



College of Respiratory  
Therapists of Ontario

Ordre des thérapeutes  
respiratoires de l'Ontario

## Guide de demande d'inscription

# Exigence de MAINTIEN DES COMPÉTENCES

Les candidats souhaitant rejoindre l'OTRO doivent répondre à certaines exigences, notamment en matière de **maintien des compétences**. Ils doivent répondre à au moins un des critères suivants :

- avoir obtenu leur diplôme (ou réussi l'évaluation) dans les **trois années** précédant la date de leur demande d'inscription;
- avoir exercé comme thérapeute respiratoire pendant au moins 1 125 heures dans les trois dernières années.

Il arrive à l'OTRO de recevoir des candidatures de personnes ayant cessé d'exercer leurs activités de thérapeute respiratoire pendant une période prolongée.

Pour des raisons d'intérêt public, il est essentiel pour les candidats de posséder des connaissances et compétences **à jour** afin de pratiquer la thérapie respiratoire de manière sécuritaire et compétente. Toute absence prolongée du métier peut entraîner une perte de compétences cliniques et un manque de connaissances à l'égard de l'évolution du secteur et des pratiques exemplaires. En raison des changements importants survenus dans le milieu de la thérapie respiratoire au cours des dernières années, les personnes qui n'ont pas d'expérience récente peuvent avoir besoin de supervision ou de formation supplémentaire afin de connaître et de comprendre les normes et pratiques actuelles et de pouvoir les appliquer. Dans certains cas, les candidats peuvent être amenés à s'inscrire à un programme de

formation sur la thérapie respiratoire pour renouveler leurs connaissances et leurs compétences.

### Processus d'examen

Les candidatures qui ne respectent pas les exigences en matière de maintien des compétences seront acheminées au Comité d'inscription aux fins d'examen. Un sous-comité du Comité d'inscription examine les demandes en quête de preuves que les connaissances et compétences des candidats sont à jour. Il revient au sous-comité de déterminer si l'approbation des demandes irait à l'encontre de l'intérêt du public, ou si un certificat d'inscription peut être émis sous réserve de certaines modalités, conditions ou restrictions.

Lors de l'examen des demandes d'inscription, le Comité prend en compte une multitude de facteurs, dont :

1. la période et la durée du dernier exercice;
2. la nature et l'intensité du dernier exercice;
3. la qualité et la quantité des efforts déployés par le candidat pour maintenir ses compétences;
4. le plan de réadmission du candidat;
5. les résultats de l'évaluation pour l'entrée en pratique.

Le présent guide a été rédigé afin d'aider les candidats à préparer leur demande d'inscription.

# GUIDE de préparation d'une demande au Comité d'inscription

À la suite de l'envoi de votre candidature, veuillez fournir les renseignements suivants à l'appui de votre demande.

## 1. PROFIL D'EMPLOI

Fournissez une description détaillée de votre dernier exercice, y compris les renseignements suivants :

### NOM DE L'EMPLOYEUR

SITUATION  
D'EMPLOI

TEMPS PLEIN     TEMPS PARTIEL     EXERCICE OCCASIONNEL

DATE DE DÉBUT (AAAA-MM-JJ) :

DATE DE FIN (AAAA-MM-JJ) :

MILIEU D'EXERCICE (p. ex. : milieu hospitalier)

DOMAINE (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Soins actifs   | <input type="checkbox"/> Prévention des infections  |
| <input type="checkbox"/> Administration / gestion   | <input type="checkbox"/> Soins palliatifs   |
| <input type="checkbox"/> Anesthésie   | <input type="checkbox"/> Transport de patients (p. ex. : voie terrestre ou aérienne)                        |
| <input type="checkbox"/> Prévention des maladies chroniques                                     | <input type="checkbox"/> Polysomnographie   |
| <input type="checkbox"/> Soins chroniques / soins de longue durée                               | <input type="checkbox"/> Soins primaires (p. ex. : équipes de santé familiale, clinique de soins d'urgence) |
| <input type="checkbox"/> Soins continus   | <input type="checkbox"/> Santé publique   |
| <input type="checkbox"/> Soins critiques  | <input type="checkbox"/> Test de la fonction pulmonaire / spirométrie                                       |
| <input type="checkbox"/> Diagnostic   | <input type="checkbox"/> Gestion de la qualité  |
| <input type="checkbox"/> Éducation (clinique)   | <input type="checkbox"/> Réadaptation   |
| <input type="checkbox"/> Éducation (didactique, postsecondaire)                                 | <input type="checkbox"/> Recherche  |
| <input type="checkbox"/> Éducation (destinée aux clients et aux patients)                       | <input type="checkbox"/> Simulation   |
| <input type="checkbox"/> Soins d'urgence  | <input type="checkbox"/> Ventes   |
| <input type="checkbox"/> Information sur la santé   | <input type="checkbox"/> Télémédecine   |
| <input type="checkbox"/> Soins à domicile / soins communautaires / clinique spécialisée en VPPC | <input type="checkbox"/> Parc d'appareils de ventilation  |
| <input type="checkbox"/> Oxygénothérapie hyperbare  | <input type="checkbox"/> Autre :  |

CATÉGORIE DE PATIENTS (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent) :

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tous les âges | <input type="checkbox"/> Patients néonataux | <input type="checkbox"/> Personnes âgées |
| <input type="checkbox"/> Adultes       | <input type="checkbox"/> Enfants            | <input type="checkbox"/> S.O.            |

Souhaitez-vous fournir au Comité d'inscription des renseignements supplémentaires sur votre dernier emploi?

---

---

---

---

2. **INTERRUPTION D'EXERCICE** Veuillez fournir une brève explication des raisons de l'interruption de votre exercice de la thérapie respiratoire (p. ex. : travaillez-vous dans un autre secteur?).

De	À	Raison(s)
<i>Ex. : Mai 2021</i>	<i>Mai 2024</i>	<i>Emploi de représentant commercial pour la société ABC</i>

3. **MISE À JOUR DES CONNAISSANCES / RENOUELEMENT DE LA FORMATION**

Avez-vous fait des démarches en vue d'une remise à niveau de vos connaissances ou d'une nouvelle formation? Si c'est le cas, veuillez fournir une liste des activités que vous avez entreprises pour maintenir vos connaissances et compétences durant l'interruption de votre exercice en tant que thérapeute respiratoire ou pour préparer la reprise de celui-ci.

Nom du cours ou certificat	Détails	Date de fin

4. **EMPLOI FUTUR (EN THÉRAPIE RESPIRATOIRE)** Avez-vous reçu une offre d'emploi? (Si oui, veuillez fournir les détails ci-dessous.)

**NOM DE L'EMPLOYEUR**

**TITRE DE POSTE**

**SITUATION D'EMPLOI**

TEMPS PLEIN     TEMPS PARTIEL     EXERCICE OCCASIONNEL

**DATE D'ENTRÉE EN FONCTION PRÉVUE**

**DOMAINE** (Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.)

<input type="checkbox"/> Soins actifs	<input type="checkbox"/> Prévention des infections
<input type="checkbox"/> Administration / gestion	<input type="checkbox"/> Soins palliatifs
<input type="checkbox"/> Anesthésie	<input type="checkbox"/> Transport de patients (p. ex. : voie terrestre ou aérienne)
<input type="checkbox"/> Prévention des maladies chroniques	<input type="checkbox"/> Polysomnographie
<input type="checkbox"/> Soins chroniques / soins de longue durée	<input type="checkbox"/> Soins primaires (p. ex. : équipes de santé familiale, clinique de soins d'urgence)
<input type="checkbox"/> Soins continus	<input type="checkbox"/> Santé publique
<input type="checkbox"/> Soins critiques	<input type="checkbox"/> Test de la fonction pulmonaire / spirométrie
<input type="checkbox"/> Diagnostic	<input type="checkbox"/> Gestion de la qualité
<input type="checkbox"/> Éducation (clinique)	<input type="checkbox"/> Réadaptation
<input type="checkbox"/> Éducation (didactique, postsecondaire)	<input type="checkbox"/> Recherche
<input type="checkbox"/> Éducation (destinée aux clients et aux patients)	<input type="checkbox"/> Simulation
<input type="checkbox"/> Soins d'urgence	<input type="checkbox"/> Ventes

---

 Information sur la santé Télémédecine

---

 Soins à domicile / soins communautaires / clinique spécialisée en VPPC Parc d'appareils de ventilation

---

 Oxygénothérapie hyperbare Autre :

---

Souhaitez-vous fournir au Comité d'inscription des renseignements supplémentaires sur votre prochain emploi?

---

---

---

---

## 5. RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Souhaitez-vous soumettre toute autre information au Comité d'inscription pour appuyer votre demande? Si oui, veuillez le faire ci-dessous. *Si vous manquez d'espace, veuillez rédiger votre réponse sur une autre feuille de papier.*

---

---

---

---

## 6. DOCUMENTATION JUSTIFICATIVE

Veuillez joindre tout document que vous souhaitez que le Comité d'inscription prenne en considération pour étayer votre candidature. Par exemple :

- Lettres de recommandation;
- Lettres de soutien et promesse de votre futur employeur confirmant qu'un plan de mise à niveau ou de formation (comprenant supervision et évaluation) a été établi;
- Copies de la ou des listes de contrôle des compétences cliniques et du ou des modules d'apprentissage qui seront utilisés dans le cadre de la remise à niveau ou de la formation;
- Certificats de réussite des cours de remise à niveau ou des formations continues que vous avez suivis.

## 7. ENVOI DE RENSEIGNEMENTS À L'APPUI DE VOTRE DEMANDE D'INSCRIPTION

**Les candidats ont 30 jours pour soumettre des renseignements supplémentaires au Comité d'inscription. Si vous avez besoin de plus de temps pour le faire, merci de communiquer avec l'OTRO.**

**COURRIER : OTRO, 90, rue Adelaide Ouest, bureau 300, Toronto (Ontario) M5H 3V9**

**TÉLÉCOPIEUR : 416 591-7890      COURRIEL : [registrationservices@crto.on.ca](mailto:registrationservices@crto.on.ca)**

**TÉLÉPHONE : 416 591-7800, poste 25, ou 1 800 261-0528 (sans frais)**

**SITE WEB : [www.crto.on.ca](http://www.crto.on.ca)**