0	Novembre 2023	dates pour 2024
1.1	Novembre 2024	dates pour 2025
1.2	Novembre 2025	dates pour 2026

Cette page est intentionnellement laissée vide.

Table des matières

Général.....	6
Remplir le formulaire de demande	6
Renseignements sur la séance.....	6
Calendrier et lieux des examens	6
Renseignements sur le candidat.....	7
Renseignements sur le programme de formation.....	7
Établissement de formation.....	7
Date d'achèvement du programme.....	7
Composante(s) de l'examen.....	7
Lieu.....	7
Considérations particulières.....	7
Conditions d'admissibilité.....	8
Signature	8
Politiques d'application	9
Admissibilité.....	9
Qualifications.....	9
Nombre de tentatives à l'examen.....	9
Temps écoulé depuis l'obtention du diplôme	9
Confirmation de l'inscription à l'examen.....	9
Demandes de retrait et de remboursement.....	11
Résultats des examens.....	11
Signalement des changements	11
Personne-ressource	12

Trousse d'information et d'inscription à l'examen de qualification en soins aéromédicaux

2026

version 1.2

Général

Veillez conserver cette trousse à des fins de référence. Toute question au sujet des renseignements contenus dans la présente trousse doit être adressée au gestionnaire, accréditation et des normes de soins aux patients (ANSP), à la Direction de la réglementation et de la responsabilisation des services de santé d'urgence (DRSSU).

Remplir le formulaire de demande

Les formulaires de demande doivent être remplis au complet, lisiblement à l'encre.

Renseignements sur la séance

Sur le formulaire de demande, cochez (✓) la séance d'examen de votre choix et notez les dates qui s'appliquent à votre séance.

Calendrier et lieux des examens

Séance	Date de l'examen	Dates limites pour les soumissions	Lieu de l'examen*
Hiver	4 mars 2026	9 janvier 2026	Kenora, Ottawa, Sudbury, Thunder Bay, Toronto
Été	8 juillet 2026	15 mai 2026	
Automne	4 novembre 2026	11 septembre	

Ces emplacements peuvent être utilisés en fonction du nombre de candidats.

Si vous êtes un nouveau candidat, cochez la case appropriée et passez à la section Renseignements sur le candidat.

Si vous êtes un candidat reprenant un examen, cochez la case appropriée, indiquez votre numéro de dossier aéromédicaux et votre numéro de certificat de préposé aux soins médicaux spécialisés d'urgence (PSMSU) aux endroits indiqués. Si indiqué, inscrivez l'année et le mois (p. ex., 2006/06) de chaque examen de qualification en soins aéromédicaux passé précédemment. Votre numéro de PSMSU se trouve sur votre certificat PSMSU/PSMU, en bas à gauche. N'incluez pas votre numéro d'identification SUS.

Les demandes reçues après la date limite ne seront pas acceptées.

Renseignements sur le candidat

Écrivez clairement en lettres moulées vos nom, adresse et numéro de téléphone aux endroits indiqués. Fournissez un autre numéro de téléphone, comme un numéro de cellulaire ou de travail, s'il y a lieu. Indiquez votre adresse électronique pour faciliter, au besoin, les communications au sujet de votre demande et des renseignements sur l'examen.

Veuillez noter que le nom qui apparaîtra sur votre correspondance et votre certificat sera exactement le même que celui que vous avez inscrit sur votre formulaire de demande [votre nom au complet, y compris vos deuxième prénom(s) et/ou initiale(s)].

Renseignements sur le programme de formation

Établissement de formation

Inscrivez en lettres moulées le nom de votre établissement de formation. Veuillez inclure le nom de votre campus s'il y a lieu.

Date d'achèvement du programme

Inscrivez la date à laquelle vous avez satisfait ou prévoyez satisfaire toutes les exigences de votre programme de formation en soins aéromédicaux.

Composante(s) de l'examen

Lieu

Veuillez indiquer vos premier et deuxième choix de lieu d'examen sur le formulaire de demande. Veuillez noter que les lieux d'examen utilisés dépendent du nombre de candidats qui s'inscrivent à cet endroit. Tous les efforts seront faits pour tenir compte de vos préférences, cependant, veuillez noter qu'il se peut que vous n'obteniez pas votre premier choix.

Considérations particulières

1. L'examen de qualification en soins aéromédicaux est disponible en anglais et, au besoin, en français. Veuillez indiquer si vous désirez une version française de l'examen en cochant la case sous cette section du formulaire de

- demande. Les candidats qui demandent une copie française de l'examen recevront également une copie anglaise.
2. Veuillez indiquer si vous avez des besoins particuliers en matière d'apprentissage en cochant la case sous cette section du formulaire de demande. Les candidats dont la demande est acceptée disposeront d'un espace semi-privé et auront jusqu'à 30 % de temps supplémentaires pour faire l'examen. La confirmation officielle des besoins particuliers en matière d'apprentissage du candidat doit être un document à jour provenant des services des besoins particuliers de son collège ou de son établissement de formation ou il peut s'agir d'une lettre d'un médecin spécialisé dans les troubles d'apprentissage. Pour que la demande soit prise en considération, le document doit accompagner le formulaire de demande des candidats. ANSP ne peut pas répondre aux demandes tardives pour des besoins particuliers en matière d'apprentissage.

Conditions d'admissibilité

1. Veuillez vous assurer que les frais d'inscription de 50 \$ à l'ordre du ministre des Finances par chèque certifié ou mandat bancaire sont joints au formulaire de demande dûment rempli. Les frais doivent être en dollars canadiens.

L'argent comptant ou les chèques personnels ne sont pas acceptés.

2. Une preuve de réussite d'un programme de formation approuvé en soins aéromédicaux est exigée des nouveaux diplômés et des candidats qui ont obtenu un nouveau diplôme du programme. Les candidats doivent s'assurer que leur collège ou établissement de formation a fourni à l'Unité de l'ANSP une lettre officielle sur papier à en-tête portant la date et la signature du coordonnateur du programme confirmant la réussite. L'Unité de l'ANSP doit recevoir la preuve de l'obtention du diplôme au plus tard deux semaines avant la date de l'examen.

L'exigence de fournir une preuve de réussite d'un programme de formation approuvé en soins aéromédicaux ne s'applique pas aux candidats qui respectent le nombre d'essais admissibles en vertu de la politique d'admissibilité.

Signature

Examinez votre formulaire de demande pour vous assurer que tous les champs requis ont été remplis et que tous les renseignements inscrits sont lisibles. Veuillez lire, signer et dater la demande. Les demandes doivent être soumises à l'Unité de l'ANSP avec une signature originale et à l'encre.

Politiques d'application

Admissibilité

L'admissibilité à l'examen de qualification en soins aéromédicaux est fondée sur les trois conditions suivantes :

Qualifications

Le candidat doit :

- détenir un certificat préposé aux soins médicaux spécialisés d'urgence (PSMSU); **et**
- avoir suivi avec succès un programme de formation approuvé en soins aéromédicaux offert en Ontario.

Nombre de tentatives à l'examen

L'admissibilité est limitée à un maximum de trois tentatives pour réussir l'examen. Les candidats qui n'ont pas réussi l'examen après trois tentatives devront obtenir un nouveau diplôme d'un programme de formation approuvé en soins aéromédicaux afin de renouveler leur admissibilité. Les candidats qui ont renouvelé leur admissibilité ont droit à trois autres tentatives à l'examen dans les 24 mois suivant le renouvellement de leur diplôme.

Temps écoulé depuis l'obtention du diplôme

L'admissibilité acquise soit en complétant un programme de formation approuvé en soins aéromédicaux est limitée à 24 mois. Les candidats qui n'ont pas réussi l'examen dans les 24 mois suivant l'obtention de leur diplôme devront obtenir un nouveau diplôme d'un programme de formation approuvé en soins aéromédicaux afin de renouveler leur admissibilité. Les candidats qui ont renouvelé leur admissibilité ont droit à trois autres tentatives à l'examen dans les 24 mois suivant le renouvellement de leur diplôme.

Confirmation de l'inscription à l'examen

Des lettres d'avis confirmant la date d'inscription, l'heure et le lieu de l'examen seront envoyées aux candidats une fois que l'Unité de l'ANSP aura confirmé l'admissibilité du candidat (c.-à-d. réception des frais d'inscription, preuve officielle de la réussite d'un programme de formation approuvé en soins aéromédicaux, etc.). Ces lettres seront envoyées aux candidats admissibles environ deux semaines avant la date de l'examen.

Si, à n'importe quel moment après votre inscription sur place, vous ne pouvez pas terminer l'examen, vous serez considéré comme retiré, ce qui comptera comme une première tentative.

Demandes de retrait et de remboursement

Si vous souhaitez retirer votre inscription, ou reporter votre examen, veuillez nous faire savoir. Vous pouvez obtenir un remboursement complet ou transférer votre inscription à la prochaine session, sans frais de pénalité.

Résultats des examens

Les candidats seront avisés par l'Unité de l'ANSP de leurs résultats d'examen au plus tard trois semaines après la date de l'examen.

Les candidats non retenus recevront de l'information sur la façon de s'inscrire au prochain examen ainsi qu'un rapport de rétroaction, accompagné de leurs résultats. Le rapport de rétroaction présente les types de questions à améliorer.

Veuillez ne pas appeler au bureau pour obtenir des résultats. Afin de traiter tous les candidats équitablement, les résultats d'examen ne seront pas communiqués par téléphone, en personne ou à des employeurs éventuels.

Signalement des changements

Les changements apportés aux renseignements sur le candidat (adresse, numéro de téléphone, changement de nom, etc.) **ne** seront **pas** pris par téléphone. Les candidats doivent écrire ou envoyer un courriel à l'Unité de l'ANSP et inclure ce qui suit :

1. Nom
2. Ancienne adresse/ancien nom
3. Nouvelle adresse/nouveau nom
4. Numéro de dossier aéromédicaux si connu (p. ex. 00-12345)
5. Signature

Personne-ressource

Pour de plus amples renseignements, communiquez avec :

Direction de la réglementation et de la responsabilisation des services de santé d'urgence
Ministère de la Santé
5700, rue Yonge, 6^e étage
Toronto (Ontario) M2M 4K5

Courriel : CertificationExams@ontario.ca

La Direction de la réglementation et de la responsabilisation des services de santé d'urgence est autorisée à recueillir les renseignements personnels contenus dans le présent formulaire, car ils sont nécessaires à la bonne administration d'une activité légalement autorisée, c'est-à-dire pour déterminer les qualifications du candidat aux fins de l'approbation de passer l'examen de qualification en soins aéromédicaux dans le cadre de la certification des ambulanciers naviguant. L'examen est autorisé en vertu de la partie III du Règlement de l'Ontario 257/00 pris en application de la Loi sur les ambulances. Pour obtenir d'autres renseignements, communiquez avec le gestionnaire, Normes de soins aux patients et de certification, Direction de la réglementation et de la responsabilisation des services de santé d'urgence, ministère de la Santé, 5700, rue Yonge, 6^e étage, Toronto (Ontario) M2M 4K5, CertificationExams@ontario.ca

- Le candidat est responsable de lire la trousse d'information ci-jointe et de s'y conformer.
- Toutes les exigences mentionnées doivent être satisfaites avant les dates limites établies afin d'assurer l'admissibilité à l'examen.
- Veuillez écrire en lettres moulées, lisiblement et à l'encre. Les champs marqués d'un astérisque (*) sont obligatoires.

Veuillez cocher (✓) la séance d'examen de votre choix et notez les dates qui s'y appliquent :

✓	Séance	Date de l'examen	Dates limites pour les soumissions	Lieux de l'examen
<input type="checkbox"/>	Hiver	4 mars 2026	9 janvier 2026	Kenora, Ottawa, Sudbury, Thunder Bay, Toronto
<input type="checkbox"/>	Été	8 juillet 2026	15 mai 2026	
<input type="checkbox"/>	Automne	4 novembre 2026	11 septembre 2026	

☐ Nouveau candidat ☐ Candidat faisant à nouveau la demande

Numéro de dossier aéromédicaux						Numéro de dossier PSMSU						Date(s) des examens précédents :					
0	0	-				0	0	-				aaaa	mm	aaaa	mm	aaaa	Mm

Renseignements sur la demande

Nom de famille*			Prénom*			Deuxième prénom																													
<table> <tr> <td colspan="3">Adresse</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>N° d'unité</td> <td colspan="2">Numéro de rue*</td> <td colspan="4">Nom de rue*</td> <td colspan="2">Boîte postale</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Ville*</td> <td colspan="2">Province*</td> <td>Code postal*</td> </tr> </table>									Adresse									N° d'unité	Numéro de rue*		Nom de rue*				Boîte postale		Ville*						Province*		Code postal*
Adresse																																			
N° d'unité	Numéro de rue*		Nom de rue*				Boîte postale																												
Ville*						Province*		Code postal*																											
Numéro de téléphone*			Autre numéro de téléphone			Courriel*																													
()			()																																

Renseignements sur le programme de formation

Nom du collège ou de l'établissement de formation*		Campus (le cas échéant)		Date d'achèvement du	
				aaaa mm	

Composante(s) de l'examen

Lieu*		Considérations particulières	
Premier choix*		<input type="checkbox"/> Examen de français obligatoire <input type="checkbox"/> Demande de mesures d'adaptation pour les besoins particuliers en matière d'apprentissage (les pièces justificatives doivent être jointes)	
Deuxième choix*			

Renseignements sur le programme de formation

<input type="checkbox"/> Chèque certifié ou mandat bancaire en dollars canadiens au montant de 50 \$*, à l'ordre du ministre des Finances		Le formulaire dûment rempli doit être envoyé par la poste à l'adresse suivante : Ministère de la Santé Direction de la réglementation et de la responsabilisation des services de santé d'urgence Normes de soins aux patients et de certification 5700, rue Yonge, 6 ^e étage Toronto (Ontario) M2M 4K5	
<input type="checkbox"/> Preuve de réussite d'un programme de formation approuvé en soins aéromédicaux. (Doit être envoyée directement de votre collège ou de votre établissement de formation, voir les Conditions d'admissibilité pour plus de détails)			

Signature

- A. J'atteste avoir lu la trousse de demande et j'accepte de me conformer aux règlements qui y sont décrits.
- B. J'atteste que les renseignements fournis dans ce formulaire sont, à ma connaissance, véridiques, exacts et complets.
- C. Par la présente, j'autorise la Direction de la réglementation et de la responsabilisation des services de santé d'urgence, le ministère de la Santé et mon établissement de formation à échanger des renseignements concernant le processus d'examen de qualification en soins aéromédicaux. L'information sera gardée confidentielle et est réservée à l'usage interne de l'établissement de formation.

Signature*	Date (yyyy/mm/dd)*

