



CANADIAN  
COUNCIL OF  
PHYSIOTHERAPY  
UNIVERSITY  
PROGRAMS

CONSEIL  
CANADIEN DES  
PROGRAMMES  
UNIVERSITAIRES DE  
PHYSIOTHÉRAPIE

# Lignes directrices nationales relatives au cursus d'entrée à la pratique de la physiothérapie

2019

# Table des matières

<b>Introduction</b> .....	<b>3</b>
<b>Contexte</b> .....	<b>4</b>
<b>Processus</b> .....	<b>4</b>
Renseignements généraux .....	<b>4</b>
Comité curriculaire .....	<b>5</b>
<b>Lignes directrices nationales relatives au cursus</b> .....	<b>6</b>
Principes directeurs .....	<b>6</b>
Aperçu .....	<b>7</b>
Contenu théorique .....	<b>8</b>
Partie A: Connaissances fondamentales pour l'entrée à la pratique .....	<b>8</b>
Contenu théorique .....	<b>9</b>
Partie B: Compétences minimales d'entrée à la pratique .....	<b>9</b>
Contenu théorique .....	<b>10</b>
Partie C: Affections fréquentes en physiothérapie .....	<b>10</b>
Expériences de formation clinique .....	<b>11</b>
Lignes directrices nationales relatives au cursus: cadre de référence du cursus .....	<b>12</b>
<b>Lignes directrices nationales relatives au cursus: présentation détaillée des volets</b> .....	<b>13</b>
Contenu théorique .....	<b>13</b>
Partie A: Connaissances fondamentales pour l'entrée à la pratique .....	<b>13</b>
Contenu théorique .....	<b>24</b>
Partie B: Compétences minimales d'entrée à la pratique .....	<b>24</b>
Contenu théorique .....	<b>33</b>
Partie C: Affections fréquentes en physiothérapie .....	<b>33</b>
Expériences de formation clinique .....	<b>41</b>
<b>Conclusions et recommandations</b> .....	<b>43</b>
<b>Remerciements</b> .....	<b>44</b>
<b>Annexe A: Profil des compétences essentielles des physiothérapeutes au Canada (2017)</b> ....	<b>45</b>
<b>Ressources</b> .....	<b>57</b>

## Introduction

Un cursus est une carte conceptuelle ou un plan détaillé servant à l'apprentissage. Dans le contexte de l'enseignement de la physiothérapie, il détermine les composantes de la formation universitaire et professionnelle sur lesquelles est fondée la pratique de la physiothérapie.

# Contexte

Les programmes de formation donnant accès à la pratique de la physiothérapie au Canada ne sont offerts que par les universités. Le Conseil canadien des programmes universitaires de physiothérapie (CCPUP) est composé de représentants de tous les programmes canadiens de physiothérapie et encadre l'élaboration des lignes directrices relatives au cursus de physiothérapie. Tous les programmes de physiothérapie dispensés sont de niveau de deuxième cycle et mènent au diplôme universitaire de maîtrise professionnelle (p. ex., une maîtrise en physiothérapie, une maîtrise ès sciences en physiothérapie ou un diplôme équivalent). Les programmes font l'objet d'un processus d'évaluation d'agrément, minimalement tous les six ans, par l'organisme d'Agrément de l'enseignement de la physiothérapie au Canada (AEPC). Les diplômés d'un programme de formation agréé sont admissibles à l'examen national des compétences en physiothérapie (ECP) organisé par l'Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie (ACORP) et, s'ils le réussissent, ils pourront demander le permis d'exercer la physiothérapie dans la province ou le territoire canadien de leur choix. Les diplômés des programmes de formation québécois qui désirent obtenir l'autorisation d'exercer au Québec ne sont pas tenus de passer l'ECP.

# Processus

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

La procédure de révision des lignes directrices nationales du cursus (les lignes directrices) a été menée par le comité curriculaire du CCPUP, dont la première réunion s'est tenue en décembre 2015. Le Dr David Cane a été engagé à titre de consultant pour diriger le projet. L'évaluation initiale des membres du comité curriculaire a mis en lumière la nécessité d'actualiser le profil des compétences essentielles des physiothérapeutes au Canada de 2009. En juin 2015, le Dr David Cane a animé une réunion à Halifax, à laquelle ont participé des représentants de tous les organismes membres du Groupe consultatif national sur la physiothérapie (GCNP) (ACORP, CCPUP, AEPC et Association canadienne de physiothérapie [ACP]). Les discussions engagées à Halifax étaient favorables à la mise à jour du profil des compétences essentielles de 2009 et ont abouti au lancement du projet du Profil de pratique en physiothérapie (projet Triple P). Le CCPUP et les autres organismes membres du GCNP ont officiellement approuvé et financé le projet Triple P.

Étant donné que les compétences essentielles ont été jugées primordiales pour l'élaboration des lignes directrices, les activités du comité curriculaire du CCPUP ont été suspendues jusqu'à l'aboutissement du projet Triple P. Afin d'assurer une liaison permanente, trois membres du comité – Alison Greig, Bernadette Martin, et Hélène Moffet – ont contribué en tant qu'expertes dans le domaine aux fins du projet Triple P; Bernadette Martin a également siégé au comité directeur dudit projet.

Le projet Triple P a été mené à terme en mai 2017, après quoi le profil de compétences des physiothérapeutes au Canada de 2017 (profil de compétences) ([annexe A](#)) a été approuvé par tous les organismes membres du GCNP et publié en décembre 2017. Le profil de compétences a servi, par la suite, à orienter la révision des lignes directrices. Celui-ci comprend:

- Énoncé de l'entrée à la pratique
- 7 domaines de pratique
- 34 compétences essentielles
- 140 jalons d'entrée à la pratique

## COMITÉ CURRICULAIRE

S'appuyant sur les résultats du projet Triple P, le comité curriculaire a repris ses activités à la fin de l'année 2017, en entamant la révision du cursus d'entrée à la pratique de la physiothérapie, à savoir les Lignes directrices relatives au contenu des programmes universitaires canadiens publiées en 2009. Le comité curriculaire était présidé par Bernadette Martin et regroupait des représentants de plusieurs programmes canadiens d'entrée à la pratique de la physiothérapie (anglophones et francophones) et de l'Association Nationale pour l'Éducation Clinique en physiothérapie (ANECP). Des membres d'AEPC, de l'ACORP et de l'ACP ont également été invités à participer aux principales activités.

En 2018, le comité curriculaire s'est concentré sur les lignes directrices concernant le contenu théorique du cursus. Un atelier de deux jours réunissant l'ensemble des parties prenantes s'est tenu en mai 2018 et a abouti à la rédaction d'une ébauche qui a fait l'objet de trois séries de révisions entre juillet et octobre. Les lignes directrices révisées pour le contenu théorique ont été approuvées par le CCPUP en novembre 2018.

Alors que les lignes directrices relatives au contenu théorique étaient sur le point d'être finalisées, le comité curriculaire a entrepris une collaboration avec l'ANECP pour entamer la mise à jour de la formation clinique décrite dans le document du Programme d'enseignement de la physiothérapie pour l'entrée à la pratique: Document d'accompagnement – Directives de formation clinique pour les programmes universitaires canadiens (2011). Simultanément, des travaux connexes ont été entrepris pour recenser les écrits, les articles publiés sur Internet et les publications parallèles concernant les programmes de formation des professionnels de la santé à l'échelle nationale et internationale, et de recueillir des données sur les exigences en matière d'heures de stage clinique. De plus, une revue de littérature concernant l'intégration de la simulation dans les stages cliniques a été réalisée. Ces projets ont été abordés en profondeur lors des réunions du CCPUP tenues en octobre 2018 et ont orienté les travaux en cours du comité curriculaire. En mai 2019, le comité curriculaire a effectué une enquête auprès de tous les programmes de physiothérapie sur la formation clinique. Les résultats de cette enquête ont servi de cadre pour orienter les conversations tenues lors du World Café organisé durant la réunion annuelle du CCPUP en juin 2019, à laquelle ont également participé des cliniciens œuvrant dans des domaines clés de la pratique clinique. Le comité curriculaire a repris les thèmes abordés à l'occasion du World Café pour rédiger la première version du volet « Expériences en matière de formation clinique » des lignes directrices, qui a ensuite fait l'objet de deux séries de révision par les responsables des programmes, entre septembre et octobre 2019, avant d'être approuvé par le CCPUP en novembre 2019.

# Lignes directrices nationales relatives au cursus

## PRINCIPES DIRECTEURS

La révision des lignes directrices a suivi les principes suivants:

### GÉNÉRALITÉS

- Les programmes universitaires canadiens de physiothérapie forment les diplômés afin qu'ils puissent exercer de manière sécuritaire et efficace comme généralistes débutants.
- Les lignes directrices relatives au cursus doivent être pertinentes au contexte national, tout en respectant les différences entre les provinces et les territoires, et doivent être suffisamment flexibles pour s'adapter à l'évolution attendue de la pratique professionnelle.
- L'accent doit être mis sur le contenu théorique et les expériences de formation clinique qui servent les compétences essentielles et les jalons donnant accès à la pratique du Profil de Compétences, tout en respectant la diversité des cadres conceptuels et des modèles de présentation de cursus qui contribuent à la profondeur et à l'étendue de l'enseignement de la physiothérapie au Canada.

### FORMATION CLINIQUE

- La compétence clinique se développe le long d'un continuum qui va de l'état de novice à celui de praticien(ne) débutant(e), et elle est renforcée par la progression des expériences de formation clinique.
- Les expériences de formation clinique doivent avoir une intensité, une portée et une durée suffisantes pour permettre l'acquisition des compétences professionnelles requises pour exercer efficacement au stade de l'accès à la pratique.
- Il convient de fixer un nombre minimal d'heures de formation clinique.
- De manière générale, les expériences de formation clinique doivent inclure un contact avec des patients/populations dont les besoins correspondent à différentes étapes du continuum des soins de santé (simple à complexe, aigu à chronique, promotion de la santé). Une diversité des expériences cliniques est nécessaire.
- L'expérience doit s'acquérir dans des contextes cliniques variés et auprès de populations/patients divers (de par leur sexe, leur culture et leur groupe d'âge).
- Il est recommandé de se familiariser avec les nouveaux domaines de pratique en physiothérapie.
- Toute l'expérience acquise dans les divers contextes cliniques doit s'acquérir exclusivement auprès des clientèles humaines (patients).

Il est entendu que chaque programme de formation élaborera et mettra en œuvre son propre modèle de conception et de prestation du contenu du cursus associé aux apprentissages requis selon les lignes directrices. Le cursus de chaque programme dépendra également de ses processus de planification stratégique et de consultation. Il y aura ainsi une diversité au sein des programmes canadiens, chacun d'eux ayant leurs caractéristiques distinctives face à leurs forces, domaines de spécialisation, durée de la formation et aux titres des diplômes. Il est probable que plusieurs programmes iront au-delà de ces lignes directrices dans des domaines choisis, selon la philosophie et les ressources de leur université ou de leur corps professoral. Il est également entendu que l'évaluation des compétences cliniques et la détermination des expériences de formation clinique auxquelles chaque étudiant doit satisfaire seront prises en charge par le programme dans lequel il est inscrit, et qu'il revient à chaque programme de définir et de mettre en œuvre ses exigences particulières en matière de formation clinique.

## **APERÇU**

Bien que la conception du cursus implique plusieurs considérations importantes – modèles de cursus, indicateurs de performance, répartition du cursus, conceptualisation du cursus, arrimage entre l'évaluation des objectifs et les indicateurs de performance du programme et entre l'évaluation du programme et les stratégies de conception du cursus, notamment par des moyens technologiques –, l'objectif général des lignes directrices est de décrire les éléments recommandés qui devraient être inclus dans le contenu théorique et clinique du cursus d'un programme. Les lignes directrices reflètent la pratique actuelle de la physiothérapie et des sciences qui évoluent et qui influencent la pratique tout en s'adaptant aux pratiques émergentes. Les lignes directrices présentent deux composantes du cursus d'entrée à la pratique:

- 1. LE CONTENU THÉORIQUE, à savoir:**
  - Partie A: Connaissances fondamentales pour l'entrée à la pratique**
  - Partie B: Compétences minimales d'entrée à la pratique**
  - Partie C: Affections fréquentes en physiothérapie**
- 2. EXPÉRIENCES DE FORMATION CLINIQUE**

## CONTENU THÉORIQUE

### PARTIE A: CONNAISSANCES FONDAMENTALES POUR L'ENTRÉE À LA PRATIQUE

La partie A comprend le contenu clé/nécessaire/standard (contenu essentiel) et les domaines considérés comme supplémentaires (contenu non essentiel). Les domaines et sujets essentiels ont été regroupés en quatre sections de connaissances fondamentales comptant 28 sous-sections. Le contenu essentiel établit une large base de connaissances fondamentales permettant le développement des aptitudes et des compétences. Pour sa part, le contenu des domaines supplémentaires inclut des sujets émergents pouvant être introduits par certains programmes et qui pourront potentiellement influencer les discussions concernant les lignes directrices du cursus d'entrée à la pratique de la physiothérapie.

CONNAISSANCES FONDAMENTALES ESSENTIELLES	
Contenu de base	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Anatomie et neuroanatomie</li><li>2. Physiologie humaine</li><li>3. Physiopathologie et pathologie</li><li>4. Cycle de vie des humains</li><li>5. Sciences du mouvement</li><li>6. Science de l'exercice</li><li>7. Douleur</li><li>8. Pharmacologie</li><li>9. Sciences psychologiques</li><li>10. Sciences sociales</li></ol>
Traitements en physiothérapie	<ol style="list-style-type: none"><li>11. Sujets d'ordre général</li><li>12. Prise en charge des voies respiratoires</li><li>13. Agents électrophysiques</li><li>14. Programmes de groupe</li><li>15. Mobilité – généralités</li><li>16. Mobilité – tissus mous</li><li>17. Appareils d'assistance et thérapeutiques</li><li>18. Exercice thérapeutique</li><li>19. Soins des plaies</li></ol>
Pratique professionnelle	<ol style="list-style-type: none"><li>20. Alliance thérapeutique</li><li>21. Pratique autonome</li><li>22. Pratique éthique</li><li>23. Pratique collaborative</li><li>24. Communication et information</li><li>25. Évaluation critique et recherche</li></ol>
Contexte de pratique	<ol style="list-style-type: none"><li>26. Système de santé du Canada</li><li>27. Milieu global de la santé</li><li>28. Gestion de la pratique</li></ol>
CONNAISSANCES FONDAMENTALES NON ESSENTIELLES	
	<ol style="list-style-type: none"><li>29. Sujets émergents concernant la pratique</li></ol>

Voir la [Partie A: Connaissances fondamentales pour l'entrée à la pratique](#) pour plus de précisions.



## CONTENU THÉORIQUE

### PARTIE B: COMPÉTENCES MINIMALES D'ENTRÉE À LA PRATIQUE

La partie B regroupe les compétences minimales dont les diplômés doivent faire preuve lorsqu'ils accèdent à la pratique. Les compétences sont présentées de manière à correspondre directement aux sept domaines définis dans le profil de compétences. Ces compétences viennent compléter les compétences essentielles et les jalons donnant accès à la profession se rapportant à chaque domaine. La majorité des compétences s'appliquent au Domaine 1, Expertise en physiothérapie; les six autres domaines requièrent moins de compétences minimales.

COMPÉTENCES MINIMALES D'ENTRÉE À LA PRATIQUE	
<b>Domaine 1: Expertise en physiothérapie</b>	Approche centrée sur le client Sécurité du client Information sur le client Mesures et évaluation Critères et échelles d'évaluation Prise en charge des voies respiratoires Information – communication avec les clients Application d'agents électrophysiques Interventions misant sur l'activité physique Programmes de groupe Interventions ciblant des tissus mous Utilisation d'appareils d'assistance et thérapeutiques Soin des plaies
<b>Domaine 2: Communication</b>	
<b>Domaine 3: Collaboration</b>	
<b>Domaine 4: Gestion</b>	
<b>Domaine 5: Leadership</b>	
<b>Domaine 6: Érudition</b>	
<b>Domaine 7: Professionnalisme</b>	

Voir la [Partie B: Compétences minimales d'entrée à la pratique](#) pour plus de précisions.

## CONTENU THÉORIQUE

### PARTIE C: AFFECTIONS FRÉQUENTES EN PHYSIOTHÉRAPIE

Les affections couramment observées dans la pratique de la physiothérapie sont regroupées en 4 domaines et 12 sections correspondant aux systèmes et appareils physiologiques. Les affections sont désignées comme étant de niveau 1 ou de niveau 2:

- Niveau 1: Les physiothérapeutes débutants doivent connaître et comprendre la cause, les mécanismes physiopathologiques, l'évolution naturelle, le tableau clinique habituel (signes/symptômes, incapacités), les diagnostics différentiels, le pronostic, la prise en charge physiothérapeutique actuelle et la prise en charge non physiothérapeutique essentielle (médicale, chirurgicale) des affections. Remarque: Les affections de niveau 1 sont les affections de type « Indicateur clé » les plus couramment traitées par les physiothérapeutes débutants.
- Niveau 2: Les physiothérapeutes débutants doivent connaître ces affections et comprendre le type ou la catégorie auquel elles se rapportent et leur portrait clinique général. Remarque: Les affections de niveau 2 sont présentées dans les cursus comme des éléments de transfert d'apprentissage, c'est-à-dire des sujets moins fréquents mais offrant l'occasion d'un apprentissage plus approfondi ou autonome.

AFFECTIONS FRÉQUENTES	
Cardiovasculaires-pulmonaires	
Musculosquelettiques	
Neurologiques	
Autres affections	Cognitives Gastro-intestinales Génétiques Tégumentaires Immunitaires Métaboliques Oncologiques Des voies urinaires/de l'appareil reproducteur

Voir la [Partie C: Affections fréquentes dans la pratique de la physiothérapie](#), pour plus de précisions.

## EXPÉRIENCES DE FORMATION CLINIQUE

La formation clinique en physiothérapie est la composante du cursus d'entrée à la pratique grâce à laquelle les étudiants acquièrent une expérience pratique dans divers contextes professionnels, en vue d'assimiler et d'appliquer les connaissances, les compétences, les comportements et le raisonnement clinique nécessaires à la pratique de la physiothérapie. La formation clinique permet de renforcer le professionnalisme, l'expertise clinique et les compétences en matière de communication, de collaboration, de gestion, de leadership et d'érudition, dont les étudiants en physiothérapie ont besoin pour commencer à exercer en toute sécurité, de manière compétente et autonome, après l'obtention de leur diplôme.

Les expériences de formation clinique sont décrites en fonction du nombre d'heures de pratique clinique et des contextes de pratique requis pour appliquer et renforcer les compétences, la confiance, le jugement, l'efficacité et la responsabilité des étudiants avant qu'ils n'obtiennent leur diplôme et ne commencent à exercer de manière indépendante.

LIGNES DIRECTRICES SUR LA FORMATION CLINIQUE
Heures cliniques
Domaine de pratique clinique
Contexte de pratique
Supervision d'étudiants

Voir [Expériences de formation clinique: exigences minimales](#), pour plus de précisions.

## LIGNES DIRECTRICES NATIONALES RELATIVES AU CURSUS: CADRE DE RÉFÉRENCE DU CURSUS

Les lignes directrices, de même que le profil de compétences, visent à aider les responsables des programmes à concevoir et à dispenser un cursus qui permette de renforcer le professionnalisme, l'expertise clinique en physiothérapie et les compétences en matière de communication, de collaboration, de gestion, de leadership et d'érudition.

Le profil de compétences présente les exigences en matière de compétences au stade de l'accès à la pratique. L'énoncé concernant l'accès à la pratique explique dans quels domaines de pratique les diplômés seront prêts à commencer à pratiquer la physiothérapie de manière indépendante, sécuritaire, compétente et autonome. Le volet « Contenu théorique » des lignes directrices expose plus en détail les connaissances fondamentales (essentielles et non-essentielles), les compétences minimales et les affections les plus fréquentes dans la pratique pour que la capacité des diplômés corresponde au niveau de rendement attendu associé aux jalons d'entrée à la profession. Dans le volet « Expériences de formation clinique », les lignes directrices recommandent que ces habiletés, connaissances et attitudes soient appliquées selon certains cadres. Le profil de compétences et les lignes directrices constituent conjointement un cadre de référence du cursus complet. La figure 1 illustre l'interrelation de ces éléments au sein du même cadre de référence.

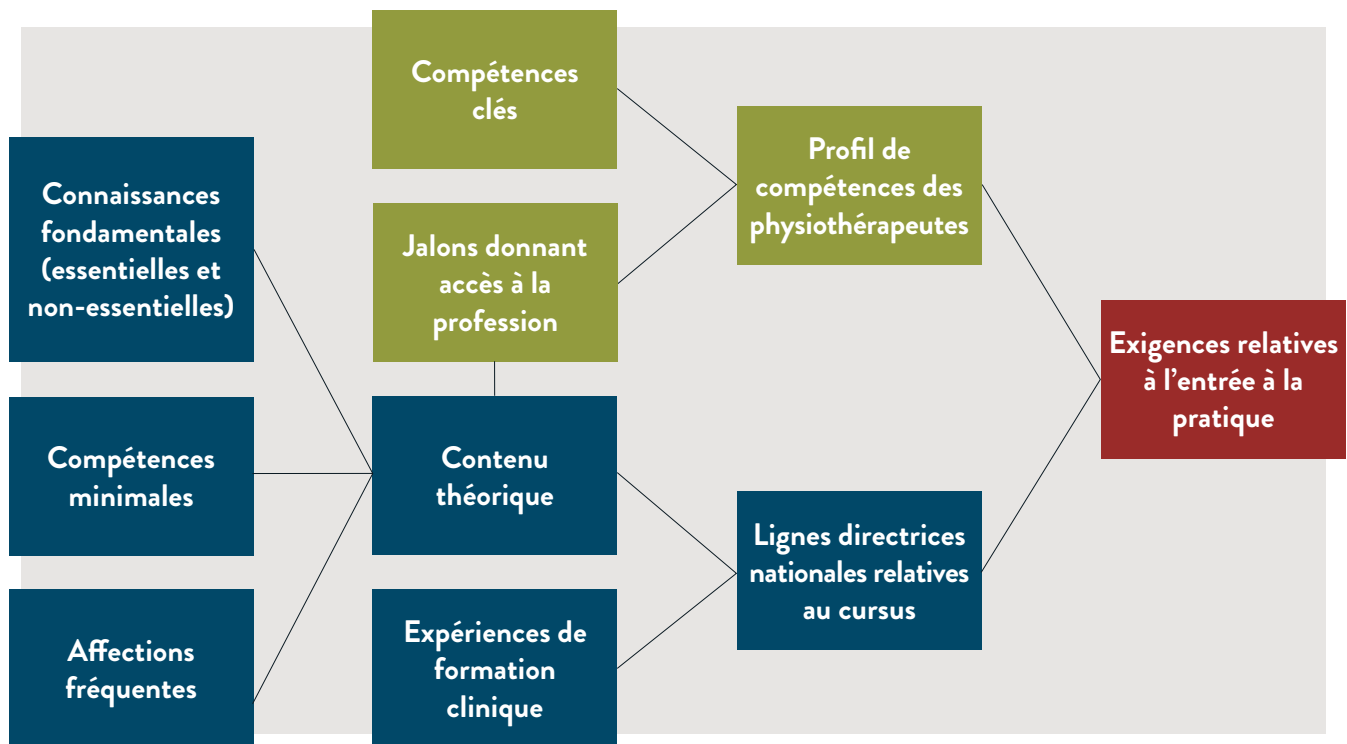


Figure 1: Cadre de référence du cursus d'entrée à la pratique

Ce document, qui intègre à la fois les lignes directrices et le profil de compétences en un cadre de référence du cursus, est conçu comme un outil complet visant à aider les programmes de physiothérapie à élaborer, à organiser, à examiner et à évaluer le contenu des programmes, les activités cliniques, les jalons et les compétences. Les résultats attendus de la part des étudiants, tels qu'ils sont indiqués dans le cadre de chaque programme, détermineront la manière dont le profil de compétence et les lignes directrices seront intégrés dans leur cursus respectif.

Au moment d'élaborer ou de dispenser leur cursus, les responsables des programmes peuvent également prendre en compte d'autres documents de référence nationaux dans le domaine de la physiothérapie, notamment le plan directeur de l'ECP, les normes de pratique fondamentales de l'ACORP, les déclarations de principe de l'ACP, les normes, règlements et codes de déontologie provinciaux ou territoriaux en matière de physiothérapie, et les normes d'agrément de l'AEPC.

# Lignes directrices nationales relatives au cursus: présentation détaillée des volets

## CONTENU THÉORIQUE

### PARTIE A: CONNAISSANCES FONDAMENTALES POUR L'ENTRÉE À LA PRATIQUE

La partie A comprend le contenu nécessaire ou essentiel et les domaines considérés comme facultatifs ou supplémentaires contenu fondamental non essentiel. Les domaines et sujets essentiels ont été regroupés en quatre sections de connaissances de base comptant 28 sous-sections. Le contenu essentiel établit une base de connaissances recoupant tous les domaines définis dans le profil des compétences. Il comprend une section de sujets nouveaux considérés comme des connaissances non essentielles, qui pourront être traités par certains programmes. Il est entendu que certains étudiants peuvent avoir acquis des connaissances dans certains de ces domaines au cours de leurs études de premier cycle ou dans le cadre des cours préalables requis. Par conséquent, tous ces sujets ne sont pas forcément intégrés au cursus d'un programme d'entrée à la pratique professionnelle en physiothérapie.

### CONNAISSANCES FONDAMENTALES: CONTENU ESSENTIEL – DOMAINES ET SUJETS

#### 1. ANATOMIE & NEUROANATOMIE

- a. Histologie des muscles, des os et de la peau
- b. Développement anatomique et terminologie
- c. Anatomie macroscopique de l'appareil locomoteur, du système neurologique, de l'appareil cardiovasculaire, de l'appareil respiratoire et du système tégumentaire
- d. Anatomie régionale – tête et cou, dos, membres supérieurs et inférieurs, thorax, abdomen, bassin et périnée
- e. Développement neuroanatomique
- f. Anatomie du cerveau et des systèmes nerveux central, périphérique et autonome
- g. Répartition motrice et sensorielle des nerfs crâniens et des nerfs périphériques
- h. Anatomie du système vestibulaire

#### 2. PHYSIOLOGIE HUMAINE

- a. Physiologie, des systèmes cellulaires aux macrosystèmes
- b. Systèmes et appareils physiologiques:
  - i. Appareil cardiovasculaire
    - structures et fonctions cardiovasculaires, fonction mécanique du cœur, activité électrique du cœur, hémodynamique, circulation coronarienne, cérébrale et périphérique, dynamique des liquides de l'organisme
    - valeurs normales ou anormales de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle, et des bruits du cœur normaux ou anormaux

- caillot/thrombose, équilibre des liquides de l'organisme/stase veineuse, œdème, lymphœdème
  - régulation de la tension artérielle – hypotension/hypertension, syncope
- ii. Cognition
- éveil, attention, orientation, émotion, traitement et enregistrement de l'information
  - rétention, mémoire, rappel
  - communication, langage
  - perception, prise de décisions
- iii. Système tégumentaire
- caractéristiques de la peau
  - dégradation/blessures cutanées
  - formation de cicatrices
- iv. Système immunitaire
- inflammation – processus et signes, étapes de la guérison
  - infection – bactérienne, virale, locale/généralisée, septicémie
  - réponses immunitaires
- v. Métaboliques
- régulation de la glycémie, équilibre hydro-électrolytique et régulation hormonale, formation des globules rouges, équilibre acido-basique
  - physiologie/structures endocriniennes et rénales
  - systèmes énergétiques/production d'énergie
  - température normale ou anormale – hypothermie/hyperthermie
- vi. Musculosquelettique
- posture – normale/anormale, lordose/cyphose, scoliose
  - structure/physiologie des os
  - structure/physiologie des muscles
  - anthropométrie – longueur des membres, circonférence des membres, composition corporelle
- vii. Neurologiques
- SNC/SNP, fonction des nerfs crâniens
  - développement neuro-physiologique
  - réactions du système nerveux aux blessures et au vieillissement incluant sa réparation, la neuroplasticité
  - neurotransmission, tonus musculaire, fonction motrice, traitement sensoriel/normal, intégration sensorimotrice, test de conduction nerveuse
- viii. Appareil respiratoire
- structures/fonction respiratoire, mécanismes de défense, mécanique de la respiration
  - circulation pulmonaire, transport/échange gazeux, régulation de la respiration
  - bruits respiratoires normaux et anormaux, rythmes respiratoires, volumes pulmonaires, saturation en oxygène, hypoxie/hypercapnie
- ix. Appareil urinaire/reproducteur
- structures/fonction de l'appareil urinaire
  - structures/fonction de l'appareil reproducteur
  - grossesse et post-partum

### 3. PATHOLOGIE/PHYSIOPATHOLOGIE

- a. Nature des maladies, blessures et leurs causes, leurs mécanismes et leurs conséquences
- b. Processus et mécanismes pathologiques courants
- c. Impact des pathologies sur la physiologie, la structure et la fonction
- d. Processus d'inflammation, de dégénérescence et de régénération
- e. Stades de guérison – tissus mous, os
- f. Facteurs environnementaux ayant un impact sur la santé

### 4. CYCLE DE LA VIE

- a. Développement typique (anatomique, biologique, neurologique, psychologique) du nouveau-né/nourrisson à l'âge adulte
- b. Dimensions anatomiques, biologiques, neurologiques, psychologiques et sociales du vieillissement
- c. Questions relatives à la fin de vie

### 5. SCIENCES DU MOUVEMENT

- a. Biomécanique, cinématique et cinétique
  - i. Mécanique tissulaire, arthrocinématique, contraction musculaire
  - ii. Mesures biomécaniques
  - iii. Mobilité/stabilité fonctionnelle, tâches de manipulation
  - iv. Effets des blessures, des affections, des maladies, de la génétique, des facteurs environnementaux, des agents pharmacologiques
- b. Régulation sensori-motrice
  - i. Théories, modèles et principes de la régulation et de l'apprentissage des fonctions motrices
  - ii. Développement moteur
  - iii. Neuroplasticité – résultant d'une blessure ou d'une pratique, effets positifs/négatifs sur le rétablissement
  - iv. Effets des blessures, des affections, des maladies, de la génétique, des facteurs environnementaux, des agents pharmacologiques
  - v. Effets de la pratique, de la rétroaction, de la cognition
- c. Ergonomie
  - i. Principes d'ergonomie
  - ii. Ergonomie et mobilité – posture, démarche, contrôle de l'équilibre, prothèses/orthèses, AVQ, appareils d'assistance pour la marche

### 6. SCIENCE DE L'EXERCICE

- a. Réponses physiologiques à l'exercice à l'échelle des cellules et des systèmes
  - i. Principes du métabolisme aérobie et anaérobie
  - ii. Conditionnement aérobie et anaérobie, tolérance et capacité
  - iii. Effets physiologiques du déconditionnement et de l'alitement/immobilité
  - iv. Principes de l'entraînement musculaire en force, en puissance et en endurance

- b. Types d'exercices – concentriques, dynamiques/isotoniques, excentriques, isocinétiques, isométriques
- c. Applications d'exercices – entraînement actif assisté, actif, contre résistance, aérobique/d'endurance
- d. Mesures de l'énergie/du travail/de la puissance, de la composition corporelle, de la condition physique aérobique et anaérobique, de la force et de l'endurance musculaires, de la flexibilité, de l'équilibre et de la coordination
- e. Principes et méthodologie d'évaluation, de prescription et de progression des exercices
- f. Paramètres d'exercices et d'activité physique, mesures et surveillance
- g. Facteurs/directives de prescription en matière d'exercices pour les populations en bonne santé, la forme physique, la haute performance, selon l'âge ou le sexe et pendant la grossesse
- h. Facteurs de prescription d'exercices/directives pour les populations souffrant de maladies chroniques, d'affections/maladies, fragilité, d'une blessure
- i. Dépistage des facteurs de risque

## **7. DOULEUR**

- a. Modèle biopsychosocial de la douleur
- b. Types de douleur – nociceptive, neuropathique, nociplastique
- c. Mécanismes de la douleur – inflammatoire, mécanique, nociceptive primaire, neuropathique périphérique, neuropathique centrale, adaptation du SNC, psychosociale
- d. Mécanismes de la douleur– anomalie du traitement nociceptif, modulation pronociceptive et antinociceptive

## **8. PHARMACOLOGIE**

- a. Pharmacocinétique de base
- b. Noms, classifications de médicaments, indications, effets indésirables et effets secondaires de base des médicaments (en vente libre/sur ordonnance) utilisés en présence des affections fréquentes en physiothérapie

## **9. SCIENCES PSYCHOLOGIQUES**

- a. Fonctions cognitives de l'apprentissage, de la perception, de l'attention, de la mémoire, de la motivation, de l'adaptation et de l'auto-efficacité
- b. Fonctions comportementales liées au changement, à la participation sociale et à la communication

## **10. SCIENCES SOCIALES**

- a. Concepts de qualité de vie, invalidité et fonctionnement
- b. Diversité socioculturelle – sexe, âge, ethnicité, religion, identité de genre, capacités physiques
- c. Théories sociales du changement
- d. Études critiques sur l'invalidité



# CONNAISSANCES FONDAMENTALES (CONTENU ESSENTIEL): TRAITEMENTS DE PHYSIOTHÉRAPIE – DOMAINES ET SUJETS

## 11. THÈMES GÉNÉRAUX DES TRAITEMENTS EN PHYSIOTHÉRAPIE

- a. Évaluation/raisonnement clinique/approches d'intervention utilisées en physiothérapie – systèmes d'alerte cliniques
- b. Affections observées en physiothérapie (voir l'annexe 3: Affections fréquentes en physiothérapie)
- c. Lutte contre les infections – pratiques de routine, précautions universelles
- d. Manœuvres physiques sécuritaires pour le client
- e. Critères d'évaluation et échelles d'évaluation (voir liste à l'annexe 2: Compétences minimales d'entrée à la pratique/l'évaluation) – lignes directrices de référence pour la sélection, les propriétés psychométriques, le contexte d'utilisation
- f. Approches et programmes de réadaptation pour les individus et les groupes – populations précises, prévention des blessures, promotion de la santé/du bien-être

## 12. PRISE EN CHARGE DES VOIES RESPIRATOIRES

- a. Indications/contre-indications, implications, principes, stratégies et approches de prise en charge des voies respiratoires
- b. Stratégies de respiration – cycle actif de la respiration, techniques d'expiration forcée, techniques de toux assistée/d'expiration prolongée, respiration rythmée, contraction des lèvres (pour souffler contre résistance respiratoire), emmagasinage d'air, rétention maximale du souffle
- c. Positionnement – facilitation de la respiration, drainage postural, maximisation de la ventilation et de la perfusion
- d. Techniques manuelles/mécaniques – percussion et vibration, aspiration
- e. Appareils d'assistance respiratoire – pression expiratoire positive (PEP) avec oscillations, inhalateurs, nébuliseurs, insufflation/exsufflation mécanique
- f. Oxygénothérapie – dosage de l'oxygène, systèmes d'administration
- g. Aspiration – orale, trachéale, par les voies respiratoires
- h. Ventilation assistée – ventilation effractive/non effractive

## 13. AGENTS ÉLECTROPHYSIQUES (AEP)

- a. Indications/précautions/contre-indications, implications, principes, stratégies et approches pour tous les AEP
- b. Effets indésirables/nocifs potentiels des divers AEP utilisés en physiothérapie
- c. Principes de calibration et d'entretien de routine de l'équipement requis pour l'administration des AEP
- d. Modalités d'administration des AEP:
  - i. Rétroaction biologique
  - ii. Bains contrastes
  - iii. Stimulation électrique fonctionnelle (SEF)
  - iv. Méthodes de traitement par la chaleur
  - v. Méthodes de traitement par le froid

- vi. Courant interférentiel (CIF)
- vii. Laser
- viii. Stimulation électrique neuromusculaire (SENM)
- ix. Cire de paraffine
- x. Neurostimulation électrique transcutanée (TENS)
- xi. Échographie

#### **14. PROGRAMMES DE GROUPE**

- a. Évaluation des besoins des populations
- b. Cadres de référence et approches en vue de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation des programmes

#### **15. MOBILITÉ – GÉNÉRALITÉS**

- a. Indications/contre-indications, implications, principes, stratégies et approches pour les interventions liées au mouvement
- b. Démarche/locomotion – types, méthodes analytiques, état de la mise en appui
- c. Posture, équilibre, coordination, agilité, dextérité
- d. Manipulation physique – principes, sécurité, équipement

#### **16. MOBILITÉ – TISSUS MOUS**

- a. Indications/contre-indications, implications, principes, stratégies/approches pour les techniques relatives aux tissus mous
- b. Massage – thérapeutique, tissu conjonctif
- c. Traction manuelle
- d. Manipulation – articulations périphériques
- e. Mobilisation – articulations vertébrales et périphériques
- f. Techniques neurodynamiques – mobilisation, exercices de glissement/mobilisation d'un nerf
- g. Amplitude de mouvement passif, étirement

#### **17. APPAREILS D'ASSISTANCE ET THÉRAPEUTIQUES**

- a. Indications/précautions/contre-indications, implications, principes, sécurité, stratégies et méthodes pour tous les dispositifs
- b. Effets indésirables/nocifs potentiels des appareils utilisés en physiothérapie
- c. Aides pour la marche – cannes, béquilles, marchettes, bâtons de marche, fauteuils roulants
- d. Appareil d'assistance, matériel adapté et dispositif de protection – attelles, application de ruban adhésif (taping)/enveloppement, bandages, attelles, orthèses, vêtements, cols
- e. Compressothérapies – vêtements de compression, taping et bandages, dispositifs d'application synergique du froid et de la compression
- f. Dispositifs mécaniques – cadre de verticalisation, table inclinable, dispositifs de soutien du poids corporel
- g. Prothèses – types pour membres supérieurs et inférieurs

## 18. EXERCICE THÉRAPEUTIQUE

- a. Indications/contre-indications, implications, principes, stratégies/méthodes pour l'exercice thérapeutique
- b. Interventions thérapeutiques par l'exercice/entraînement
  - i. Entraînement à des activités pour le travail et/ou les activités récréatives/le jeu/les loisirs
  - ii. Capacité aérobie/activité par intervalles/entraînement d'endurance
  - iii. Exercice aquatique
  - iv. Équilibre, proprioception, coordination, entraînement d'agilité
  - v. Conservation d'énergie
  - vi. Exercices de flexibilité – amplitude du mouvement, étirements
  - vii. Entraînement aux activités fonctionnelles – mobilité au lit, transferts, compétences adaptées à l'âge, AVQ
  - viii. Entraînement de la démarche/locomotion
  - ix. Exercices de planification/contrôle de la fonction motrice
  - x. Activités développementales neuromotrices
  - xi. Exercices du plancher pelvien
  - xii. Exercices posturaux
  - xiii. Entraînement de relaxation
  - xiv. Entraînement en force/puissance

## 19. SOIN DES PLAIES

- a. Prise en charge des plaies (épidermiques et dermiques)
  - i. Prévention, évaluation de la pression/décharge, positionnement, soins des pieds, exercice
  - ii. Hygiène cutanée de base, cicatrisation/obstacles à la cicatrisation
  - iii. Débridement, pansements, prise en charge des ampoules/cicatrices, compression

## CONNAISSANCES FONDAMENTALES (CONTENU ESSENTIEL): PRATIQUE PROFESSIONNELLE – DOMAINES ET SUJETS

## 20. ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE CLIENT-PHYSIOTHÉRAPEUTE

- a. Définition et conduite de la relation thérapeutique
- b. Modèles et intégration des soins centrés sur le client/la famille
- c. Intégration d'une approche de la pratique fondée sur des données probantes dans toutes les facettes des soins de physiothérapie.
- d. Stratégies visant à intégrer l'empathie, l'écoute active, la gentillesse et la sensibilité
- e. Savoir-faire en matière de diversité culturelle, de sécurité et d'humilité
- f. Principes relatifs à la prise de décisions partagée et à l'établissement d'objectifs
- g. Sécurité du client – facteurs physiques, émotionnels et sociaux
- h. Harcèlement et maltraitance (sexuelle, d'enfants, de personnes âgées) – reconnaissance des signes, principes de pratique fondés sur le traumatisme

- i. Prise en compte des facteurs pronostiques pertinents pour chaque client
- j. Théories et modèles concernant le recours au jugement professionnel, au raisonnement clinique, au diagnostic différentiel
- k. Théories et approches de communication visant à favoriser le changement de comportement, à motiver le client, à faciliter les conversations difficiles
- l. Déterminants de la santé et du comportement
- m. Mesures des résultats – application/intégration, pertinence pour le client/la population

## 21. PRATIQUE PROFESSIONNELLE AUTONOME

- a. Pratique autonome et professions réglementées
- b. Compétences essentielles des physiothérapeutes au Canada
- c. Rôles et domaines de pratique en physiothérapie
- d. Rôles et fonctions des organismes professionnels de physiothérapie
- e. Législation fédérale et provinciale/territoriale relative à la prestation de services de physiothérapie et de soins de santé
- f. Exigences réglementaires professionnelles – normes de pratique, compétences et lignes directrices
- g. Modalités réglementaires concernant l'agrément, les rapports obligatoires, les motifs de préoccupation et les sanctions disciplinaires
- h. Exigences en matière de confidentialité et de respect de la vie privée concernant les renseignements, les documents et la tenue de dossiers à caractère médical
- i. Exigences des prestataires de soins de santé ou des employeurs – directives de pratique clinique, parcours de soins ou soins stratifiés, outils et protocoles de planification des congés
- j. Modèles, approches et principes de prise en charge centrée sur le client
- k. Consentement éclairé – complet, initial/continu
- l. Droit de la santé et invalidité
- m. Responsabilité juridique, faute professionnelle, fraude et négligence
- n. Principes et compétences en matière de sécurité des soins aux clients et d'événements indésirables
- o. Maintien du niveau de compétences – exigences, évaluation, maintien et développement
- p. Apprentissage permanent et perfectionnement professionnel continu
- q. Stratégies de réflexion sur soi et d'auto-évaluation
- r. Bien-être et saturation compassionnelle des prestataires/individus

## 22. PRATIQUE ÉTHIQUE

- a. Théories et modèles de raisonnement éthiques, bioéthique
- b. Codes de déontologie et de valeurs professionnelles
- c. Altruisme, devoir de traiter et responsabilité sociale
- d. Invalidité et modèles de capacité
- e. Droits de la personne, diversité, équité et inclusion
- f. Principes de justice sociale et de défense des intérêts des clients, des collectivités, de l'individu et de la profession

- g. Conflits d'intérêts – potentiels, réels et perçus
- h. Auto-évaluation des valeurs et du sens de l'éthique
- i. Limites professionnelles – reconnaissance, gestion, violations réelles/potentielles
- j. Principes relatifs aux pratiques professionnelles conformes à l'éthique
- k. Utilisation des médias sociaux et de la technologie conforme à l'éthique

### **23. PRATIQUE EN COLLABORATION**

- a. Principes et modalités des soins centrés sur le client/la famille/la collectivité dispensés en équipe
- b. Principes et compétences relatifs à la pratique interprofessionnelle en collaboration
- c. Titres, formation, compétences pertinentes et champ de pratique des membres d'une équipe interprofessionnelle typique
- d. Principes et modalités de fonctionnement efficace d'une équipe
- e. Principes et théories du leadership
- f. Cadres et approches en matière d'évaluation du niveau de performance, de soins et d'examen d'un patient en équipe
- g. Principes et stratégies de constitution d'une équipe
- h. Stratégies de résolution et de gestion des conflits
- i. Pratiques de consultation et d'orientation
- j. Principes, stratégies et exigences concernant la supervision, l'affectation et la délégation

### **24. COMMUNICATION ET INFORMATION**

- a. Modèles et stratégies de communication orale et écrite
- b. Terminologie relative à la santé en général, à la médecine et à la physiothérapie
- c. Modèles et exigences en matière de documentation et de dossiers médicaux/de santé électroniques
- d. Communication assistée – utilisation d'appareils, de modèles, de technologies, d'interprètes
- e. Stratégies de communication au sein d'une équipe – briefing/débriefing, situations d'urgence
- f. Théories de l'enseignement et de l'apprentissage – principes concernant la formation des adultes
- g. Stratégies visant à répondre aux besoins des individus et des populations en matière d'enseignement et d'apprentissage
- h. Définition et évaluation des résultats d'apprentissage
- i. Choix et développement des ressources d'apprentissage
- j. Utilisation des médias et des médias sociaux

### **25. ÉVALUATION CRITIQUE ET RECHERCHE**

- a. Principes fondamentaux de l'évaluation critique
- b. Sources et niveaux de preuves
- c. Stratégies de recherche documentaire
- d. Fondements théoriques de la recherche
- e. Principes de conduite éthique dans la recherche clinique
- f. Législation et normes fédérales et provinciales/territoriales relatives à la recherche clinique
- g. Conception de la recherche – méthodes quantitatives, qualitatives et mixtes
- h. Élaboration et mise à l'essai de questions de recherche clinique

- i. Questions de biais et de validité
- j. Méthodes courantes d'échantillonnage et de collecte et d'analyse des données
- k. Méthodes statistiques descriptives et déductives
- l. Principes relatifs à la rédaction d'un projet de recherche clinique, d'un article scientifique, d'un résumé ou d'une affiche
- m. Théories et modèles d'échange/de transfert et d'intégration des connaissances dans la pratique
- n. Mesure de l'effet des interventions
- o. Propriétés psychométriques des outils d'évaluation

## **CONNAISSANCES FONDAMENTALES (CONTENU ESSENTIEL): CADRE DE PRATIQUE – DOMAINES ET SUJETS**

### **26. SYSTÈME DE SANTÉ DU CANADA**

- a. Histoire du système de santé au Canada
- b. Histoire de la santé des populations autochtones du Canada
- c. La Loi canadienne sur la santé et lois provinciales afférentes
- d. Structures et organismes canadiens de soins de santé et des services sociaux
- e. Secteurs de soins de santé, prestation de services et modèles de financement
- f. Continuum de prestation des services de soins de santé
- g. Politiques de santé et répercussions sur les questions de l'invalidité et l'exercice de la physiothérapie
- h. Fonctions de Santé Canada, des organismes de santé provinciaux/territoriaux et de l'Institut canadien d'information sur la santé
- i. Exercice de la physiothérapie au Canada

### **27. MILIEU GLOBAL DE LA SANTÉ**

- a. Déterminants de la santé – Organisation mondiale de la Santé et Agence de la santé publique du Canada
- b. Concepts, modèles et cadres permettant d'orienter la pratique en matière de santé et de physiothérapie
- c. Indicateurs et mesures généralement utilisés pour déterminer l'état de santé de la population et de la communauté et les facteurs de risques
- d. Classification internationale du fonctionnement (CIF) de l'Organisation mondiale de la Santé
- e. Prise en charge des maladies chroniques et non transmissibles
- f. Pronostic de santé des populations
- g. Tendances en matière de santé – vieillissement de la population

### **28. GESTION DE LA PRATIQUE**

- a. Structures des organismes
- b. Gouvernance des organismes et communication
- c. Vision, mission, politiques et règlements des organismes
- d. Structures et modèles de financement publics et privés
- e. Facteurs influant sur la disponibilité et l'accessibilité des programmes

- f. Principes et stratégies de gestion de la charge professionnelle et des listes d'attente
- g. Politiques et règlements pertinents aux ressources humaines en santé
- h. Gestion des ressources humaines, de l'espace et de l'équipement
- i. Gestion des dossiers médicaux et des renseignements concernant la pratique
- j. Sécurité des clients et des prestataires et gestion des risques
- k. Activités de contrôle et d'amélioration de la qualité
- l. Évaluation de la prestation de services
- m. Évaluation de la satisfaction des clients
- n. Réglementation et exigences concernant l'agrément des programmes et des établissements cliniques
- o. Plan d'entreprise général et propositions de programmes
- p. Concepts généraux relatifs aux finances d'entreprise
- q. Principes de commercialisation et réglementation de la publicité

## **CONNAISSANCES FONDAMENTALES: CONTENU NON-ESSENTIEL**

*REMARQUE:* Ce domaine comprend des sujets qui ne relèvent PAS du contenu essentiel aux fins de l'entrée à la pratique. Certains programmes de physiothérapie abordent des sujets émergents, mais nous ne les mentionnons ici qu'à titre indicatif et pour éclairer les discussions en cours concernant le cursus.

### **29. SUJETS ÉMERGENTS AYANT TRAIT À L'ENTRÉE À LA PRATIQUE**

- a. Nouveaux rôles et modèles d'équipe – soins primaires, consultant, membre de l'équipe de soins familiaux
- b. Réadaptation vestibulaire – interventions ciblant le VPPB
- c. Évaluation/prise en charge/interventions ciblant le plancher pelvien
- d. Réadaptation à distance
- e. Intégration des technologies d'évaluation et d'intervention et de l'intelligence artificielle – technologie portable, prothèses, organes effecteurs, réalité virtuelle/augmentée, moniteurs intelligents/dispositifs de suivi de la santé
- f. Commande d'exams d'imagerie diagnostiques, de conduction nerveuse et d'analyses de laboratoire
- g. Imagerie échographique en physiothérapie
- h. Technologies de santé numériques
- i. Médecine personnalisée et de précision/réadaptation
- j. Stimulation transcrânienne à courant continu (STCC)
- k. Aiguilles sèches
- l. Thérapie/assistance canine

## CONTENU THÉORIQUE

### PARTIE B: COMPÉTENCES MINIMALES D'ENTRÉE À LA PRATIQUE

Les compétences minimales décrites dans la partie B définissent plus en détail les compétences essentielles et les jalons donnant accès à la profession relevant des sept domaines du profil de compétences. Ces compétences sont élémentaires et représentent le niveau minimal de capacités attendu au stade de l'entrée à la pratique.

La majorité des compétences relèvent du Domaine 1 – expertise en physiothérapie, et sont regroupées en 15 sous-sections. Chacun des six autres domaines comporte trois à sept compétences minimales correspondantes. Les compétences ne sont pas énumérées dans un ordre chronologique/pratique et doivent être choisies en fonction du client.

#### DOMAINE 1 – EXPERTISE EN PHYSIOTHÉRAPIE

##### Annexe A – Domaine 1 du profil de compétences

#### 1. APPROCHE CENTRÉE SUR LE CLIENT

- a. Interroger le client pour connaître son histoire en utilisant des approches empathiques et adaptées sur le plan culturel
- b. Utiliser un langage simple pour encourager le client à poser des questions et favoriser la compréhension
- c. Utiliser des approches d'accompagnement et de changement de comportement lorsque c'est indiqué
- d. Obtenir un consentement éclairé continu après avoir divulgué les renseignements pertinents:
  - i. Explication de la consultation
  - ii. Diagnostic, pronostic
  - iii. Méthodes d'évaluation et d'intervention
  - iv. Risques et avantages
  - v. Frais
  - vi. Résultats et délais escomptés
  - vii. Affectation planifiée d'autres personnes aux soins
  - viii. Options en matière de soins, y compris l'absence de soins
- e. Respecter le droit du client de refuser des soins, de refuser des options ou de renoncer à des services
- f. Se conformer aux directives préalables du client

#### 2. SÉCURITÉ DU CLIENT

- a. Utiliser la mécanique corporelle indiquée
- b. Positionner, envelopper et stabiliser correctement le client
- c. Déterminer s'il y a lieu de demander une assistance ou d'utiliser de l'équipement chaque fois qu'il s'agit de manipuler physiquement un client
- d. Reconnaître et réagir aux effets indésirables d'une intervention, p. ex. douleur, détérioration, fatigue
- e. Engager/exécuter des protocoles/procédures d'urgence selon les besoins
- f. Administrer les premiers soins ou la réanimation cardio-respiratoire lorsque c'est indiqué



- g. Adopter systématiquement les pratiques de base et les précautions universelles pour prévenir les infections:
  - i. Utiliser des techniques aseptiques et stériles selon les indications.
  - ii. Respecter l'enchaînement adéquat de toutes les précautions.

### 3. INFORMATION SUR LE CLIENT

- a. Recueillir l'anamnèse et examiner les données provenant d'autres sources:
  - i. Antécédents et traitements antérieurs du client
  - ii. Situation actuelle/historique de la situation en cours
  - iii. Caractéristiques démographiques
  - iv. État de santé général
  - v. Problème(s) principal(aux)
  - vi. Symptôme(s) actuel(s)
  - vii. Médicaments
  - viii. Antécédents médicaux/chirurgicaux
  - ix. Antécédents sociaux
  - x. État fonctionnel/activité actuels et prémorbides
  - xi. Habitudes de vie (sociales/liées à la santé)
  - xii. Milieu de vie
  - xiii. Profession
  - xiv. Croissance et développement
  - xv. Analyses de laboratoire et résultats – fonction pulmonaire, gaz sanguins/hémoglobine, conduction nerveuse, ECG
  - xvi. Imagerie – rayons X, tomodensitométrie, IRM, échographie
  - xvii. Consultations avec d'autres professionnels de la santé/membres de l'équipe
  - xviii. Objectifs/attentes du patient
- b. Poser des questions ciblées concernant:
  - i. Signes d'alerte cliniques
  - ii. Fatigue
  - iii. Douleur
  - iv. Malaise – fièvre, frissons, sueurs
  - v. Nausées/vomissements
  - vi. Étourdissements/sensation de tête légère
  - vii. Prise ou perte de poids inexplicée
  - viii. Engourdissement/paresthésie
  - ix. Faiblesse
  - x. Changements dans l'état de santé mentale/la cognition
  - xi. Violences physiques, sexuelles ou psychologiques
  - xii. Céphalées

- xiii. Dysfonction sexuelle
  - xiv. Orthopnée, syncope
  - xv. Palpitations
  - xvi. Toux, expectorations, hémoptysie
  - xvii. Respiration sifflante, stridor, hippocratisme (digital)
  - xviii. Œdème périphérique
  - xix. Difficulté à avaler
  - xx. Brûlures d'estomac, indigestion, changement de l'appétit
  - xxi. Modification de la fonction intestinale, incontinence
  - xxii. Pollakiurie, miction impérieuse, incontinence
- c. Déterminer les objectifs et les attentes du client en matière de physiothérapie
  - d. Évaluer l'auto-prise en charge du client et sa compréhension de son état de santé présent
  - e. Évaluer les facteurs de risque – affections concomitantes, tabagisme, nutrition, consommation d'alcool/de drogue, niveau d'activité
  - f. Évaluer le stade de disposition au changement de comportement
  - g. Évaluer les besoins et les objectifs relatifs aux programmes de groupe
  - h. Déterminer les ressources disponibles dans la collectivité en matière de programmes de groupe

#### 4. TESTS ET MESURES

- a. Examen général complet et observation du client
  - i. Apparence, posture, signes physiques de douleur, défaut d'alignement, déformation, état physiologique et psychologique
- b. Mesure de la taille, du poids, de la composition corporelle (calcul de l'indice de masse corporelle), du tour de taille, de la longueur des membres, de la circonférence des membres
- c. Mesurer et caractériser la douleur – gravité, qualité, localisation, comportement, mécanismes
- d. Examen objectif complet:
  - i. Des signes vitaux – fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, tension artérielle, saturation en oxygène
  - ii. IPPA – Inspection, Palpation, Percussion, Auscultation
  - iii. Circulation périphérique – pouls
  - iv. Peau – couleur, température, intégrité, mobilité, croissance des poils/ongles, blessures, signes de pression et de danger, lésions/grains de beauté
  - v. Amplitude des mouvements de la colonne vertébrale et des articulations périphériques – passif/actif
  - vi. Anomalies de l'aspect des mouvements, du tonus
  - vii. Longueur des muscles, flexibilité
  - viii. Force musculaire – tests musculaires manuels, dynamométrie
  - ix. Endurance musculaire

- x. Mouvement accessoire articulaire
- xi. Intégrité/laxité des ligaments
- xii. Neurologique – myotomes, dermatomes, réflexes tendineux profonds, intégrité des nerfs crâniens
- xiii. Tests neurodynamiques – test de l’intégrité des nerfs périphériques, tension neurale
- xiv. Tests spéciaux pour la tension sélective des tissus, les structures nerveuses/vasculaires
- xv. Tests sensoriels – toucher léger, douleur vive/sourde, température, pression profonde, localisation, proprioception, vibration, stéréognosie, graphesthésie
- xvi. Alignement et positionnement postural, points de repère osseux
- xvii. Équilibre – statique, dynamique, fonctionnel, réflexes posturaux
- xviii. Démarche – longueur du pas, vitesse, caractéristiques de la démarche, aspects de démarche anormale
- xix. Cognition – éveil, attention, orientation, perception, traitement de l’information, rétention, rappel, langage
- xx. Fonction motrice – planification et contrôle de la fonction motrice, intégration sensori-motrice, coordination, dextérité, agilité
- xxi. Développement adapté à l’âge – neuromoteur, sensoriel, réflexes archaïques
- xxii. Mobilité – mobilité au lit, transferts, manipulation des fauteuils roulants, mobilité fonctionnelle
- xxiii. Capacités fonctionnelles – AVQ, gestion des tâches ménagères, loisirs/condition physique
- xxiv. Ergonomie de base – travail, études, jeux, loisirs
- xxv. Appareils d’assistance et thérapeutiques – aides à la marche, attelles, appareils de soutien
- xxvi. Prothèses – alignement général et caractère adapté, sécurité, impact sur le fonctionnement

## 5. ÉLÉMENTS D’ÉVALUATION ET ÉCHELLES D’ÉVALUATION

- a. Choisir les échelles d’évaluation, les outils de dépistage et les items à évaluer (appliqués par le physiothérapeute ou le client lui-même) selon les niveaux de déficiences, les limitations d’activité et les restrictions à la participation du client
- b. Agréger les données concernant les clients et analyser les résultats
- c. Exécuter/appliquer les tests, les outils de mesure et les échelles, à savoir:
  - i. Tests de marche de 2 ou 6 minutes (2MWT, 6MWT)
  - ii. Tests de marche chronométrée sur 5 ou 10 mètres (5MWT, 10MWT)
  - iii. Échelle d’équilibre de Berg (BBS)
  - iv. Échelle de Borg d’évaluation de l’effort perçu (RPE)
  - v. Échelles d’évaluation de l’AVC de Chedoke-McMaster (Chedoke)
  - vi. Questionnaire DASH (Disabilities of Arm, Shoulder & Hand) évaluant l’invalidité aux bras, aux épaules et aux mains
  - vii. Échelle du coma Glasgow (GCS)
  - viii. Système de classification de la fonction motrice globale (GMFCS)
  - ix. Échelle fonctionnelle des membres inférieurs (LEFS)
  - x. Mini-examen de l’état mental (MMSE)

- xi. Échelle modifiée de la dyspnée de Borg (MBS)
- xii. Questionnaire NDI (Neck Disability Index)
- xiii. Questionnaire d'évaluation de l'incapacité liée à la lombalgie ODI (Oswestry Disability Index)
- xiv. Échelle fonctionnelle PSFS (Patient Specific Functional Scale)
- xv. Questionnaire Roland-Morris sur l'invalidité (Roland-Morris)
- xvi. Test du lever de chaise (FTSST, 30CST)
- xvii. Test « se lever et marcher » (TUG)
- xviii. Indice fonctionnel des membres supérieurs UEFI (Upper Extremity Functional Index)
- xix. Échelle visuelle analogue (VAS)/échelle numérique d'évaluation de la douleur
- xx. Indice WOMAC (Western Ontario & McMaster Universities Osteoarthritis Index) d'évaluation de l'arthrose

## 6. PLANIFICATION DES SOINS

- a. Établir des buts à court et à long termes
- b. S'assurer que les buts sont précis, mesurables, atteignables, pertinents et définis dans le temps
- c. Noter les précautions et les contre-indications
- d. Choisir et justifier les interventions
- e. Établir des critères de congé en fonction des objectifs du client et de son fonctionnement actuel
- f. Expliquer les raisons d'un aiguillage vers d'autres services
- g. Discuter des options de facturation/remboursement offertes au client

## 7. PRISE EN CHARGE DES VOIES RESPIRATOIRES

- a. Appliquer des stratégies respiratoires – cycle actif de la respiration, techniques d'expiration forcée, techniques de toux assistée/d'expiration prolongée, respiration rythmée, contraction des lèvres (pour souffler contre résistance respiratoire), emmagasinage d'air, rétention maximale du souffle.
- b. Positionner le client de manière à faciliter la respiration, le drainage postural et la maximisation de la ventilation et de la perfusion.
- c. Utiliser des techniques manuelles – percussion, vibration.
- d. Utiliser et/ou enseigner l'utilisation d'appareils d'assistance respiratoire – pression expiratoire positive (PEP) avec oscillations, inhalateurs, insufflation/exsufflation mécanique.
- e. Effectuer le dosage de l'oxygène.
- f. Appliquer des dispositifs d'administration d'oxygène – canule nasale, masque de Venturi.
- g. Effectuer une aspiration – orale, trachéale, par les voies respiratoires.
- h. Utiliser la ventilation assistée – ventilation efficace/non efficace.

## 8. INFORMATION – COMMUNICATION AVEC LES CLIENTS

- a. Évaluer les niveaux d'apprentissage acquis du client/de la famille/de l'aidant afin de veiller à la clarté de l'information transmise.
- b. Déterminer les caractéristiques des clients ayant une répercussion sur l'apprentissage.
- c. Fournir de l'information et des directives:

- i. La condition du client et les soins de physiothérapie.
  - ii. L'objectif et les résultats des évaluations et des interventions, les progrès, les issues et la planification du congé.
  - iii. Les interventions de physiothérapie.
  - iv. L'efficacité et la sécurité des techniques.
  - v. L'utilisation adéquate de l'équipement/des appareils.
  - vi. Les paramètres, le dosage et les lignes directrices concernant les interventions.
  - vii. Les réponses normales et anormales aux interventions.
  - viii. La prise en charge des facteurs de risque et la prévention des blessures.
  - ix. Les rôles du client/de la famille/du prestataire de soins et des autres membres de l'équipe.
- d. Fournir au client de l'information sur le programme d'aide à domicile.
  - e. Adopter des approches de communication qui favorisent le changement de comportement.

## 9. AGENTS ÉLECTROPHYSIQUES (AEP)

- a. Appliquer les modalités des AEP:
  - i. Rétroaction biologique
  - ii. Bains contrastes
  - iii. Stimulation électrique fonctionnelle (SEF)
  - iv. Méthodes de traitement par la chaleur
  - v. Méthodes de traitement par le froid
  - vi. Courant interférentiel (CIF)
  - vii. Laser
  - viii. Stimulation électrique neuromusculaire (SENM)
  - ix. Cire de paraffine
  - x. Neurostimulation électrique transcutanée (TENS)
  - xi. Échographie

## 10. INTERVENTIONS MISANT SUR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

- a. Choisir, prescrire et/ou effectuer l'une ou l'autre de ces interventions:
  - i. Entraînement de la capacité aérobie par intervalles/endurance
  - ii. Exercice aquatique
  - iii. Entraînement à l'aide d'appareils d'aide à la marche
  - iv. Entraînement axé sur l'équilibre, la coordination et l'agilité
  - v. Entraînement axé sur la mécanique corporelle
  - vi. Entraînement axé sur la réadaptation cardiaque
  - vii. Initiation à l'utilisation d'appareils fonctionnels, de matériel adapté et de dispositifs de protection
  - viii. Entraînement axé sur la conservation d'énergie
  - ix. Exercices de flexibilité – amplitude du mouvement, étirements
  - x. Entraînement axé sur les activités fonctionnelles – compétences adaptées à l'âge, AVQ
  - xi. Entraînement axé sur la marche et la locomotion

- xii. Mobilisation/activité progressive
- xiii. Entraînement axé sur la prévention des blessures
- xiv. Entraînement axé sur le développement neuromoteur
- xv. Apprentissage ou réapprentissage neuromusculaire
- xvi. Entraînement axé sur la posture
- xvii. Entraînement axé sur la proprioception
- xviii. Entraînement axé sur la réadaptation pulmonaire
- xix. Entraînement de relaxation
- xx. Reprise des activités/retour au travail/aux jeux/au sport
- xxi. Entraînement/réentraînement sensoriel – intégration sensorielle, désensibilisation
- xxii. Entraînement axé sur la force et la puissance
- xxiii. Entraînement à l'utilisation d'un fauteuil roulant

## **11. PROGRAMMES DE GROUPE**

- a. Planifier et sélectionner les thèmes qui se prêtent à une présentation à des groupes devant une classe – prévention des chutes, programmes d'exercices post-chirurgicaux
- b. Assurer et/ou superviser la prestation des programmes destinés à des groupes de clients

## **12. INTERVENTIONS CIBLANT DES TISSUS MOUS**

- a. Appliquer les techniques manuelles liées aux interventions suivantes:
  - i. Massage – thérapeutique, tissu conjonctif
  - ii. Traction manuelle
  - iii. Mobilisation – articulations vertébrales et périphériques
  - iv. Techniques neurodynamiques – mobilisation, exercices de glissement/mobilisation d'un nerf
  - v. Amplitude de mouvement passif, étirement

## **13. APPAREILS D'ASSISTANCE ET THÉRAPEUTIQUES**

- a. Utiliser ou appliquer des dispositifs:
  - i. Aides pour la marche – cannes, béquilles, marchettes, bâtons de marche, fauteuils roulants
  - ii. Appareil d'assistance, matériel adapté et dispositif de protection – attelles, application de ruban adhésif (taping)/enveloppement, bandages, attelles, orthèses, vêtements, cols
  - iii. Compressothérapies – vêtements de compression, taping et bandages
  - iv. Dispositifs mécaniques – cadre de verticalisation, table inclinable, dispositifs de soutien du poids corporel
  - v. Prothèses – types pour membres supérieurs et inférieurs

## 14. SOIN DES PLAIES

- a. S'occuper des soins des plaies (épidermiques et dermiques):
  - i. Stratégies de prévention et d'intervention – compression, soulagement de la pression, positionnement, soins des pieds, exercice
  - ii. Hygiène de base des plaies
  - iii. Surveillance de la peau, des plaies, des ampoules et des cicatrices

## 15. TRANSITION/CONGÉ

- a. Adapter, corriger ou interrompre les interventions lorsque les objectifs sont atteints, que l'état du client change ou que l'intervention n'est plus efficace.
- b. Établir une distinction entre le congé donné au client, l'interruption du service et le transfert des soins.
- c. Prévoir les ressources et l'équipement nécessaires pour la prise en charge du client.

## DOMAINE 2 – COMMUNICATION

### Annexe A – Domaine 2 du profil de compétences

Effectuer les communications et/ou rédiger les rapports obligatoires

- a. Utiliser les dossiers médicaux/de santé électroniques et les intégrer à la pratique.
- b. Réfléchir au contexte de la communication – conférence de cas, dossier de santé, activité de formation.
- c. Consigner tous les aspects pertinents des soins dans le dossier de santé:
  - i. Consentement du client aux soins
  - ii. Évaluation des clients
  - iii. Plan de soins
  - iv. Interventions
  - v. Réévaluation, notes sur l'évolution de l'état du client
  - vi. Équipement
  - vii. Congé/transition
  - viii. Communication pertinente avec le client/la famille/le prestataire de soins
  - ix. Orientations et consultations
- d. Interpréter correctement les documents émanant d'autres professionnels de la santé.

## DOMAINE 3 – COLLABORATION

### Annexe A – Domaine 3 du profil de compétences

Déterminer qui doit collaborer au plan de soins.

- a. Participer au continuum interprofessionnel de la planification des soins et des soins de suivi avec le client/la famille/les aidants.
- b. Coordonner les interventions et collaborer avec les agences externes, les soins de santé communautaire, les fournisseurs d'équipement, les établissements de formation, les bailleurs de fonds.
- c. Participer à des tournées de soins en collaboration, à des cliniques de soins spécialisés, à des réunions.
- d. Rechercher les ressources nécessaires pour résoudre les conflits, le cas échéant.

## **DOMAINE 4 – GESTION**

### **Annexe A – Domaine 4 du profil de compétences**

- a. Contribuer à la planification des opérations et aux affaires cliniques.
- b. Veiller à l'utilisation précise des codes de facturation et de diagnostic.
- c. Assumer la responsabilité des soins confiés.

## **DOMAINE 5 – LEADERSHIP**

### **Annexe A – Domaine 5 du profil de compétences**

- a. Promouvoir la santé et le bien-être dans la collectivité.
- b. Connaître les ressources disponibles dans la collectivité.
- c. Servir de modèle pour les étudiants en physiothérapie.

## **DOMAINE 6 – ÉRUDITION**

### **Annexe A – Domaine 6 du profil de compétences**

- a. Distinguer les différents niveaux de preuves.
- b. Analyser et comprendre les propriétés psychométriques des tests cliniques et des éléments d'évaluation couramment utilisés.
- c. Faciliter l'intégration des meilleures pratiques dans les milieux cliniques et la collectivité.
- d. Partager son expertise avec ses collègues.
- e. Poursuivre une formation professionnelle continue.
- f. Comprendre les modèles de recherche clinique de base et les revues systématiques.
- g. Comprendre les lignes directrices sur la pratique clinique.

## **DOMAINE 7 – PROFESSIONNALISME**

### **Annexe A – Domaine 7 du profil de compétences**

- a. Prendre conscience des préjugés personnels.
- b. Respecter les connaissances et les droits du client/de la famille.
- c. Appliquer les connaissances en droit de la santé de manière à prévenir les problèmes de négligence ou de responsabilité et à défendre les droits des clients.
- d. Divulguer et consigner tout conflit d'intérêts inévitable.



## CONTENU THÉORIQUE

### PARTIE C: AFFECTIONS FRÉQUENTES EN PHYSIOTHÉRAPIE

Les affections couramment observées dans la pratique de la physiothérapie sont regroupées en 4 domaines et 12 sections correspondant aux systèmes physiologiques. Ces affections comprennent les maladies, les troubles, les suites d'une intervention chirurgicale et les blessures. Le domaine de pratique de la physiothérapie dans lequel chaque affection se rencontre généralement est également indiqué. Les affections sont désignées comme étant de niveau 1 ou de niveau 2:

**Affection de niveau 1:** Les physiothérapeutes débutants doivent connaître et comprendre la cause, les mécanismes physiopathologiques, l'évolution naturelle, le tableau clinique habituel (signes/symptômes, incapacités), les diagnostics différentiels, le pronostic, la prise en charge physiothérapeutique actuelle et la prise en charge non physiothérapeutique essentielle (médicale, chirurgicale) des affections. Remarque: Les affections de niveau 1 sont les affections de type « Indicateur clé » les plus couramment traitées par les physiothérapeutes débutants.

**Affection de niveau 2:** Les physiothérapeutes débutants doivent connaître ces affections et comprendre le type ou la catégorie auxquels elles se rapportent et leur tableau clinique général. Remarque: Les affections de niveau 2 sont présentées dans les cursus comme des éléments de transfert d'apprentissage, c'est-à-dire des sujets moins fréquents mais offrant l'occasion d'un apprentissage plus approfondi ou autonome.

AFFECTIONS FRÉQUENTES	
Cardiovasculaires-pulmonaires	
Musculosquelettique	
Neurologiques	
Autres affections	Cognitives Gastro-intestinales Génétiques Système tégumentaire Système immunitaire Métaboliques Oncologiques Des voies urinaires/de l'appareil reproducteur

## CARDIOVASCULAIRES-PULMONAIRES

1. AFFECTIONS CARDIOVASCULAIRES (CV)	DOMAINES D'EXERCICE DE LA PHYSIOTHÉRAPIE				
	AFFECTIONS CV DE NIVEAU 1	CV-PULM	MSQ	NEUROL.	AUTRE
a. Arythmies	●				
b. Troubles artériels – anévrisme, athérosclérose: coronaire, périphérique	●	●			●
c. Chirurgies/interventions cardiaques – pontage coronarien, remplacement d'une valvule du sinus coronaire, transplantation cardiaque, angioplastie	●	●			
d. Insuffisance cardiaque, cœur pulmonaire	●				
e. Troubles valvulaires cardiaques	●				
f. Hypertension/hypotension	●				
g. Ischémie/infarctus du myocarde	●				
h. Troubles veineux – thrombose veineuse profonde, insuffisance veineuse chronique	●				●
AFFECTIONS CV DE NIVEAU 2					
i. Communication interauriculaire/communication inter-ventriculaire	●				
j. Myocardiopathie	●				
k. Endocardite	●				
l. Hémophilie	●	●			
m. Drépanocytose	●	●			
2. PULMONAIRES (PULM)	DOMAINES D'EXERCICE DE LA PHYSIOTHÉRAPIE				
	TROUBLES PULM DE NIVEAU 1	CV-PULM	MSQ	NEUROL.	AUTRE
a. Asthme	●				
b. Atélectasie	●				
c. Bronchectasie	●				
d. Bronchite – aiguë	●				
e. Maladie pulmonaire obstructive chronique, bronchite chronique, emphysème	●	●		●	
f. Maladie grave (polyviscérale)	●	●		●	
g. Fibrose kystique	●				
h. Fibrose pulmonaire idiopathique	●				

TROUBLES PULM DE NIVEAU 2	CV-PULM	MSQ	NEUROL.	AUTRE
i. Insuffisance respiratoire hypoxémique aiguë	●	●	●	
j. Dysplasie broncho-pulmonaire	●			
k. D'origine environnementale – pneumopathie inflammatoire, silicose	●			
l. Contusion pulmonaire	●			
m. États infectieux – grippe, tuberculose, bronchiolite aiguë	●			
n. Sarcoïdose	●			

## APPAREIL LOCOMOTEUR

3. AFFECTIONS MUSCULOSQUELETTIQUES (MSQ)	DOMAINES D'EXERCICE DE LA PHYSIOTHÉRAPIE				
	AFFECTIONS MSQ DE NIVEAU 1	CV-PULM	MSQ	NEUROL.	AUTRE
a. Amputations – congénitales, traumatiques/chirurgicales			●		
b. Spondylarthrite ankylosante	●		●		
c. Bursite			●		
d. Fibromyalgie			●	●	
e. Fractures – traumatiques, pathologiques			●		
f. Fragilité	●		●	●	
g. Céphalées			●	●	
h. Dysplasie développementale de la hanche			●		
i. Troubles articulaires – luxations/subluxations, déséquilibre interne, hypermobilité/hypomobilité			●		
j. Arthrite idiopathique juvénile			●		
k. Ligaments: entorses, laxité			●		
l. Lombalgie – non spécifique			●		
m. Muscles: contusions, claquages			●		
n. Affections myo-fasciales/fasciales			●		
o. Douleur cervicale: non spécifique, cervicogène, radiculaire			●	●	
p. Arthrose			●		
q. Ostéonécrose – nécrose avasculaire			●		
r. Ostéoporose, ostéopénie			●		
s. Polyarthrite rhumatoïde			●		

AFFECTIONS MSQ DE NIVEAU 1 (SUITE)	CV-PULM	MSQ	NEUROL.	AUTRE
t. Troubles posturaux de la colonne vertébrale – scoliose, cyphose anormale/lordose		●		
u. Sténose du canal rachidien		●		
v. Hernie discale		●		
w. Spondylolyse/spondylolisthésis		●		
x. Chirurgie (os/articulation) – de la colonne vertébrale, mise en place d’une prothèse articulaire, fixation de fractures		●		
y. Chirurgie (tissus mous) – réparations/reconstructions, transferts		●		
z. Tendons: tendinopathie, tendinites/ténosynovites, ruptures/déchirures de tendons		●		
aa. Torticolis		●		
ab. Troubles associés au traumatisme crano-cervical dit « coup du lapin »		●		
AFFECTIONS MSQ DE NIVEAU 2				
ac. Maladie de Legg-Perthes-Calvé		●		
ad. Maladie d’Osgood-Schlatter		●		
ae. Ostéogenèse imparfaite		●		
af. Plagiocéphalie		●		
ag. Sarcopénie		●		
ah. Pied bot varus équin		●		

## NEUROLOGIQUES

4. TROUBLES NEUROLOGIQUES (NEUROL.)	DOMAINES D'EXERCICE DE LA PHYSIOTHÉRAPIE			
	TROUBLES NEUROL. DE NIVEAU 1	CV-PULM	MSQ	NEUROL.
a. Sclérose latérale amyotrophique			●	
b. Paralyse du nerf facial		●	●	
c. Troubles du plexus brachial		●	●	
d. Syndrome du canal carpien		●	●	
e. Troubles cérébelleux			●	
f. Syndromes de l'infirmité motrice cérébrale		●	●	
g. AVC: accident vasculaire cérébral, accidents ischémiques transitoires	●		●	
h. Syndrome douloureux régional complexe		●	●	
i. Trouble développemental de coordination			●	
j. Syndrome de Guillain-Barré	●		●	
k. Scléroses en plaques			●	
l. Maladie de Parkinson			●	
m. Nerfs périphériques: blessure, trouble par compression, neuropathie		●	●	
n. Syndrome post-commotion cérébrale		●	●	
o. Douleur radiculaire/radiculopathie		●	●	
p. Traumatismes/troubles de la moelle épinière	●		●	
q. Lésions cérébrales traumatiques/acquises	●		●	
TROUBLES NEUROL. DE NIVEAU 2				
r. Neuropathie alcoolique		●	●	
s. Vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB)		●	●	
t. Étourdissements cervicogènes		●	●	
u. Syndrome de fatigue chronique	●		●	
v. Coma	●		●	
w. Encéphalite	●		●	
x. Hydrocéphalie		●	●	
y. Méningite	●		●	
z. Troubles convulsifs – épilepsie			●	
aa. Déficit vestibulaire unilatéral		●	●	

## AUTRE

5. AUTRE: AFFECTIONS COGNITIVES	DOMAINES D'EXERCICE DE LA PHYSIOTHÉRAPIE			
AFFECTIONS COGNITIVES DE NIVEAU 1	CV-PULM	MSQ	NEUROL.	AUTRE
a. Maladie d'Alzheimer	●	●	●	●
b. Trouble anxieux	●	●	●	●
c. Aphasie			●	●
d. Trouble du spectre de l'autisme			●	●
e. Délirium	●	●	●	●
f. Démence	●	●	●	●
g. Dépression	●	●	●	●
AFFECTIONS COGNITIVES DE NIVEAU 2				
h. Troubles liés à l'usage de substances				●
i. Trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention				●
j. Trouble bipolaire				●
k. Trouble obsessionnel compulsif				●
l. Syndrome de stress post-traumatique				●
m. Schizophrénie				●
n. Troubles du sommeil	●	●	●	●
6. AUTRE: AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES				
a. Chirurgie abdominale: résection, stomie (niveau 1)	●			●
b. Dysphagie (niveau 2)			●	●
7. AUTRE: AFFECTIONS GÉNÉTIQUES				
AFFECTIONS GÉNÉTIQUES DE NIVEAU 1				
a. Syndrome de Down			●	●
b. Dystrophie musculaire de Duchenne		●	●	●
AFFECTIONS GÉNÉTIQUES DE NIVEAU 2				
c. Amyotrophie péronière de Charcot-Marie-Tooth-Hoffmann		●	●	●
d. Ataxie de Friedreich			●	●
e. Les maladies de Charcot-Marie-Tooth			●	●

8. TROUBLES TÉGUMENTAIRES	CV-PULM	MSQ	NEUROL.	AUTRE
a. Brûlures/gelures (niveau 1)	●	●		●
b. Plaies – plaies de pression (niveau 1)	●	●	●	●
c. Dermatite/cellulite (niveau 1)				●
9. TROUBLES IMMUNITAIRES				
TROUBLES IMMUNITAIRES DE NIVEAU 1				
a. Infection par le virus de l'immunodéficience humaine	●		●	●
b. Infections: locales/septicémie, osseuses/articulaires	●	●	●	●
c. Tumeurs: bénignes	●	●	●	●
TROUBLES IMMUNITAIRES DE NIVEAU 2				
d. Polymyosite auto-immune		●	●	●
e. Lupus érythémateux aigu disséminé		●		●
f. Sclérodermie		●		●
g. Zona		●	●	●
10. TROUBLES MÉTABOLIQUES				
a. Diabète (niveau 1)	●	●	●	●
b. Néphropathie chronique (niveau 1)				●
c. Obésité (niveau 1)		●		●
d. Goutte (niveau 2)		●		●

11. AFFECTIONS ONCOLOGIQUES	CV-PULM	MSQ	NEUROL.	AUTRE
AFFECTIONS ONCOLOGIQUES DE NIVEAU 1				
a. Cancer du sein		●		●
b. Lymphœdème	●	●		●
c. Cancer du poumon	●	●		●
d. Tumeurs: malignes/métastases	●	●	●	●
AFFECTIONS ONCOLOGIQUES DE NIVEAU 2				
e. Cachexie liée au cancer		●		●
f. Cancer colorectal		●		●
g. Cancer de la tête et du cou	●	●		●
h. Leucémie	●			●
i. Lymphome		●		●
j. Mélanome		●		●
k. Cancer de la prostate	●	●		●
12. VOIES URINAIRES/APPAREIL REPRODUCTEUR				
a. Incontinence: urinaire, fécale (niveau 1)		●	●	●
b. Dysfonction du plancher pelvien chez la femme (niveau 1)		●		●
c. Grossesse – prénatal, post-partum (niveau 1)		●		●



# EXPÉRIENCES DE FORMATION CLINIQUE

## 1. HEURES DE PRATIQUE CLINIQUE

Tous les étudiants doivent effectuer un minimum de 1025 heures de stages cliniques, lesquelles sont normalement intégrées aux cours crédités de formation clinique.

### APPLICATION

- Au moins 820 heures doivent être effectuées dans des établissements offrant des soins cliniques directs aux patients.
- Les étudiants peuvent effectuer un stage (ou une partie de plusieurs stages) dans un organisme où les soins cliniques ne sont pas dispensés directement aux patients (exemples: Association de physiothérapie, Association pulmonaire du Canada, conseil des sciences du sport, laboratoire de recherche) si l'étudiant a (ou aura, lorsqu'il aura obtenu son diplôme) dûment acquis toutes les expériences cliniques requises (c'est-à-dire sur le plan des heures, des domaines de pratique et des cadres de pratique).

## 2. DOMAINES DE PRATIQUE CLINIQUE – POPULATIONS DE PATIENTS

Chaque étudiant doit acquérir une expérience clinique générale comprenant au moins 100 heures dans chaque champ de pratique clinique auprès de patients/populations qui présentent des affections au niveau des systèmes suivants:

- > Cardiovasculaire/pulmonaire
- > Neurologique
- > Musculosquelettique

### APPLICATION

- L'expérience auprès de chacune des populations susmentionnées peut être acquise au cours d'un stage clinique ou dans le cadre de plusieurs cours crédités de formation clinique.

## 3. CADRES DE PRATIQUE

Chaque étudiant doit acquérir de l'expérience clinique dans chacun des contextes suivants:

- > Soins de courte durée/soins hospitaliers
- > Réadaptation ou soins de santé communautaire
- > Soins ambulatoires ou clinique privée

## APPLICATION

- Définitions des cadres de pratique:

### Soins de courte durée/soins hospitaliers

Soins de physiothérapie dispensés, en tant que membre d'une équipe interprofessionnelle, à des patients en raison d'une affection en phase aiguë, d'une aggravation aiguë ou d'une intervention chirurgicale nécessitant un séjour dans un établissement de soins de courte durée.

### Réadaptation ou soins de santé communautaire

Soins de physiothérapie dispensés, en tant que membre d'une équipe interprofessionnelle, à des patients en vue de maximiser l'autonomie fonctionnelle. Généralement après le diagnostic d'une nouvelle affection, une blessure entraînant une invalidité, une maladie en phase aiguë, une intervention chirurgicale ou l'évolution d'une affection chronique. La réadaptation ou les soins de santé communautaire peuvent être dispensés dans un hôpital/une unité de réadaptation, une clinique, à domicile, dans des établissements de formation, etc.

### Soins ambulatoires ou clinique privée

Soins de physiothérapie dispensés par un prestataire unique ou par un membre d'une équipe interprofessionnelle, à un patient qui vit dans la collectivité et qui reçoit un traitement de physiothérapie en consultation externe. Ces soins peuvent être dispensés dans des cliniques de physiothérapie privées ou publiques, sur les lieux de travail, etc.

## 4. SUPERVISION D'ÉTUDIANTS

La majorité des heures de formation clinique sont supervisées et évaluées par un physiothérapeute qualifié

### APPLICATION

- Bien que la majorité des heures de formation clinique soient supervisées par des physiothérapeutes qualifiés, les étudiants peuvent parfois être supervisés par d'autres professionnels qualifiés (sous réserve des exigences réglementaires provinciales/territoriales applicables). Ces possibilités de formation clinique sont une occasion pour les étudiants d'acquérir de l'expérience dans des contextes moins classiques et/ou dans des domaines de pratique en émergence.

# Conclusions et recommandations

Le processus de mise à jour des lignes directrices nationales relatives au cursus d'entrée à la pratique de la physiothérapie a été long mais très enrichissant. C'est la première fois que plusieurs documents nationaux de référence concernant la profession de physiothérapeute (profil de compétences, plan directeur de l'ECP, lignes directrices relatives au cursus) sont examinés, intégrés et harmonisés de manière réfléchie et concertée. Les représentants de tous les organismes membres du Groupe consultatif national sur la physiothérapie (GCNP) ont participé aux travaux de révision et de nombreuses parties prenantes de premier plan ont été consultées de manière systématique. L'expérience globale a été concluante et a permis d'accroître le niveau de dynamisme au sein de la communauté du CCPUP.

La structure des lignes directrices coïncide délibérément avec les principales sections du profil de compétences. Cette nouvelle structure comporte de grandes sections et des sous-sections afin de permettre une révision plus fréquente et plus efficace de ce profil. La capacité à prendre en compte plus rapidement l'évolution de la pratique de la physiothérapie devrait permettre de garantir l'actualité et le caractère pragmatique des lignes directrices au profit des programmes et des intervenants externes. Le comité curriculaire envisage d'établir un cycle continu de renouvellement des lignes directrices basé sur les nouvelles tendances, et éclairé par les activités et les projets des organismes partenaires du CCPUP et du GCNP.

Bien que les principaux utilisateurs des lignes directrices soient les dirigeants des programmes universitaires et leur corps enseignant, celles-ci intéresseront de nombreuses autres personnes, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de la profession au Canada. Citons, par exemple, les postulants aux programmes de physiothérapie, les étudiants en physiothérapie, les étudiants d'un programme d'assistant-physiothérapeute, les organismes qui procèdent à l'agrément des programmes universitaires, les organismes de réglementation de la physiothérapie, les physiothérapeutes formés à l'étranger, les agences nationales et internationales d'évaluation des titres de compétences, les employeurs des physiothérapeutes et les professionnels des services des ressources humaines de même que les organismes de financement, les législateurs, les planificateurs et ceux qui développent des politiques, les autres groupes professionnels et les agences internationales.

# Remerciements

## COMITÉ CHARGÉ DU CURSUS (2014–2019):

Bernadette Martin, présidente (Université de l'Alberta)  
Charles Batcho, membre du corps professoral (Université Laval)  
Katherine Berg, CCPUP (Université de Toronto)  
Vanina Dal Bello-Haas, CCPUP (Université McMaster)  
Jean-Pierre Dumas, membre du corps professoral (Université de Sherbrooke)  
Crystal Garnett, ANECP (Université McGill)  
Alison Greig, CCPUP (Université de la Colombie-Britannique)  
Mark Hall, CCPUP (Université de l'Alberta)  
Hélène Moffet, CCPUP (Université Laval)  
Brenda Mori, ANECP (Université de Toronto)  
Sue Murphy, CCPUP (Université de la Colombie-Britannique)  
Robin Roots, ANECP (Université de la Colombie-Britannique)  
Sharon Switzer-McIntyre, CCPUP (Université de Toronto)

## Participation des partenaires du GCNP:

- > Kathy Davidson, AEPC
- > Geoff Bostick, ACP
- > Heather Campbell, ACORP
- > Nancy Durrant, ACORP

Tamie Heisler-Schafer, soutien administratif

Sébastien Dufresne (Université du Québec à Chicoutimi), Charles Batcho, membre du corps professoral (Université Laval) et Liliane Asseraf-Pasin (Université McGill), traduction française

## Les parties prenantes:

- > Les physiothérapeutes canadiens ayant répondu à l'enquête sur le profil des compétences
- > Partenaires du GCNP ayant participé aux réunions préparatoires du CCPUP.
- > Professeurs des programmes de physiothérapie ayant répondu au sondage

## Date d'approbation:

- > Contenu théorique approuvé par le CCPUP en novembre 2018
- > Expériences de formation clinique approuvées par le CCPUP en novembre 2019

## Date de révision:

- > 2022

# Annexe A: Profil des compétences essentielles des physiothérapeutes au Canada (2017)

Cette annexe comprend les extraits du Profil de compétences qui ont éclairé les lignes directrices. Vous pouvez consulter la version intégrale du Profil de compétences sur le [Site Web du GCNP: Compétences essentielles](#) ou [Site Web d'AEPC: Compétences essentielles 2017](#). Extrait de la page 7 du Profil de compétences:

## DÉFINITIONS DES TERMES CLÉS

Compétences essentielles	Une compétence essentielle est une capacité exigée d'un physiothérapeute..
Jalon	Un jalon est une capacité attendue d'un physiothérapeute à une étape précise de sa carrière. Il est lié à une compétence essentielle.
Entrée à la pratique de la physiothérapie	L'entrée à la pratique de la physiothérapie est le moment suivant la fin des études et de l'évaluation (moment de l'autorisation d'exercer comme physiothérapeute).
Jalons de compétence pour l'entrée à la pratique	Ces jalons représentent les capacités attendues d'un physiothérapeute qui accède à la pratique. Ils sont liés à des compétences essentielles.
Maîtrise	La maîtrise est le niveau de rendement associé aux jalons à un moment précis de la carrière.
Maîtrise d'entrée à la pratique	Correspond au niveau de rendement attendu associé aux jalons d'entrée à la profession. Elle est décrite ci-dessous.

## ÉNONCÉ DE L'ENTRÉE À LA PRATIQUE

Les physiothérapeutes ayant atteint le niveau d'entrée à la pratique ont la capacité et la responsabilité d'utiliser leur vaste base de connaissances pour éclairer leur pratique. Ils travaillent d'une manière autonome, sécuritaire et organisée et prennent des décisions cliniques éclairées.

**Autonomie:** Ils connaissent le champ de pratique de la physiothérapie et travaillent dans ses limites. Ils demandent conseil lorsqu'ils rencontrent des situations dépassant leurs capacités.

**Sécurité:** Ils connaissent les normes et les règlements visant leur environnement de pratique et s'y conforment systématiquement. Ils comprennent les risques, les précautions, les contre-indications et les pratiques exemplaires concernant les états communément rencontrés dans la pratique de la physiothérapie.

**Organisation:** Ils pratiquent de manière organisée, mais peuvent avoir besoin de plus de temps pour exécuter des tâches qu'un physiothérapeute d'expérience.

**Prise de décisions cliniques:** Les décisions cliniques reposent grandement sur les connaissances et les habiletés acquises dans le cadre d'études théoriques et cliniques, plutôt que dans l'expérience pratique. Elles font appel à une approche de raisonnement clinique qui peut demander plus de temps et d'effort que chez un physiothérapeute d'expérience.

## DOMAINE 1 – EXPERTISE EN PHYSIOTHÉRAPIE

À titre d'experts de la mobilité et du fonctionnement, les physiothérapeutes font appel à un raisonnement clinique qui intègre des connaissances, des habiletés et des attitudes uniques afin d'offrir des soins de qualité et d'améliorer la santé et le bien-être de leurs clients.

	COMPÉTENCES ESSENTIELLES		JALONS D'ENTRÉE À LA PRATIQUE
1.1	Adopter une approche centrée sur le client.	1.1.1	Agir d'une manière qui respecte le caractère unique, la diversité et l'autonomie du client et qui est dans son intérêt supérieur.
		1.1.2	Fournir l'information pertinente au client durant les soins.
		1.1.3	Faire participer activement le client dans le processus décisionnel.
		1.1.4	Habiliter le client à s'engager dans ses soins de santé.
		1.1.5	Établir et maintenir un rapport de confiance avec le client.
		1.1.6	S'assurer que le client donne un consentement éclairé et continu.
1.2	Assurer la sécurité physique et émotionnelle du client.	1.2.1	Identifier les précautions, les contre-indications et les risques propres au client.
		1.2.2	Adopter des techniques de manœuvres physiques sécuritaires pour le client.
		1.2.3	Appliquer des méthodes d'évaluation et d'intervention de manière à améliorer la sécurité et le confort du client.
		1.2.4	Surveiller l'état physique et émotionnel du client durant les soins et réagir en conséquence.
		1.2.5	Identifier les incidents évités de justesse et les événements indésirables et y réagir.

1.3	Effectuer l'évaluation du client.	1.3.1	Interroger le client pour obtenir des renseignements pertinents sur son état de santé ainsi que sur les facteurs personnels et environnementaux qui le concernent.
		1.3.2	Déterminer les attentes du client et leur pertinence par rapport à la physiothérapie.
		1.3.3	Obtenir des renseignements pertinents sur l'état du client auprès d'autres sources.
		1.3.4	Identifier les comorbidités qui ont un impact sur l'approche d'évaluation.
		1.3.5	Déterminer les problèmes de santé urgents qui nécessitent une attention immédiate et prendre les mesures appropriées.
		1.3.6	Identifier les problèmes de santé non urgents qui pourraient bénéficier d'un aiguillage vers d'autres services et en informer le client.
		1.3.7	Choisir et exécuter les tests et les outils de mesures appropriés.
1.4	Établir un diagnostic et un pronostic.	1.4.1	Interpréter les résultats de l'évaluation et les autres données pertinentes.
		1.4.2	Déterminer les déficits concernant les fonctions organiques et les structures anatomiques, les limitations d'activités et les restrictions de participation du client.
		1.4.3	Établir un diagnostic en physiothérapie.
		1.4.4	Établir un pronostic provisoire.
		1.4.5	Déterminer si la physiothérapie est indiquée.
		1.4.6	Déterminer si l'orientation vers un autre physiothérapeute ou un autre professionnel de la santé est indiquée.
1.5	Élaborer, mettre en œuvre, suivre et évaluer un plan d'intervention.	1.5.1	Établir les objectifs de traitement pour la physiothérapie.
		1.5.2	Déterminer un plan d'intervention.
		1.5.3	Mettre en œuvre les interventions planifiées.
		1.5.4	Aider le client à développer des habiletés d'autogestion.
		1.5.5	Surveiller l'état du client durant les interventions et réagir en conséquence.
		1.5.6	Réévaluer l'état et les besoins du client selon le cas.
		1.5.7	Modifier le plan d'intervention de la façon indiquée.

1.6	Compléter ou transférer les soins.	1.6.1	Évaluer l'efficacité de l'intervention et l'atteinte des objectifs du client.
		1.6.2	Élaborer un plan de congé ou un plan de transition des soins.
		1.6.3	Préparer le client au congé ou à la transition des soins.
		1.6.4	Veiller à l'échange efficace de l'information au cours de la transition.
1.7	Planifier, mettre en œuvre et évaluer les programmes.	1.7.1	Déterminer les possibilités de programme de physiothérapie de groupe.
		1.7.2	Établir les buts du programme et élaborer un plan.
		1.7.3	Mettre en œuvre le plan du programme.
		1.7.4	Évaluer le programme.



## DOMAINE 2 COMMUNICATION

À titre de communicateurs, les physiothérapeutes appliquent des stratégies efficaces pour échanger de l'information et améliorer leurs relations thérapeutiques et professionnelles.

	COMPÉTENCES ESSENTIELLES		JALONS D'ENTRÉE À LA PRATIQUE
2.1	Utiliser la communication orale et non verbale efficacement.	2.1.1	Parler clairement et de manière concise.
		2.1.2	Faire preuve d'écoute active afin de gagner la confiance et de favoriser l'échange d'information.
		2.1.3	Utiliser le langage corporel et y répondre adéquatement.
		2.1.4	Donner et recevoir de la rétroaction de manière constructive.
2.2	Utiliser la communication écrite efficacement.	2.2.1	Écrire clairement, de manière concise et organisée.
		2.2.2	S'assurer que les communications écrites sont lisibles.
		2.2.3	Préparer des dossiers de santé et autres documents complets, précis et adaptés aux objectifs.
2.3	Adapter l'approche de communication au contexte.	2.3.1.	Adapter la stratégie de communication à l'objectif et au lieu.
		2.3.2	Utiliser la terminologie appropriée.
		2.3.3	Adapter la communication au niveau de la compréhension de l'interlocuteur.
		2.3.4	S'assurer que la communication se réalise au moment opportun.
		2.3.5	Communiquer l'information avec empathie et respect.
2.4	Utiliser les outils et les technologies de l'information et de la communication de manière efficace.	2.4.1	Employer des appareils d'assistance et de suppléance pour améliorer la communication.
		2.4.2	Utiliser les technologies électroniques de manière adéquate et responsable.
		2.4.3	Utiliser des images, des vidéos et d'autres médias pour améliorer la communication.

## DOMAINE 3 COLLABORATION

À titre de collaborateurs, les physiothérapeutes travaillent efficacement avec d'autres personnes afin d'offrir des soins intraprofessionnels et interprofessionnels.

	COMPÉTENCES ESSENTIELLES		JALONS D'ENTRÉE À LA PRATIQUE
3.1	Promouvoir une approche intégrée des services aux clients.	3.1.1	Reconnaître les situations liées à la pratique qui peuvent bénéficier des soins en collaboration.
		3.1.2	Mobiliser le client comme membre de l'équipe.
3.2	Faciliter les collaborations.	3.2.1	Reconnaître et respecter les rôles des autres.
		3.2.2	Échanger de l'information au sujet du rôle et des connaissances du physiothérapeute.
		3.2.3	Négocier les rôles et les responsabilités partagés et qui se chevauchent.
		3.2.4	Maintenir des relations de travail mutuellement bénéfiques.
		3.2.5	Interagir avec les autres de manière à promouvoir l'inclusion.
3.3	Contribuer à un travail d'équipe efficace.	3.3.1.	Respecter les principes reconnus du travail d'équipe.
		3.3.2	Participer à un leadership partagé.
		3.3.3	Échanger les renseignements pertinents avec l'équipe.
		3.3.4	Participer à la prise de décision partagée et collaborative et être respectueux de la collaboration de tous.
		3.3.5	Participer à l'évaluation et aux initiatives d'amélioration de l'équipe.
3.4	Contribuer à la résolution des conflits.	3.4.1	Respecter les principes reconnus du travail d'équipe.
		3.4.2	Participer à un leadership partagé. Échanger les renseignements pertinents avec l'équipe. Participer à la prise de décision partagée et collaborative et être respectueux de la collaboration de tous. Participer à l'évaluation et aux initiatives d'amélioration de l'équipe.

## DOMAINE 4 GESTION

À titre de gestionnaires, les physiothérapeutes gèrent leur temps, leurs ressources, leurs priorités et leur pratique afin d'offrir des services sécuritaires, efficaces et durables.

	COMPÉTENCES ESSENTIELLES		JALONS D'ENTRÉE À LA PRATIQUE
4.1	Soutenir l'excellence organisationnelle.	4.1.1	Appuyer la mission et la vision organisationnelles.
		4.1.2	Se conformer aux politiques, procédures et directives organisationnelles.
		4.1.3	Comblar les écarts entre les attentes de l'employeur et les normes professionnelles.
		4.1.4	Adopter des pratiques organisationnelles adéquates.
4.2	Utiliser les ressources de manière efficace et efficiente.	4.2.1	Fournir des services en tenant compte des besoins du client et des ressources disponibles.
		4.2.2	Aborder les problèmes liés aux listes d'attente, la charge de travail et à l'accès aux services.
		4.2.3	Gérer son temps efficacement.
		4.2.4	Régler les problèmes liés à la disponibilité de l'équipement et des fournitures.
4.3	Assurer un milieu de pratique sécuritaire.	4.3.1	Identifier les risques et atténuer les dangers en milieu de travail.
		4.3.2	Maintenir un environnement de travail propre, organisé et accessible.
		4.3.3	Adhérer à des pratiques sécuritaires, tant au niveau individuel, d'équipe et/ou organisationnel.
		4.3.4	Utiliser des pratiques exemplaires relativement au contrôle des infections.
		4.3.5	Adapter l'environnement de travail pour améliorer la sécurité émotionnelle.
		4.3.6	Veiller au nettoyage et à l'entretien régulier de l'équipement.
4.4	Participer à des activités d'amélioration de la qualité.	4.4.1	Appliquer des stratégies d'amélioration de la qualité dans le cadre de la prestation de services de première ligne.
		4.4.2	Participer aux initiatives organisationnelles d'amélioration de la qualité.
		4.4.3	Utiliser les mesures de résultats pour évaluer la prestation des services.

4.5	Superviser les autres.	4.5.1	Évaluer la compétence du personnel participant à la prestation des services de physiothérapie avant d'assigner les soins.
		4.5.2	Assigner au personnel participant à la prestation des services de physiothérapie les soins pertinents et surveiller la prestation.
		4.5.3	Contribuer à l'orientation et à la formation du personnel participant à la prestation des services de physiothérapie.
		4.5.4	Donner des conseils et de la rétroaction sur le rendement au personnel participant à la prestation des services de physiothérapie.
4.6	Gérer l'information sur la pratique de manière sécuritaire et efficace.	4.6.1	Tenir des dossiers exhaustifs, exacts et opportuns sur les clients et la gestion de la pratique.
		4.6.2	Gérer les dossiers de santé et d'autres renseignements en formats papier et électronique.
		4.6.3	Veiller à la conservation, au stockage, au transfert et à la destruction sécuritaires des documents.
		4.6.4	Maintenir la confidentialité des dossiers et des données, avec un accès approprié.

## DOMAINE 5 LEADERSHIP

À titre de leaders, les physiothérapeutes envisagent et défendent un système de santé qui améliore le bien-être de la société.

	COMPÉTENCES ESSENTIELLES		JALONS D'ENTRÉE À LA PRATIQUE
5.1	Défendre les besoins des clients en matière de santé.	5.1.1	Défendre une meilleure accessibilité et un accès soutenu aux services de physiothérapie et aux autres services dans le réseau de la santé.
		5.1.2	Encourager les clients à trouver des solutions pour répondre à leurs besoins de santé.
		5.1.3	Promouvoir une culture centrée sur le client.
5.2	Promouvoir l'innovation dans les soins de santé.	5.2.1	Se tenir au fait des nouvelles technologies et soutenir leurs utilisations pour améliorer les services de physiothérapie.
		5.2.2	Défendre les nouvelles approches pour améliorer les soins aux clients.
		5.2.3	Promouvoir des solutions aux défis rencontrés dans le cadre de la pratique de la physiothérapie.
5.3	Contribuer à l'avancement de la profession de physiothérapeute.	5.3.1	Promouvoir la valeur de la physiothérapie sur la santé des clients.
		5.3.2	Participer à des activités pour soutenir l'avancement de la profession de physiothérapeute.
		5.3.3	Contribuer aux activités de leadership en milieu de travail.

## DOMAINE 6 – ÉRUDITION

À titre d'érudits, les physiothérapeutes s'engagent à atteindre l'excellence dans la pratique grâce à la formation continue, à la formation des autres, à l'évaluation des preuves et aux contributions à l'érudition.

	COMPÉTENCES ESSENTIELLES		JALONS D'ENTRÉE À LA PRATIQUE
6.1	Adopter une pratique fondée sur les données probantes.	6.1.1	Intégrer les meilleures preuves disponibles à la prise de décisions cliniques.
		6.1.2	Intégrer le contexte du client à la prise de décisions cliniques.
		6.1.3	Intégrer les connaissances et l'expérience personnelles à la prise de décisions cliniques.
		6.1.4	Prendre des décisions en fonction d'un cadre de raisonnement clinique établi.
		6.1.5	Adopter une approche structurée pour évaluer l'efficacité des décisions.
6.2	Participer à la recherche scientifique.	6.2.1	Déterminer les enjeux éthiques liés à la recherche scientifique.
		6.2.2	Formuler des questions pertinentes à la pratique pouvant faire l'objet d'une recherche.
		6.2.3	Consulter des sources d'information fiables.
		6.2.4	Évaluer l'information de façon critique.
		6.2.5	Contribuer aux activités de recherche
		6.2.6	Contribuer à la gestion des connaissances.
6.3	Intégrer l'autoréflexion et la rétroaction externe afin d'améliorer la pratique personnelle.	6.3.1	Solliciter la rétroaction des autres relativement au rendement et au comportement personnels.
		6.3.2	Comparer son rendement et son comportement personnel aux attentes professionnelles et organisationnelles.
		6.3.3	Identifier ses besoins d'apprentissage à partir d'une approche réflexive et de rétroaction externe.
		6.3.4	Élaborer et mettre en place un plan pour répondre à ses besoins d'apprentissage.

6.4	Se tenir au fait des nouveautés dans le domaine de pratique.	6.4.1	Accéder aux informations récentes concernant le domaine de pratique.
		6.4.2	Déterminer le potentiel d'applicabilité des informations émergentes à la pratique personnelle.
6.5	Contribuer à l'apprentissage des autres.	6.5.1	Déterminer les besoins d'apprentissage des autres en matière de physiothérapie.
		6.5.2	Contribuer à la formation aux pairs et aux autres prestataires de soins de santé.
		6.5.3	Contribuer à la formation clinique des étudiants.
		6.5.4	Évaluer l'efficacité des activités d'apprentissage.

## DOMAINE 7 – PROFESSIONNALISME

À titre de professionnels autonomes et autorégularisés, les physiothérapeutes s’engagent à travailler dans l’intérêt primordial des clients et de la société, et à maintenir un comportement exemplaire.

	COMPÉTENCES ESSENTIELLES		JALONS D’ENTRÉE À LA PRATIQUE
7.1	Respecter les exigences juridiques et réglementaires.	7.1.1	Se conformer aux lois fédérales et provinciales ou territoriales applicables.
		7.1.2	Se conformer aux exigences réglementaires.
		7.1.3	Respecter la confidentialité et la vie privée s’il y a lieu.
7.2	Se comporter de manière éthique.	7.2.1	Appliquer un cadre éthique pour guider la prise de décisions.
		7.2.2	Régler les conflits d’intérêts réels, potentiels ou perçus.
		7.2.3	Promouvoir les services de manière éthique.
7.3	Assumer la responsabilité sociale comme professionnel de la santé.	7.3.1	Se tenir au fait des enjeux et des avancements touchant le système de santé à l’échelle locale, nationale et mondiale.
		7.3.2	Montrer sa connaissance des déterminants sociaux de la santé et des nouvelles tendances qui peuvent avoir une incidence sur la pratique de la physiothérapie.
7.4	Agir avec intégrité professionnelle.	7.4.1	Se comporter avec honnêteté et respect envers les autres.
		7.4.2	Se comporter d’une manière qui valorise la diversité.
		7.4.3	Travailler dans les limites du champ de pratique de la physiothérapie et de son niveau de compétence personnel.
		7.4.4	Accepter la responsabilité de ses décisions et actions.
		7.4.5	Adopter une conduite professionnelle.
		7.4.6	Maintenir des limites professionnelles.
		7.4.7	Répondre de manière constructive aux changements touchant le milieu de travail.
7.5	Maintenir son bien-être personnel en accord avec les besoins de la pratique.	7.5.1	Trouver un équilibre entre les demandes personnelles et professionnelles.
		7.5.2	Tenir compte des facteurs physiques, émotionnels et psychologiques qui nuisent au rendement en milieu de travail.



# Ressources

- Academy of Acute Care Physical Therapy – APTA Minimum Skills Task Force. (2015). *Core competencies for entry-level practice in acute care physical therapy 2015*. <https://cdn.ymaws.com/www.acutept.org/resource/resmgr/docs/2015PT-core-competencies.pdf>
- Academy of Geriatric Physical Therapy. (2011). *Essential competencies in the care of older adults at the completion of the entry-level physical therapist professional program of study*. <https://geriatricspt.org/pdfs/AGPT-PT-Essential-Competencies.pdf>
- Agrément de l'enseignement de la physiothérapie. (2012). *Normes d'agrément (en révision)*. <https://peac-aepc.ca/french/accreditation/accreditation-standards.php>
- Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie. (2017). *Normes de pratique fondamentales destinées aux physiothérapeutes du Canada*. <https://www.alliancept.org/fr/publications/>
- Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie. (2018). *Plan de l'examen de compétence en physiothérapie*. <https://www.alliancept.org/fr/passer-leexamen-fr/preparation-a-leexamen/le-plan-dexamen/>
- Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie. (2020). *Organismes de réglementation*. <https://www.alliancept.org/fr/organismes-de-reglementation/>
- American Physical Therapy Association. (2005). *Minimum required skills of physical therapy graduates at entry-level*. [http://www.apta.org/uploadedFiles/APTAorg/About\\_Us/Policies/BOD/Education/MinReqSkillsPTGrad.pdf](http://www.apta.org/uploadedFiles/APTAorg/About_Us/Policies/BOD/Education/MinReqSkillsPTGrad.pdf)
- American Physical Therapy Association. (2011). *Neurologic entry-level curricular content integrated with a normative model of physical therapist professional education*. [http://www.neuropt.org/docs/default-source/residency/2011\\_neurologic\\_entry-level\\_curriculum\\_guidelines7e676feaff3d.pdf?sfvrsn=6bd05743\\_2](http://www.neuropt.org/docs/default-source/residency/2011_neurologic_entry-level_curriculum_guidelines7e676feaff3d.pdf?sfvrsn=6bd05743_2)
- Association canadienne de physiothérapie. (2020). *Énoncés de position*. <https://physiotherapy.ca/fr/enonces-de-position>
- Association des facultés de pharmacie du Canada. (2017). *Educational outcomes for first professional degree programs in pharmacy in Canada*. [http://www.afpc.info/system/files/public/AFPC-Educational%20Outcomes%202017\\_final%20Jun2017.pdf](http://www.afpc.info/system/files/public/AFPC-Educational%20Outcomes%202017_final%20Jun2017.pdf)
- Association nationale pour l'éducation clinique en physiothérapie. (2015). *A checklist of key cardiorespiratory interventions for entry-level physical therapy students*.
- Blackstock, F. C., Watson, K. M., Morris, N. R., Jones, A., Wright, A., McMeeken, J. M., Rivett, D. A., O'Connor, V., Peterson, R. F., Haines, T. P., Watson, G., & Jull, G. A. (2013). *Simulation can contribute a part of cardiorespiratory physiotherapy clinical education: Two randomized trials*. *Simulation in Healthcare*, 8(1), 32–42. <https://doi.org/10.1097/SIH.0b013e318273101a>
- Chipchase, L. S., Blackstock, F. C., Patman, S., & Barnett-Harris, A. (2018). *Keep the momentum going: pushing the boundaries of clinical learning and assessment*. *Journal of Physiotherapy*, 205–207.
- Confédération mondiale pour la thérapie physique. (2011). *WCPT guideline for the clinical education component of physical therapist professional entry level education*. [https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/Guideline\\_clinical\\_education\\_complete1.pdf](https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/Guideline_clinical_education_complete1.pdf)

- Confédération mondiale pour la thérapie physique. (2011). *WCPT guideline for physical therapist professional entry level education*. [https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/Guideline\\_PTEducation\\_complete.pdf](https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/Guideline_PTEducation_complete.pdf)
- Conseil canadien des programmes universitaires de physiothérapie. (2009). *Cursus d'entrée en pratique de la physiothérapie: Lignes directrices pour les programmes universitaires canadiens*. <https://www.peac-aepc.ca/pdfs/FRENCH/Resources/Competency%20Profiles/Cursus%20d'entree%20universitaire%202009.pdf>
- Conseil canadien des programmes universitaires de physiothérapie. (2011). *Programme d'enseignement de la physiothérapie pour l'entrée en pratique: document d'accompagnement – Directives de formation clinique pour les programmes universitaires canadiens*. [http://www.physiotherapyeducation.ca/Resources/Clin\\_Ed\\_Guidelines\\_FINAL\\_%202011\\_FRENCH.pdf](http://www.physiotherapyeducation.ca/Resources/Clin_Ed_Guidelines_FINAL_%202011_FRENCH.pdf)
- Frank, J. R., Snell, L. et J., S. (éds.). (2015). *CanMEDS 2015: Cadre de compétences des médecins*. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-f>
- Groupe consultatif national en physiothérapie. (2009). *Profil des compétences essentielles des physiothérapeutes au Canada*. <http://www.npag.ca/French/joint.html>
- Groupe consultatif national en physiothérapie. (2017). *Profil des compétences des physiothérapeutes au Canada*. <http://www.npag.ca/French/joint.html>
- Halupa, C. (Ed.). (2015). *Transformative Curriculum Design in Health Sciences Education*. IGI Global. <https://doi.org/10.4018/978-1-4666-8571-0>
- Holdsworth, C., Skinner, E. H., & Delany, C. M. (2016). *Using simulation pedagogy to teach clinical education skills: A randomized trial*. *Physiotherapy Theory and Practice*, 32(4), 284–295.
- Melling, M., Duranai, M., Pellow, B., Lam, B., Kim, Y., Beavers, L., Miller, E., & Switzer-McIntyre, S. (2018). *Simulation experiences in Canadian physiotherapy programmes: a description of current practices*. *Physiotherapy Canada*, 70(3), 262–271.
- Norman, K., Craig, M., Caballes, J. C., Davidson, J., Dawson, A., Mong, A., Schilling, C., Wallace, V., & Wood, E. (2018). *The “1,025” Hours Project: A report to CCPUP/NACEP*. Submitted 2018 October to CCPUP/NACEP.
- Partenariat pour la formation et la pratique en nutrition. (2013). *Les compétences intégrées pour l'enseignement et la pratique de la diététique*. <https://www.pdep.ca/library/Accreditation-Policies-and-Standards/PDEP-Integrated-Competencies-for-Dietetic-Educatio.aspx>
- Physiotherapy Board of Australia, et Physiotherapy Board of New Zealand. (2015). *Physiotherapy practice thresholds in Australia and Aotearoa*. <https://physiocouncil.com.au/wp-content/uploads/2017/10/Physiotherapy-Board-Physiotherapy-practice-thresholds-in-Australia-and-Aotearoa-New-Zealand.pdf>
- Pritchard, S. A., Blackstock, F. C., Nestel, D., & Keating, J. L. (2016). *Simulated patients in physical therapy education: systematic review and meta-analysis*. *Physical Therapy*, 96(9), 1342–1353.
- Watson, K., Wright, A., Morris, N., McMeeken, J., Rivett, D., Blackstock, F., Jones, A., Haines, T., O'Connor, V., & Watson, G. (2012). *Can simulation replace part of clinical time? Two parallel randomised controlled trials*. *Medical Education*, 46(7), 657–667.

**NOTE: Les sources de cette liste contenant des adresses URL ont été repérées via celles-ci en janvier 2018.**