



College of Respiratory  
Therapists of Ontario

Ordre des thérapeutes  
respiratoires de l'Ontario

## Demande d'inscription

# Exigence d'EXPÉRIENCE PRATIQUE de DEUX ANS

Les candidats de l'OTRO doivent respecter différentes exigences d'inscription, dont l'exigence d'**expérience pratique de deux ans**. Pour ce faire, les candidats doivent :

- avoir **obtenu leur diplôme** dans les **deux années** qui précèdent immédiatement leur demande d'inscription; ou
- avoir exercé la thérapie respiratoire au cours de ces **deux années**.

De temps en temps, l'OTRO reçoit des demandes d'inscription de candidats qui n'ont pas exercé la profession de thérapeute respiratoire depuis une longue période.

Du point de vue de l'intérêt public, il est essentiel que les candidats à l'inscription possèdent les connaissances et compétences **à jour** qui sont nécessaires à un exercice sûr et compétent de la profession. L'absence de la profession pendant une période prolongée peut entraîner une perte des compétences cliniques en plus de réduire l'exposition aux nouveaux développements et à l'évolution des compétences exemplaires. En raison des changements importants dans le secteur de la thérapie respiratoire qui sont survenus ces dernières années, les personnes qui ne possèdent pas d'expérience récente pourraient nécessiter de la supervision et une formation supplémentaire. Cela a pour but de s'assurer que le candidat connaît les normes et méthodes à jour, qu'il les comprend et peut en faire la preuve. Dans certains cas, le candidat peut être tenu de s'inscrire à un programme de thérapie respiratoire à temps plein pour remettre à jour ses connaissances et compétences en thérapie respiratoire.

Certains candidats peuvent être tenus d'effectuer l'évaluation des compétences d'entrée dans la profession de l'OTRO. Ce processus est basé sur les compétences figurant dans le Profil national des compétences (PNC) et comprend une entrevue structurée ainsi qu'une évaluation des compétences cliniques.

### Processus d'examen

Les candidats qui ne répondent pas aux exigences de compétences à jour sont acheminés à un sous-comité du Comité d'inscription aux fins d'examen. Le sous-comité examine ces demandes et s'attache à établir si les connaissances et compétences du candidat sont à jour. Le sous-comité décide ensuite si l'approbation de la demande est dans l'intérêt public ou si le certificat d'inscription devrait être assorti de modalités ou restrictions.

Lors de l'examen d'une demande d'inscription, le sous-comité tient compte de différents facteurs, comme :

1. Période depuis la dernière expérience de travail;
2. Nature et intensité de la dernière expérience pratique;
3. Qualité et quantité des efforts déployés pour satisfaire à l'exigence relative à l'expérience pratique lorsque le candidat n'exerce pas sa profession;
4. Plan de réintégration dans la profession du candidat; et
5. Résultats de l'évaluation de l'entrée dans la profession.

Le guide qui suit a été élaboré afin d'aider les candidats relativement à leur présentation d'une demande d'inscription.



College of Respiratory  
Therapists of Ontario

Ordre des thérapeutes  
respiratoires de l'Ontario

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

En guise de suivi de votre demande, veuillez fournir les renseignements suivants à l'appui de votre demande d'inscription.

PRÉNOM

NOM DE FAMILLE

NO D'INSCRIPTION

## 1. PROFIL D'EMPLOI

Fournissez une description détaillée de votre dernier travail, dont :

### NOM DE L'EMPLOYEUR

SITUATION PROFESSIONNELLE  TEMPS PLEIN  TEMPS PARTIEL  OCCASIONNEL

DATE DE DÉBUT (MM/JJ/AAAA):

DATE DE FIN (MM/JJ/AAAA):

CADRE DE TRAVAIL (p. ex., hôpital)

DOMAINES D'EXERCICE (cochez toutes les réponses appropriées)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Soins intensifs                      | <input type="checkbox"/> Lutte contre les infections                 |
| <input type="checkbox"/> Administration / Gestion             | <input type="checkbox"/> Soins palliatifs                            |
| <input type="checkbox"/> Anesthésie / Salle d'opération       | <input type="checkbox"/> Éducation de patients / clients             |
| <input type="checkbox"/> Prévention des maladies chroniques   | <input type="checkbox"/> Transport de patients (aérien ou terrestre) |
| <input type="checkbox"/> Soins chroniques / de longue durée   | <input type="checkbox"/> Polysomnographie                            |
| <input type="checkbox"/> Soins primaires complets (e.g., FHT) | <input type="checkbox"/> Santé publique                              |
| <input type="checkbox"/> Consultation                         | <input type="checkbox"/> Exploration fonctionnelle respiratoire      |
| <input type="checkbox"/> Soins continus                       | <input type="checkbox"/> Gestion de la qualité                       |
| <input type="checkbox"/> Soins intensifs                      | <input type="checkbox"/> Réadaptation                                |
| <input type="checkbox"/> Diagnostics                          | <input type="checkbox"/> Recherche                                   |
| <input type="checkbox"/> Éducation (post-secondaire)          | <input type="checkbox"/> Parc d'appareils de ventilation             |
| <input type="checkbox"/> Urgences                             | <input type="checkbox"/> Ventes                                      |
| <input type="checkbox"/> Soins à domicile                     | <input type="checkbox"/> Autre:                                      |

CATÉGORIE DE PATIENTS (cochez toutes les réponses appropriées):

- |  |                                       |  |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Tous les âges | <input type="checkbox"/> Néonataux    | <input type="checkbox"/> Personnes âgées |
| <input type="checkbox"/> Adultes       | <input type="checkbox"/> Pédiatriques | <input type="checkbox"/> S. o.           |

Existe-t-il d'autres renseignements concernant votre dernier emploi dont le Comité d'inscription devrait tenir compte?

---

---

---

**2. ABSENCE DE L'EXERCICE DE LA THÉRAPIE RESPIRATOIRE** Veuillez fournir une brève explication ou raison de votre absence de l'exercice de la thérapie respiratoire (p. ex., travailliez-vous dans un autre domaine?).

De	À	Raison(s)
Mai 2007	Mai 2014	A travaillé en tant que représentant des ventes pour Entreprise ABC

**3. FORMATION PLUS POUSSÉE / PERFECTIONNEMENT** Avez-vous entreprise des démarches afin de suivre une formation plus poussée ou du perfectionnement? Si oui, veuillez énumérer les activités entreprises pour maintenir vos compétences alors que vous n'exerciez pas la profession ou pour vous préparer en vue de votre retour dans la profession.

Nom du cours / certificat	Détails	Date de fin

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

**NOM DE L'EMPLOYEUR**

---

**TITRE DU POSTE**

---

**SITUATION PROFESSIONNELLE**     TEMPS PLEIN     TEMPS PARTIEL     OCCASIONNEL

---

**DATE DE DÉBUT PROVISoire**

---

**DOMAINE D'EXERCICE** (cochez toutes les réponses appropriées)

<input type="checkbox"/> Soins intensifs	<input type="checkbox"/> Lutte contre les infections
<input type="checkbox"/> Administration / Gestion	<input type="checkbox"/> Soins palliatifs
<input type="checkbox"/> Anesthésie / Salle d'opération	<input type="checkbox"/> Éducation de patients / clients
<input type="checkbox"/> Prévention des maladies chroniques	<input type="checkbox"/> Transport de patients (aérien ou terrestre)
<input type="checkbox"/> Soins chroniques / de longue durée	<input type="checkbox"/> Polysomnographie
<input type="checkbox"/> Soins primaires complets (p. ex., équipe de santé familiale)	<input type="checkbox"/> Santé publique
<input type="checkbox"/> Consultation	<input type="checkbox"/> Exploration fonctionnelle respiratoire
<input type="checkbox"/> Soins continus	<input type="checkbox"/> Gestion de la qualité
<input type="checkbox"/> Soins intensifs	<input type="checkbox"/> Réadaptation
<input type="checkbox"/> Diagnostics	<input type="checkbox"/> Recherche
<input type="checkbox"/> Éducation (post-secondaire)	<input type="checkbox"/> Parc d'appareils de ventilation
<input type="checkbox"/> Urgences	<input type="checkbox"/> Ventes
<input type="checkbox"/> Soins à domicile	<input type="checkbox"/> Autre:

Existe-t-il d'autres renseignements concernant votre emploi futur dont le Comité d'inscription devrait tenir compte?

---

---

---

---

---

---

---

## 5. RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Existe-t-il d'autres renseignements dont le Comité d'inscription devrait tenir compte dans l'examen de votre demande? Si oui, fournissez les détails cio-dessous.

---

---

---

---

---

---

---

**SIGNATURE:** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_

## 6. DOCUMENTATION À L'APPUI

Veillez joindre tout document dont devrait tenir compte le Comité d'inscription, à l'appui de votre demande. Par exemple :

- Lettres de référence;
- Lettres d'appui et d'engagement de votre employeur futur confirmant qu'un plan de perfectionnement ou de formation a été établi, comprenant le perfectionnement requis, la supervision et l'évaluation;
- Copies des listes de contrôle des compétences cliniques et (ou) du programme d'apprentissage qui servira au perfectionnement ou à la formation;
- Certificats des cours de perfectionnement ou de formation effectués.

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

candidats ont un délai de 30 jours pour envoyer les renseignements supplémentaires au Comité d'inscription. Si vous avez besoin de plus de temps, communiquez avec l'OTRO.

POSTE : OTRO, 180, rue Dundas O. Bureau 2103 Toronto (Ontario) M5G 1Z8; TÉLÉCOPIEUR : 416-591-7890

COURRIEL : [walsh@crto.on.ca](mailto:walsh@crto.on.ca)

QUESTIONS : tél. : 416 591-7800, poste 25 ou sans frais 1 800 261-0528, courriel : [walsh@crto.on.ca](mailto:walsh@crto.on.ca) Site web [www.crto.on.ca](http://www.crto.on.ca)