

ERGOTHÉRAPIE

Sarah Newell

Ergothérapie



INTRODUCTION

Les ergothérapeutes sont des professionnels de la santé qui aident les gens à participer aux activités quotidiennes qui sont importantes pour eux et nécessaires au maintien de leur santé et de leur bien-être (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2017a). Le préfixe « ergo » couvre bien plus que le travail. Il comprend également des activités telles que les soins personnels, la productivité et les loisirs (ACE, 2013); essentiellement, les activités nécessaires pour mener une vie satisfaisante, motivante et productive.

En tant que professionnels de la santé, les ergothérapeutes répondent aux questions liées à la capacité des gens à s'adonner à des activités quotidiennes, à la fois au sein du système de soins de santé et dans d'autres milieux sociaux tels que l'école et le travail. Ils travaillent souvent auprès de clients qui font face à des difficultés dans leur profession à cause d'un accident, de l'invalidité,

de maladie, problèmes de affectifs ou développementaux, ou de changements liés au processus normal de vieillissement (ACE, 2017b; Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario, 2006). Les ergothérapeutes font également la promotion de la santé et préviennent les blessures (ACE, 2017b, 1997; Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2006).

Les ergothérapeutes visent à responsabiliser leurs clients grâce à la collaboration et à des approches de soins centrées sur le client. L'ergothérapie adopte une vision holistique de la capacité d'une personne à participer à des activités quotidiennes, en centrant les interactions entre leurs capacités physiques, cognitives, émotionnelles et spirituelles et leurs milieux de vie, de travail et de détente.

HISTOIRE DE LA PROFESSION

L'idée selon laquelle le travail peut « favoriser ou restaurer la santé » (Friedland, 2011) est reconnue depuis l'époque de l'Égypte ancienne. Des efforts plus récents visant à améliorer le comportement humain par l'entremise du travail sont guidés par la philosophie des Lumières et les croyances protestantes, conduisant au mouvement de traitement moral des 18^e et 19^e siècles (Ikiugu, 2007). Les directeurs des établissements de santé mentale remarquent que les patients occupés à des activités de type professionnel ont de meilleurs résultats et sont plus faciles à gérer (Friedland, 2011). Les patients en mesure de le faire travaillent dans les hôpitaux et sur le terrain, alors que d'autres sont affectés à des activités artisanales. Bien que l'importance d'offrir aux patients la possibilité de développer un sentiment d'accomplissement résultant de leurs activités professionnelles est reconnue, aucune formation formelle n'est offerte à ceux qui supervisent ces activités durant cette période (Friedland, 2011).

Pendant la Première Guerre mondiale, le ministère du Rétablissement civil des soldats crée des cours d'urgence à l'intention des aides d'unité, également appelés aides au travail, à Toronto et à Montréal. Les aides d'unités travaillent dans des hôpitaux militaires et des maisons de convalescence pour aider à soigner les soldats blessés (Friedland et al., 2001). Le premier programme d'enseignement formel pour les aides au travail est établi en 1918 à l'Université de Toronto. Ce programme de six semaines est ensuite prolongé à trois mois et se poursuit jusqu'en 1919.

Après la guerre, le rôle des aides d'unité est élargi pour inclure le travail dans les hôpitaux psychiatriques, les sanatoriums antituberculeux, les ateliers communautaires et les hôpitaux généraux (Friedland, 2011).

LA FONDATION D'ASSOCIATIONS D'ERGOTHÉRAPIE

Les premiers organismes d'ergothérapie au Canada sont la Canadian Society of Occupational Therapists of Manitoba (CSOTM) et l'Ontario Society of Occupational Therapists (OSOT), toutes deux formées en 1920 (Friedland et al., 2001). Les objectifs de l'OSOT sont l'étude des métiers adaptés à différents types de handicaps, l'avancement de la profession et la diffusion des connaissances du domaine. Pour atteindre ces objectifs, elle recrute des personnes influentes, comme le président et le doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Toronto, au sein de son conseil consultatif. Pour cette raison, l'OSOT réussit à établir un cours d'ergothérapie de deux ans à l'Université de Toronto en 1926 (Friedland et coll., 2001). En même temps, la CSOTM est dissoute en raison du faible soutien de ses membres (Friedland et al., 2001).

En 1926, l'Association canadienne d'ergothérapie (ACE) est créée et devient affiliée à l'OSOT, à la Société québécoise des ergothérapeutes et à la Toronto Association of Occupational Therapists. La *Revue canadienne d'ergothérapie* débute en 1933. En 1935, le programme de l'Université de Toronto est l'un des cinq programmes d'ergothérapie reconnus par l'American Medical Association, les quatre autres programmes étant tous situés aux États-Unis (Friedland, 2006).

RECONNAISSANCE INTERNATIONALE ET CROISSANCE DE LA PROFESSION

Lorsque la Deuxième Guerre mondiale éclate en 1939, l'ACE offre d'envoyer à l'étranger quelques-uns de ses quelque 1000 membres pour soigner les soldats blessés (Friedland et al., 2001). À cette époque, le domaine de l'ergothérapie n'est pas bien développé en Grande-Bretagne, menant à une pénurie d'ergothérapeute servant aux efforts de guerre. Les autorités britanniques ont beaucoup de respect pour les ergothérapeutes formés au Canada et demandent aux ergothérapeutes canadiens de servir au sein de la Croix-Rouge britannique. Cependant, ce n'est qu'en 1943 que le gouvernement du Canada accorde la permission aux ergothérapeutes

de servir outre-mer dans le Corps de santé royal canadien comme division du Nursing Corps (Cockburn, 2001). Une fois cette autorisation accordée, l'ACE préconise de n'autoriser que les ergothérapeutes pleinement formés à travailler dans l'armée, exigeant même que les ergothérapeutes ayant suivi des cours de courte durée en 1918-1919 et servi pendant la Première Guerre mondiale suivent une formation supplémentaire. Pour satisfaire aux normes de formation requises, l'ACE s'associe à la Croix-Rouge canadienne (Cockburn, 2001). Les ergothérapeutes canadiens ayant travaillé à l'étranger aident à créer des programmes et des départements d'ergothérapie en Grande-Bretagne. À la fin de la Deuxième Guerre mondiale, 47 ergothérapeutes canadiens avaient servi outre-mer (Cockburn, 2001).

En 1946, reconnaissant que l'ergothérapie nécessite des recherches pour soutenir et promouvoir sa participation continue aux soins de santé, l'Université de Toronto prolonge son programme, le portant à trois ans (Friedland, 2011). Après la guerre, l'ACE plaide en faveur de l'expansion du programme de l'Université de Toronto à d'autres endroits, y compris au Québec et dans les provinces de l'Ouest (Cockburn, 2001). En 1950, les programmes d'ergothérapie sont combinés à la physiothérapie. Dans les années 1970, l'accent est de plus en plus mis sur la pratique fondée sur des données probantes, de sorte que l'ergothérapie est séparée de la physiothérapie, à l'exception de l'Université de la Colombie-Britannique, qui maintient les deux disciplines soudées jusqu'en 1983.

ÉDUCATION ET FORMATION

Les compétences de base des ergothérapeutes comprennent :

- l'expertise à faciliter le travail;
- la communication et la collaboration;
- la gestion de cabinet;
- le soutien à la formation sur le terrain; et
- la capacité de servir de défenseur et d'agent de changement auprès des clients.

On s'attend également à ce que les ergothérapeutes prennent part à l'apprentissage continu afin de maintenir leur niveau de formation et de compétences et de contribuer de façon éthique à leur profession (Association canadienne des organismes de réglementation en ergothérapie [ACORE], 2011).

MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE

En 1987, l'Université de l'Alberta devient la première université canadienne à offrir un programme de maîtrise en ergothérapie (OSOT, 2013). Durant les années 1990, le pourcentage d'ergothérapeutes titulaires d'une maîtrise passe de 5 % à 17 %; le nombre de doctorats connaît une augmentation plus modérée, passant de 0,03 % à 1,7 % (Green, Lertvilai et Bribriesco, 2001). Depuis 2008, tous les programmes d'ergothérapie agréés au Canada doivent mener à une maîtrise. En 2017, 13 programmes de maîtrise en ergothérapie étaient offerts au Canada. Ces programmes sont offerts à l'Université de la Colombie-Britannique, à l'Université de l'Alberta, à l'Université de la Saskatchewan, à l'Université du Manitoba, à la Western University, à l'Université McMaster, à l'Université de Toronto, à l'Université Queen's, à l'Université d'Ottawa, à l'Université McGill, à l'Université de Sherbrooke, à l'Université du Québec à Chicoutimi et à l'Université Dalhousie.

Le fait d'exiger des diplômes de maîtrise pour les ergothérapeutes est le résultat de changements dans la pratique au fil des ans, comme la réduction des services d'ergothérapie (Green et coll., 2001). Ce changement exige que les ergothérapeutes soient plus indépendants et prennent des décisions dans leur pratique fondées sur des données probantes sans le soutien de praticiens plus expérimentés dans le même département. Les changements sont en grande partie attribuables aux nouveaux mécanismes de financement des services de santé, de l'éducation, du profil démographique des clients, de l'augmentation des cabinets privés et de l'autoréglementation des ergothérapeutes. Par conséquent, les programmes d'ergothérapie de premier cycle menant au premier échelon sont en grande partie éliminés graduellement dans les universités canadiennes. Toutefois, deux universités québécoises offrent encore des programmes continus qui combinent des programmes de premier cycle en ergothérapie et des programmes de maîtrise en un seul programme de cinq ans : l'Université de Montréal et l'Université Laval (ACE, 2010).

TABLEAU 1 : Diplômés en ergothérapie, selon l'année d'obtention du diplôme et l'établissement, Canada, 2007–2016

École	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Alberta	92	83	84	104	98	91	100	45*	29	34
Colombie-Britannique	39	50	49	53	45	46	46	34	44	44
Dalhousie	46	54	50	53	51	56	56	33	52	46
Laval	65	60	43	—	62	40	52	44	52	68
Manitoba	41	51	53	49	44	46	49	44	40	43
McGill	46	52	58	28*	59	55	65	47	63	63
McMaster	52	54	60	61	58	—	—	54	61	57
Montréal	89	98	93	—	101	82	99	96	90	105
Ottawa	38	29	54	26	28	36	36	34	33	33
Queen's	51	43	71	63	64	66	65	50	75	67
Sherbrooke	—	—	—	—	20	30	41	33	42	44
Toronto	85	77	83	81	77	85	82	64	67	95
Trois-Rivières	—	—	—	—	—	31	31	34	26	30
Western	48	50	46	56	49	53	54	48	40	44
Total	692	701	744	574	756	717	776	660	714	773

* Représente la première cohorte de la nouvelle maîtrise professionnelle, après quoi les diplômés sont admissibles à demander un permis d'exercice.

— Les données ne sont pas applicables ou n'existent pas.

Source : ICIS, Ergothérapeutes, tableaux de données 2016

DEVENIR ERGOTHÉRAPEUTE AGRÉÉ

Pour devenir ergothérapeutes agréés au Canada, les étudiants doivent :

- obtenir leur diplôme d'une université canadienne; et
- obtenir leur diplôme d'un programme d'ergothérapie accrédité par la Fédération mondiale des ergothérapeutes.

En plus des cours, les étudiants doivent effectuer 1000 heures de stage clinique pour obtenir la certification. Les personnes qui obtiennent leur diplôme plus de 18 mois avant de devenir candidat à la certification doivent avoir exercé l'ergothérapie 750 heures au cours des trois dernières années ou 1550 heures au cours des cinq dernières années. Dans toutes les provinces à l'exception du Québec, les candidats doivent réussir l'Examen national d'attestation en ergothérapie (ENAE) avant de pouvoir exercer la profession d'ergothérapeute (ACE, 2017c).

Le tableau 1 montre la répartition des diplômés en ergothérapie entre 2007 et 2016 dans chaque université au Canada au niveau du premier cycle et de la maîtrise.

EXIGENCES D'ENTRÉE DES PROGRAMMES DE MAÎTRISE

Les exigences d'entrée des programmes de maîtrise en ergothérapie varient selon les universités, mais la plupart des programmes

exigent au moins un baccalauréat de quatre ans en lien avec l'ergothérapie avec une moyenne de B au minimum. Étant donné que le processus de demande d'admission est extrêmement compétitif, la moyenne réelle des nouveaux étudiants est beaucoup plus élevée (OSOT,

communication personnelle, 10 juillet 2015). Alors qu'aucun programme spécifique n'est prérequis à l'admission, certains cours sont prérequis dans de nombreux programmes et on recommande d'avoir une formation en anatomie, en psychologie, en physiologie ou

dans un sujet similaire. Quelques universités interrogent les candidats pour déterminer lesquels correspondent le mieux au programme. D'autres programmes s'appuient sur des déclarations personnelles, des curriculum vitae, des références et plusieurs mini-entrevues pour évaluer l'adéquation.

ÉVALUATION ET CERTIFICATION DES ERGOTHÉRAPEUTES FORMÉS À L'ÉTRANGER

Depuis mai 2015, les ergothérapeutes formés à l'étranger doivent être évalués par le Système d'évaluation de l'équivalence substantielle et réussir l'ENAE (ACORE, 2011). Ce processus permet de s'assurer que les ergothérapeutes formés à l'étranger respectent les mêmes normes que les diplômés canadiens. Les ergothérapeutes formés à l'étranger qui se voient offrir des postes avant de terminer ce processus peuvent demander une inscription provisoire qui leur permet d'exercer la profession jusqu'à la prochaine date d'ENAE possible (ACORE, 2011). Après avoir réussi l'examen, les ergothérapeutes formés à l'étranger sont autorisés à s'inscrire auprès d'un organisme de réglementation provincial et à commencer à exercer la profession dans cette province (ICIS, 2006). Le tableau 2 montre les pays d'origine des ergothérapeutes au Canada formés à l'étranger.

TABLEAU 2 : Nombre d'ergothérapeutes par pays d'obtention du diplôme (international), Canada, 2016

Pays d'obtention du diplôme	Nombre
États-Unis	265
Grande-Bretagne	218
Indonésie	140
Philippines	108
Australie	104
Afrique du Sud	60
Hong Kong	51
Iran	27
Nouvelle-Zélande	22
Irlande	20
Autres	137
Total	1152

Source : ICIS, Ergothérapeutes, tableaux de données 2016

Depuis 2017, l'Université McMaster offre aux ergothérapeutes formés à l'étranger un programme de préparation à l'examen d'ergothérapie et à l'exercice de la profession par le biais du programme de certificat OTepp. L'ACE offre également plusieurs outils préparatoires, dont l'examen de pratique en ergothérapie, le manuel d'examen de pratique en ergothérapie et le module d'examen en ergothérapie (voir <https://caot.in1touch.org/site/notce/totem?nav=sidebar> pour plus d'informations). L'ACE demande actuellement plus de financement au gouvernement canadien pour soutenir ces programmes et projets de transition (ACE, 2011).

PROFIL DÉMOGRAPHIQUE

Les premiers ergothérapeutes étaient principalement des femmes qui exerçaient la profession dans les hôpitaux militaires où se trouvaient leurs clients. Les femmes praticiennes continuent de dominer la profession : 92 % des ergothérapeutes au Canada sont des femmes (ICIS, 2012). Le tableau 3 montre la répartition provinciale/territoriale des ergothérapeutes selon le genre. Le tableau 4 montre la répartition provinciale/territoriale des ergothérapeutes au Canada de 2007 à 2016. La majorité des ergothérapeutes exercent la profession en Ontario, au Québec et en Colombie-Britannique.

TABLEAU 3 : Proportion de femmes ergothérapeutes par province et territoire, 2016

Province/Territoire	Nombre	Femmes (%)
Colombie-Britannique	1954	88,3
Alberta	1870	90,3
Saskatchewan	299	87,9
Manitoba	541	92,0
Ontario	5189	92,4
Québec	4593	92,2
Nouveau-Brunswick	332	93,0
Nouvelle-Écosse	468	90,7
Île-du-Prince-Édouard	56	90,3
Terre-Neuve-et-Labrador	187	89,9
Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut	38	89,2
Canada	17 034	91,4

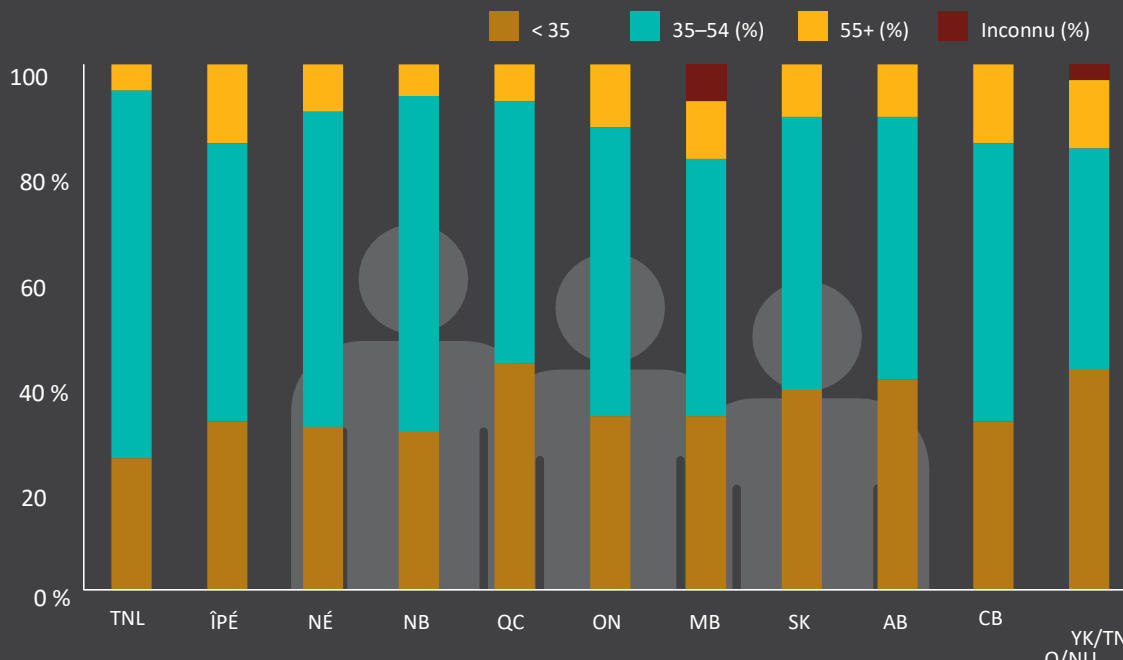
Source : ICIS, Ergothérapeutes, tableaux de données 2016

TABLEAU 4 : Nombre d'ergothérapeutes par province et territoire, 2007–2016

Province/Territoire	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Colombie-Britannique	1526	1525	1654	1714	1800	1874	1950	2025	2112	2213
Alberta	1462	1485	1546	1569	1655	1762	1835	1947	2036	2072
Saskatchewan	214	249	264	287	309	321	330	341	334	340
Manitoba	468	496	513	536	556	574	600	635	646	632
Ontario	4180	4298	4456	4632	4780	4908	5097	5226	5457	5616
Québec	3789	3945	4109	3790	3961	3953	4545	4711	4826	4980
Nouveau-Brunswick	272	298	313	328	318	323	331	329	344	357
Nouvelle-Écosse	339	371	397	413	439	445	471	481	495	516
Île-du-Prince-Édouard	39	42	44	45	46	49	50	51	58	62
Terre-Neuve-et-Labrador	145	153	154	163	173	183	185	192	205	208
Yukon, Territoires du Nord-Ouest	20	24	30	32	28	30	34	39	39	38
Canada	12 454	12 886	13 480	13 509	14 065	14 422	15 428	15 977	16 552	17 034

Source : ICIS, Ergothérapeutes, tableaux de données 2016

Figure 1 : Nombre d'ergothérapeutes par pourcentage par groupe d'âge et par



Source : ICIS, Ergothérapeutes, tableaux de

La figure 1 présente la répartition des ergothérapeutes selon l'âge dans chaque province ou territoire.

En 2019, on comptait 18 906 ergothérapeutes au Canada, une augmentation de 3,6 % par rapport à 2018 (ICIS 2020). Cette augmentation se reflète également dans le taux par population qui était de 51 pour 100 000 Canadiens en 2019, en hausse par rapport à 49,3 en 2018 (ICIS 2020).

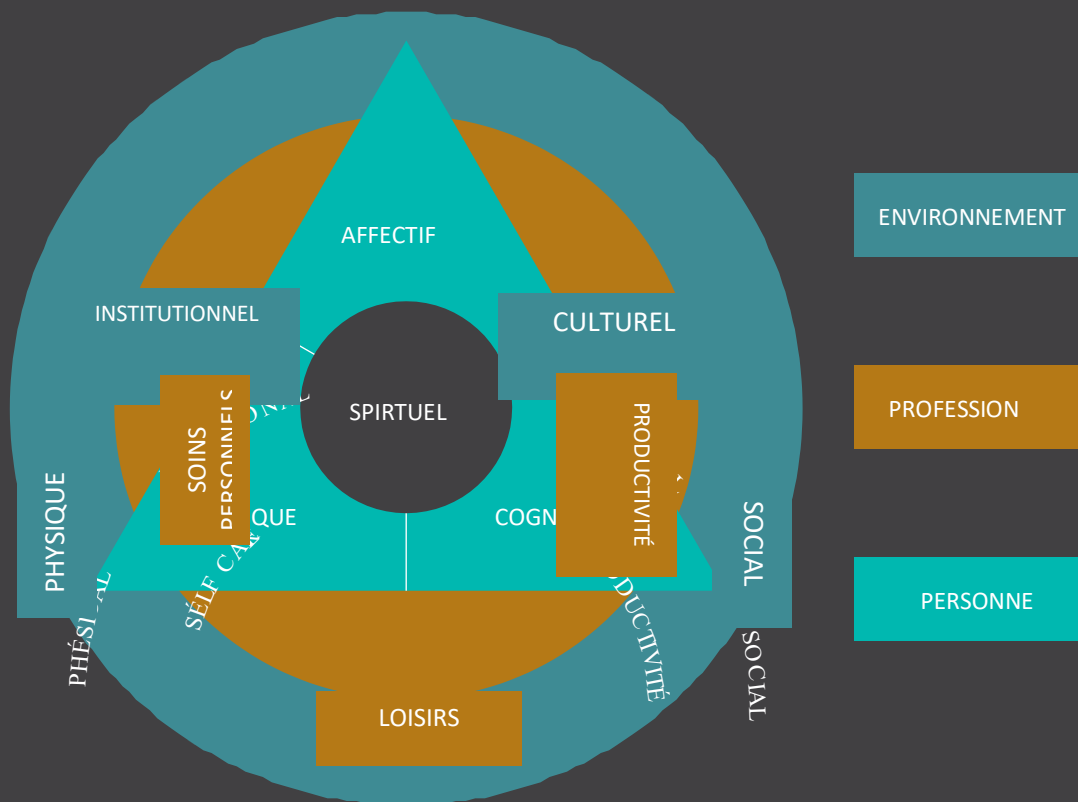
Plus de 40 % des ergothérapeutes travaillent au moins 36 heures par semaine (à temps plein); parmi eux, 20 % travaillent pour plus d'un employeur. Parmi ceux qui travaillent de 21 à 35 heures par semaine, 16 % travaillent pour plusieurs employeurs. Environ 12 % des ergothérapeutes qui travaillent 20 heures ou moins par semaine travaillent pour plus d'un employeur (ICIS, 2012).

CHAMP D'EXERCICE

Le Modèle canadien de performance professionnelle, tel qu'illustré à la figure 2, est l'un des cadres fondamentaux de l'exercice de l'ergothérapie. Le cadre met l'accent sur les valeurs et les croyances des ergothérapeutes selon lesquelles :

- le travail joue un rôle important en ce qui a trait à donner un sens à la vie et à favoriser la santé;
- les gens sont uniques et doivent être traités avec dignité; et
- ces valeurs mènent au bout du compte à une approche de l'exercice de la profession centrée sur le client (CAOT, 1997).

En tant que telle, l'ergothérapie se concentre sur les interactions entre les personnes et leurs environnements et professions.



Source: Enabling Occupations: An Occupational Therapy Perspective, ACE, 1997

L'ergothérapie adopte une définition de la santé qui va au-delà de l'absence de maladie. Les ergothérapeutes croient que le travail permet aux gens de parvenir à la santé et au bien-être et de conserver ceux-ci. Cette vision de la santé est conforme à la définition de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé, telle qu'elle est énoncée dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de 1986, qui décrit la santé comme la capacité « à identifier et à réaliser des aspirations, à satisfaire des besoins et à changer ou à faire face à l'environnement. »

De plus, la capacité de s'adonner aux occupations quotidiennes nécessaires à la santé et au bien-être est considérée comme une fonction des interactions entre les caractéristiques, les capacités, les occupations et l'environnement d'une personne, ce qui comprend les composantes culturelles, institutionnelles, physiques et sociales (ACE, 1997).

Pour cette raison, les ergothérapeutes sont souvent impliqués de façon unique dans des évaluations et des interventions approfondies liées à l'environnement des clients.

SPÉCIALISATION

En raison de la valeur historique accordée à une approche généraliste des soins, la plupart des collèges d'ergothérapie ne reconnaissent pas officiellement les spécialités dans le domaine ni ne permettent aux ergothérapeutes de faire de la publicité pour toute spécialité. Cependant, des changements sont en cours et l'ACE soutient maintenant la spécialisation. Les spécialisations non officielles comprennent la thérapie manuelle, les soins cognitifs et relatifs à la démence et la modification du domicile.

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION

Toutes les provinces du Canada réglementent l'ergothérapie; toutefois, les titres de la profession varient d'une province à l'autre. Il n'existe actuellement aucun organisme de réglementation pour les territoires. Le tableau 5 présente les titres utilisés dans chaque province, les lois régissant l'ergothérapie, les années où elles ont été promulguées et les organismes de réglementation.

TABLEAU 5 : Activités et titres contrôlés en ergothérapie par province

Province	Titres	Loi	Année	Organisme de réglementation
Colombie - Britannique	Occupational Therapist	Règlement sur les ergothérapeutes en vertu de la <i>Health Professions Act</i>	2000	College of Occupational Therapists of British Columbia (COTBC)
Alberta	Registered Occupational Therapist / Occupational Therapist / Occupational Therapist	<i>Professions Act</i> Règlement sur la profession d'ergothérapeute en vertu de la <i>Health Professions Act</i>	1990	Alberta College of Occupational Therapists (ACOT)
Saskatchewan	Occupational Therapist / Registered Occupational Therapist Certified	<i>Occupational Therapists Act</i>	1997	Saskatchewan Society of Occupational Therapists (SSOT)
Manitoba	Occupational Therapist	<i>Occupational Therapists Act</i>	2002	College of Occupational Therapists of Manitoba (COTM)
Ontario	Occupational Therapist	<i>Occupational Therapy Act</i>	1991	College of Occupational Therapists of Ontario (COTO)
Québec	Ergothérapeute / Occupational Therapist	Code des professions / Professional Code	1973	Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ)
Nouveau-Brunswick	Occupational Therapist	<i>Association des ergothérapeutes du Nouveau-Brunswick</i>	1988	Association des ergothérapeutes du Nouveau-Brunswick (AENB)
Terre-Neuve-et-Labrador Nouvelle-Écosse	Occupational Therapist	<i>Occupational Therapists Act</i>	1998	Occupational Therapy Board (OTB) / College of Occupational Therapists of Nova Scotia (COTNS)
* Diplôme décerné par le School of Allied Health Professions PA Program de l'Université du Nebraska.				
Île-du-Prince-Édouard	Occupational Therapist / Registered Occupational Therapist	Règlement sur les ergothérapeutes en vertu de la <i>Regulated Health</i>	1988	Prince Edward Island College of Occupational Therapists (PEIOT)
Terre-Neuve-et-Labrador	Occupational Therapist	<i>Occupational Therapists Act</i>	2005	Terre-Neuve-et-Labrador

COUVERTURE DES SERVICES ET RÉMUNÉRATION

Les régimes d'assurance maladie publics et privés offrent une couverture limitée des services d'ergothérapie. Le financement des services d'ergothérapie peut provenir des sources suivantes :

- les hôpitaux;
- les centres de réadaptation;
- les équipes de santé familiale;
- les centres de santé communautaire;
- les équipes de traitement communautaires affirmatives;
- les centres d'accès aux soins communautaires;
- la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail;
- les Anciens Combattants du Canada;
- les prestataires d'assurance; et
- les sources de financement privées (OSOT, 2017).

Étant donné que les services d'ergothérapie ne sont ni uniformément financés ni uniformément couverts par les régimes d'assurance maladie partout au Canada, le niveau d'accès varie d'une province à l'autre. L'Ontario, par exemple, couvre les services fournis dans le cadre des soins à domicile et en milieu communautaire, à l'intérieur des écoles, et inclus dans les services de santé mentale. Au-delà de ces circonstances particulières, les clients ont généralement besoin de régimes d'assurance privés ou doivent personnellement payer.

L'ACE et diverses organisations provinciales, comme l'OSOT, préconisent un accès équitable à l'ergothérapie pour tous les Canadiens, y compris une plus grande couverture des services d'ergothérapie par les compagnies d'assurance privées et par les avantages sociaux des employés (ACE, 2013).

SALAIRE

Plusieurs facteurs influencent les salaires des ergothérapeutes, dont l'expérience, le type d'employeur, l'emplacement géographique et le type de milieu (p. ex., privé contre hôpital). Les ergothérapeutes ayant une vaste expérience ou un doctorat peuvent gagner des salaires plus élevés, parfois en raison de postes occupés plus élevés tels que des postes de spécialistes, de chefs de département, d'instructeurs ou de chercheurs (Hick, 2005).

Le tableau 6 présente les salaires horaires des ergothérapeutes par province selon l'Enquête sur la population active de 2017 (gouvernement du Canada, 2017).

TABLEAU 6 : Répartition des salaires estimés des ergothérapeutes par province, 2017

Province	Salaire (dollars par heure)		
	Faible	Médian	Élevé
Colombie-Britannique	31,00	38,42	42,00
Alberta	28,21	38,75	49,00
Saskatchewan	31,61	38,65	41,74
Manitoba	29,00	36,00	41,35
Ontario	28,85	41,00	42,50
Québec	20,80	35,90	43,00
Nouveau-Brunswick	28,57	35,16	42,00
Nouvelle-Écosse	28,57	35,16	42,00
Île-du-Prince-Édouard	S/O	S/O	S/O
Terre-Neuve-et-Labrador	S/O	S/O	S/O
Nunavut	S/O	S/O	S/O
Canada	26,00	37,69	44,05

Source: Enquête sur la population active, 2017

ERGOTHÉRAPIE ET SANTÉ AUTOCHTONE

L'ACE reconnaît que l'ergothérapie joue un rôle important dans la santé et le bien-être des peuples autochtones et dans leur accès à la justice professionnelle par l'entremise de services efficaces, compatissants, culturellement sécuritaires et collaboratifs (ACE, s. d.). Les ergothérapeutes se concentrent sur la collaboration, le partenariat et l'établissement de relations, ce qui leur permet de défendre les questions de santé autochtones. Les ergothérapeutes encouragent l'utilisation des services d'ergothérapie par les populations autochtones, plaident pour l'accès aux ergothérapeutes et encouragent les Autochtones à poursuivre des carrières en ergothérapie. Les initiatives de L'ACE visent également à mettre la santé autochtone au premier plan des conférences et des forums nationaux sur la santé et à offrir des possibilités d'éducation et de réseautage entre les ergothérapeutes et les communautés autochtones.

PRINCIPAUX ENJEUX DE LA PROFESSION

- Comme c'est le cas pour de nombreuses professions de la santé, les ergothérapeutes formés à l'étranger éprouvent des difficultés à obtenir un permis d'exercice au Canada, comme la détermination de l'équivalence de la formation pour simplifier le processus de qualification.
- Les services d'ergothérapie ne sont toujours pas couverts par les régimes d'assurance maladie complémentaires.
- Il faut améliorer les processus facilitant la collaboration entre les ergothérapeutes et leurs assistants afin de répondre le mieux possible aux besoins des clients.
- Il faut plaider en faveur d'un accès amélioré aux services d'ergothérapie pour les populations rurales et éloignées, les communautés autochtones et les vétérans.
- L'évolution des priorités gouvernementales, les compressions budgétaires et la perte de postes d'ergothérapeutes dans les établissements de soins de longue durée entraînent des lacunes dans les services dans certaines populations et certains emplacements. L'intégration des ergothérapeutes dans les équipes de santé familiale pourrait aider à combler certaines de ces lacunes.

CONCLUSION

Les ergothérapeutes travaillent en collaboration avec leurs clients et prennent des décisions fondées sur des données probantes pour améliorer la santé et le bien-être général des gens. La profession a beaucoup évolué depuis ses origines dans les années 1800. Il s'agit actuellement d'un champ à prédominance féminine dont la taille a plus que doublé, passant de 7575 ergothérapeutes en 1997 à 17 034 en 2006. Aujourd'hui, les gouvernements provinciaux subissent de plus en plus de pression pour augmenter le financement des services d'ergothérapie, surtout en dehors des hôpitaux.

ACRONYMES

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
CSOTM	Canadian Society of Occupational Therapists of Manitoba
ENAE	Examen national d'attestation en ergothérapie
OSOT	Ontario Society of Occupational Therapy
OTepp	Occupational Therapy Examination and Practice Preparation

AUTRES RESSOURCES

Canada

- [Fondation canadienne d'ergothérapie](#)
- [Association canadienne des ergothérapeutes](#)
- [OTepp](#)

Alberta

- [Alberta College of Occupational Therapists](#)
- [Society of Alberta Occupational Therapists](#)

Colombie-Britannique

- [College of Occupational Therapists of British Columbia](#)

Manitoba

- [College of Occupational Therapists of Manitoba](#)
- [Manitoba Society of Occupational Therapists](#)

Nouveau-Brunswick

- [Association des ergothérapeutes du Nouveau-Brunswick](#)

Terre-Neuve-et-Labrador

- [Newfoundland and Labrador Occupational Therapy Board](#)
- [Newfoundland and Labrador Association of Occupational Therapists](#)

Nouvelle-Écosse

- [College of Occupational Therapists of Nova Scotia](#)
- [Nova Scotia Society of Occupational Therapists](#)

Ontario

- [Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario](#)
- [Ontario Society of Occupational Therapists](#)

Île-du-Prince-Édouard

- [Prince Edward Island Occupational Therapy](#)

Québec

- [Ordre des ergothérapeutes du Québec](#)

Saskatchewan

- [Saskatchewan Society of Occupational Therapists](#)

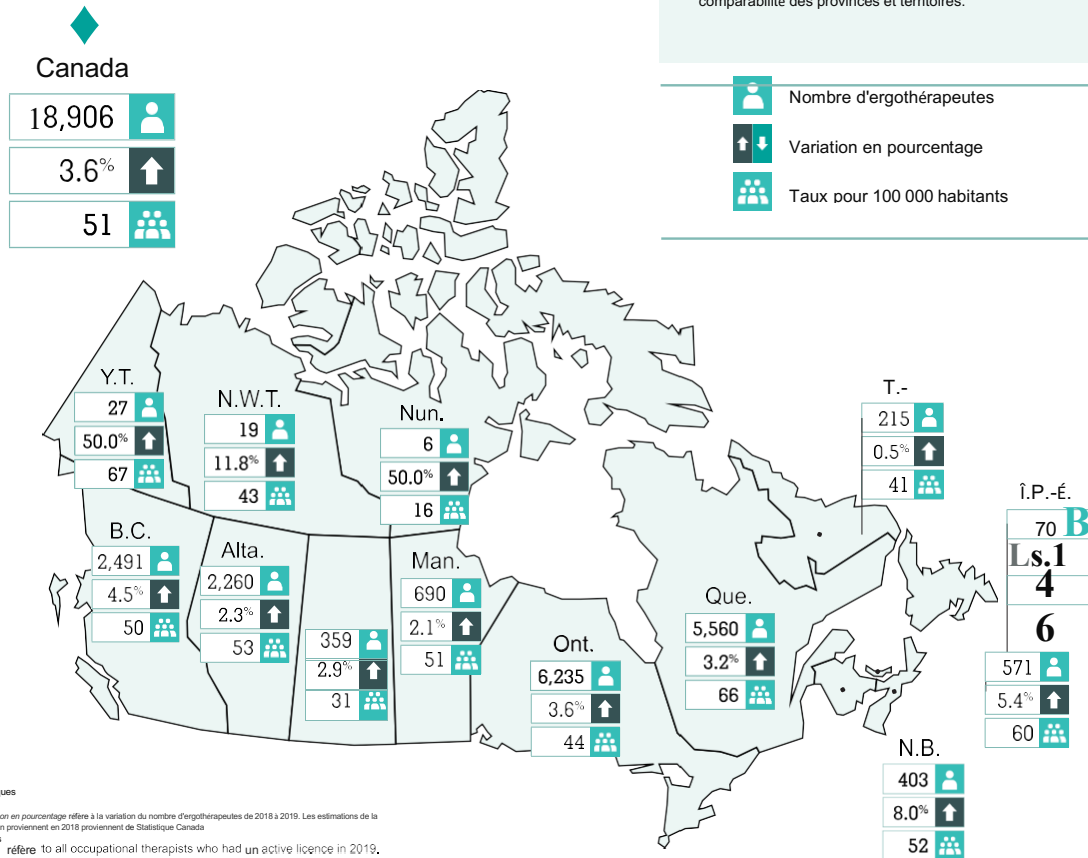
Yukon

- [Association of Yukon Occupational Therapists](#)

Ergothérapeutes

Nombre, variation en pourcentage et taux pour 100 000 habitants, Canada, 2019

Les ergothérapeutes pour 100 000 habitants constituent un nombre de référence. Il peut ne pas tenir compte des variations régionales entre les provinces et les territoires. Les différences entre le nombre d'ergothérapeutes travaillant à temps plein et le nombre d'ergothérapeutes travaillant à temps partiel peuvent affecter la comparabilité des provinces et territoires.



Remarques
 Nombre
 La variation en pourcentage réfère à la variation du nombre d'ergothérapeutes de 2018 à 2019. Les estimations de la population proviennent de 2018 provenant de Statistique Canada.
 Sources
 réfère to all occupational therapists who had an active licence in 2019.

Health Workforce Database, 2020, Institut canadien d'information sur la santé; Statistique Canada, 2018

2020 Institut canadien d'information sur la santé

ICIS

RÉFÉRENCES

- Association canadienne des organismes de réglementation en ergothérapie. (2011). *Essential competencies of practice for occupational therapists in Canada*. Extrait de https://www.coto.org/docs/default-source/essential-competencies/3rd-essential-competencies_ii_may-2011.pdf?sfvrsn=2
- Association canadienne des ergothérapeutes. (s. d.). *Occupational Therapy and Aboriginal Health*. Extrait de <https://www.caot.ca/document/4038/OT%20and%20AH%20FS.pdf>
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2013). *Qu'est-ce que l'ergothérapie?* Extrait de https://caot.in1touch.org/site/aboutot/whatisot?language=fr_FR&nav=sidebar
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2017a). *Occupational therapy: Definition*. Extrait de https://caot.in1touch.org/site/aboutot/whatisot?language=fr_FR&nav=sidebar
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2017b). *Practice resources*. Extrait de https://caot.in1touch.org/site/pt/prac_tools?nav=sidebar
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2017c). *Associé étudiant*. Extrait de <https://caot.in1touch.org/site/stdmem/studentmembership?nav=sidebar>
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2010). *Avantages d'être membre de l'ACE-Qc*. Retrieved from <https://caot.in1touch.org/site/qc/caot-qc/benefits?nav=sidebar>
- Association canadienne des ergothérapeutes. (1997). *Enabling occupation: An occupational therapy perspective*. Ottawa : ACE.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2012). *CIHI provincial profiles, 2012*.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2006). *Health personnel trends in Canada*. Extrait de https://secure.cihi.ca/free_products/Health_Personnel_Trend_1995-2004_e.pdf
- Institut canadien d'information sur la santé. (2020) *Canada's Health Care Providers, 2014 to 2018 — Data Tables*. Ottawa, ON : ICIS.
- Cockburn, L. (2001). *CAOT during the 1940's*. Extrait de <http://www.caot.ca/otnow/march01-eng/march01-history.htm>
- Friedland, J. (2011). *Restoring the spirit: The beginnings of occupational therapy in Canada, 1890-1930*. Kingston, ON : McGill-Queen's Press.
- Friedland, J. (2006). *Program History*. Extrait le 17 septembre 2018 de <http://ot.utoronto.ca/about/program-history/>
- Friedland, J., Robinson, I., et Cardwell, T. (2001). *In the beginning: CAOT from 1926-1939*. Extrait de <http://www.caot.ca/otnow/jan01-eng/jan01-history.htm>
- Gouvernement du Canada. (2017). *Wages: Occupational therapist (OT) near Toronto, ON*. Extrait de https://www.jobbank.gc.ca/report-eng.do?area=9219&lang=eng&noc=3143&action=final&ln=n&s=1#report_tabs_container2
- Green, M. C., Lertvilai, M. et Bribiesco, K. (2001). *Prospering through change: CAOT from 1991 to 2001*. *Occupational Therapy Now*, 3, 13-19.
- Hick, S. (2005). *Social work in Canada: An introduction* (2e éd.). Toronto : Thompson Educational Publishing.
- Ikiugu, M. N. (2007). *Psychosocial conceptual practice models in occupational therapy: Building adaptive capability*. Saint-Louis : Mosby Elsevier.
- Labour Force Survey (2017). *Occupational therapists*. Extrait le 8 septembre 2014 de https://www.jobbank.gc.ca/report-eng.do?area=9219&lang=eng&noc=3143&action=final&ln=n&s=1#report_tabs_container2
- Ontario Society of Occupational Therapists. (2017). *Funding for OT services*. Extrait de http://www.osot.on.ca/OSOT/Practice_Resources/Pages/Practising_in_Ontario/Pages/Funding_for_OT_Services.aspx
- Ontario Society of Occupational Therapists. (2013). *History of occupational therapy in Ontario*. Extrait de https://www.osot.on.ca/OSOT/About/History/OSOT/About_Pages/History.aspx?hkey=0d35deb9-efe5-4cf8-93be-c4e299af834c