



Ordre  
des ergothérapeutes  
du Québec

## DEMANDE D'AUTORISATION SPÉCIALE

*Pour une personne légalement autorisée à exercer la profession  
d'ergothérapeute hors du Québec*  
(Article 42.4 du Code des professions)

Le présent formulaire doit être complété par toute personne **légalement autorisée à exercer la profession d'ergothérapeute hors du Québec** et qui souhaite exercer une ou plusieurs des **activités réservées** aux membres de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec sur une **base temporaire ou ponctuelle** (maximum 70 heures par mois pour un maximum de 12 mois) :

- en **présentiel** au Québec, auprès de clients situés au Québec ;  
et/ou
- en **télépratique** dans l'une ou l'autre de ces situations:
  - à partir de votre juridiction, auprès de clients situés au Québec ;
  - à partir du Québec auprès de clients situés dans votre juridiction ;
  - à partir d'une juridiction autre que la vôtre et celle du Québec, auprès de clients situés au Québec.

### 1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Adresse (no, rue) \_\_\_\_\_ Appartement \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province/Pays \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Courrier électronique \_\_\_\_\_

Date de naissance (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_ Sexe :  Féminin  Masculin Langue maternelle : \_\_\_\_\_

Langues maîtrisées :  Français  Anglais

### 2. DIPLÔME EN ERGOTHÉRAPIE OBTENU

Veillez nous fournir les renseignements suivants relativement au diplôme de maîtrise en ergothérapie que vous avez obtenu :

Nom du diplôme \_\_\_\_\_ Année d'obtention \_\_\_\_\_

Nom de l'Université \_\_\_\_\_ Ville/Pays \_\_\_\_\_

### 3. AUTORISATION LÉGALE D'EXERCER LA PROFESSION

#### 3.1 IDENTIFICATION DE L'AUTORISATION LÉGALE

Veillez nous fournir les renseignements suivants relativement à l'autorisation légale d'exercer la profession d'ergothérapeute que vous détenez :

---

Nom de l'organisme de réglementation ayant émis l'autorisation légale

---

Province / état / pays où est situé l'organisme de réglementation ayant émis l'autorisation légale

---

No de permis/membre

---

Type d'autorisation (régulier/retraité/etc.)

---

Date d'échéance (AAAA/MM/JJ)

### 3.2 PREUVE DE L'AUTORISATION LÉGALE

Veillez : 1) **remplir** et signer la **section 1** du [Formulaire de confirmation de délivrance d'une autorisation légale d'exercer la profession d'ergothérapeute hors-Canada et d'historique de conduite professionnelle](#);

2) **transmettre** ledit formulaire à l'organisme de réglementation ayant émis votre autorisation légale identifiée à la section 3.1, ci-avant, et lui demander :

- de **remplir la section 2** dudit formulaire;
- de nous **retourner** le formulaire dûment complété à l'adresse apparaissant à la section 7, ci-après.

### 4. PARAMÈTRES DE L'AUTORISATION DEMANDÉE

#### 4.1 ACTIVITÉS RÉSERVÉES VISÉES PAR LA DEMANDE

Veillez **cocher toutes les activités réservées visées par votre demande**. Pour comprendre ce que chaque activité comporte, veuillez consulter le [Guide des activités professionnelles de l'ergothérapeute](#) :

- Procéder à l'évaluation fonctionnelle d'une personne lorsque cette évaluation est requise dans le cadre de l'application d'une loi ;
- Évaluer la fonction neuromusculosquelettique d'une personne présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique ;
- Prodiguer des traitements reliés aux plaies;
- Évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité ;
- Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins ;
- Évaluer un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la Loi sur l'instruction publique ;
- Décider de l'utilisation des mesures de contention ;
- Décider des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris.

**Veillez cocher de quelles(s) façon(s) les activités réservées seront effectuées :**

- En télépratique à partir de votre juridiction, auprès de clients situés au Québec
- En télépratique à partir du Québec auprès de clients situés dans votre juridiction
- En télépratique à partir d'une juridiction autre que la vôtre et celle du Québec, auprès de clients situés au Québec
- En présence au Québec, auprès de clients situés au Québec

## 4.2 CLIENTS VISÉS PAR LA DEMANDE

Veillez identifier :

La(les) personne(s) ou le(s) groupe(s) de personnes auprès de qui vous exercerez les activités réservées choisies ci-haut (le cas échéant)	
Nom	Adresse

L'établissement pour le compte de qui ces activités seront exercées (le cas échéant)	
Nom	Adresse

## 4.3 PÉRIODE VISÉE PAR LA DEMANDE

Je demande l'autorisation spéciale pour une période de \_\_\_\_ mois (max 12 mois), débutant le (AAAA/MM/JJ)\_\_\_\_\_

Durant cette période, je prévois exercer les activités choisies à la section 5.1 durant \_\_\_\_\_ heures par mois (max 70 hrs/mois).  
*Notez que les heures "non utilisées" pour un mois donné ne peuvent pas être utilisées durant les mois subséquents.*

## 5. DÉCLARATION DE COMPÉTENCE ET SIGNATURE

Je déclare détenir les connaissances et les compétences requises pour effectuer les activités réservées demandées à la section 4.1;

Je m'engage à :

- fournir à l'OEQ une preuve de renouvellement de l'autorisation légale d'exercer la profession d'ergothérapeute visée à la section 3.1, si cette dernière vient à échéance durant la période au cours de laquelle je détiens une autorisation spéciale valide ;
- à fournir à l'OEQ une preuve de renouvellement de ma police d'assurance responsabilité professionnelle, si cette dernière vient à échéance durant la période au cours de laquelle je détiens une autorisation spéciale valide ;
- à informer immédiatement l'OEQ de toute limite, restriction ou condition d'exercice qui me serait imposée par tout organisme de réglementation de l'ergothérapie durant la période au cours de laquelle je détiens une autorisation spéciale valide ;
- à informer immédiatement l'OEQ de tout changement concernant les informations fournies sur le présent formulaire ;
- à respecter les conditions et restrictions de mon autorisation spéciale ;
- à informer l'OEQ, à l'échéance de mon autorisation spéciale, du nombre d'heures/mois d'activités réservées que j'aurai réalisées, et ce pour tous les mois durant lesquels mon autorisation spéciale aura été valide.

Je déclare solennellement que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets.

Signature

Date (AAAA/MM/JJ)

## 6. DOCUMENTS À JOINDRE

Veillez joindre au présent formulaire les documents requis :

### 6.1 DOCUMENTS REQUIS DE TOUS LES CANDIDATS

Les documents suivants doivent être transmis **par tout candidat qui demande la délivrance d'une autorisation spéciale** en vertu du présent formulaire :

- [Formulaire de confirmation de délivrance d'une autorisation légale d'exercer la profession d'ergothérapeute hors-Canada et d'historique de conduite professionnelle](#)

Joint À venir  
○

- **Preuve de couverture d'assurance responsabilité professionnelle** (2 options possibles) :

- [Attestation de couverture d'assurance-responsabilité professionnelle](#), complétée par le représentant autorisé de la compagnie d'assurance
- ou
- Souscription à une couverture d'assurance responsabilité professionnelle avec le régime collectif d'assurance conclu par l'OEQ (coût : 35\$ + taxes = 38,15\$).  
NB: cette police d'assurance sera valide du 1er avril au 31 mars de l'année suivante.

- **Paiement**

Veillez nous transmettre un **chèque, mandat bancaire ou mandat postal** (tiré à l'Ordre des ergothérapeutes du Québec) afin d'acquitter les frais requis en fonction de la **durée** de l'autorisation spéciale demandée et de votre intention de souscrire (option B) ou non (option A) à l'assurance responsabilité de l'OEQ (voir tableau ci-dessous). Ces frais sont non remboursables.

Durée de l'autorisation spéciale	Option A		Option B
	Coût <b>sans</b> souscription à l'assurance responsabilité professionnelle de l'OEQ		Coût <b>avec</b> souscription à l'assurance responsabilité professionnelle de l'OEQ (35\$ + taxes = 38,15\$). <b>(facultatif)</b>
	Avant taxes	Taxes incluses	
< 1 mois	175.00 \$	201.21 \$	239,36 \$
2 mois	225.00 \$	258.69 \$	296,84 \$
3 mois	275.00 \$	316.18 \$	354,33 \$
4 mois	325.00 \$	373.67 \$	411,82 \$
5 mois	375.00 \$	431.16 \$	469,31 \$
6 mois	425.00 \$	488.64 \$	526,79 \$
7 mois	475.00 \$	546.13 \$	584,28 \$
8 mois	525.00 \$	603.62 \$	641,77 \$
9 mois	575.00 \$	661.11 \$	699,26 \$
10 mois	625.00 \$	718.59 \$	756, 74 \$
11 mois	675.00 \$	776.08 \$	814,23 \$
12 mois	725.00 \$	833.57 \$	871,72 \$

## 7. TRANSMISSION

Veillez nous retourner le présent formulaire dûment rempli, accompagné de l'ensemble des documents requis :

- par **courriel** à [admission@oeq.org](mailto:admission@oeq.org) *Veillez joindre dans votre courriel une **copie numérisée de votre paiement**, puis veuillez **nous poster votre paiement** à l'adresse postale apparaissant ci-bas.*

**ou**

- par la **poste** à :  
Admission  
Ordre des ergothérapeutes du Québec  
2021, avenue Union, bureau 920  
Montréal (Québec) H3A 2S9

*Les renseignements recueillis par le présent formulaire sont nécessaires à l'exercice des attributions de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec. Ils sont recueillis à des fins de traitement de votre demande de délivrance d'autorisation spéciale de contrôle de l'exercice de la profession, de protection du public et de statistiques. Ils seront accessibles au personnel autorisé de l'Ordre ainsi qu'à toute autre personne autorisée à les recevoir en vertu de la loi. Toute personne qui soumet une demande de délivrance d'autorisation spéciale visée par le présent formulaire a l'obligation de compléter intégralement ce dernier et y joindre les documents requis, à défaut de quoi sa demande pourrait être refusée. Toute personne peut avoir accès à son dossier et y faire rectifier des renseignements. Pour ce faire, veuillez faire parvenir une demande écrite en ce sens à la personne responsable de l'accès aux documents de l'OEQ à [fortierc@oeq.org](mailto:fortierc@oeq.org).*