
**Profil de compétences des
physiothérapeutes pour la prestation
de soins primaires en équipe au
Canada**

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
Contexte	3
Soins primaires	3
Compétences	5
Compétences attendues des physiothérapeutes pour la prestation de soins primaires en équipe	6
Description des termes	10
Références	15
Remerciements	19

INTRODUCTION

CONTEXTE

La prestation de soins primaires en équipe constitue le fondement de systèmes de santé solides. Les physiothérapeutes jouent un rôle important au sein des équipes interprofessionnelles de soins primaires.

Les physiothérapeutes qui travaillent en contexte de soins primaires prodigués en équipe au Canada doivent posséder les compétences attendues au niveau d'entrée à la pratique de la physiothérapie indiquées dans le [Profil des compétences essentielles des physiothérapeutes au Canada \(2017\)](#), et acquérir de nouvelles compétences ou des compétences plus poussées qui sont propres à l'exercice de la profession au sein d'une équipe interprofessionnelle de soins primaires. La pratique de la physiothérapie au sein d'une équipe de soins primaires amène à collaborer avec une équipe interprofessionnelle de soins primaires, à prodiguer des soins à une vaste population de patients en adoptant une approche longitudinale et à tenir compte des besoins complexes de chaque personne et communauté.

Ce profil de compétences des physiothérapeutes pour la prestation de soins primaires en équipe au Canada constitue une liste consensuelle de compétences requises pour contribuer efficacement aux soins primaires prodigués en équipe. Il a été élaboré par un groupe d'experts en soins primaires composés de physiothérapeutes, de professionnels de la santé autres, d'universitaires et de personnes ayant eu recours à des soins primaires par le passé.

SOINS PRIMAIRES

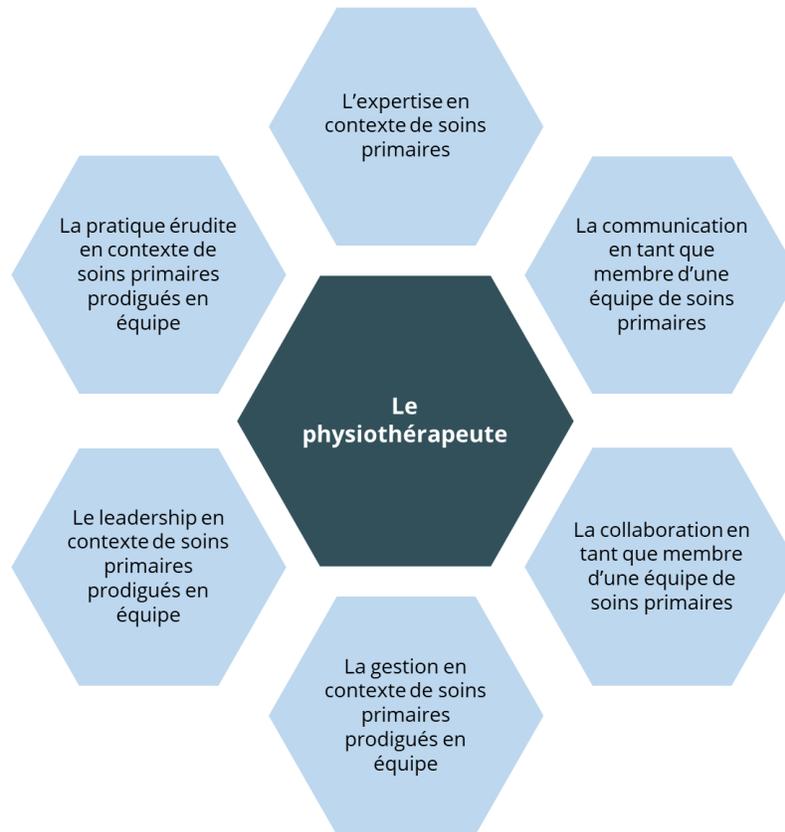
Selon les quatre fonctions essentielles des soins primaires définies par Starfield^[1,2], les principes communs des soins primaires mis au point par Epperly^[3] et le modèle de Centre de médecine de famille décrit par le Collège des médecins de famille du Canada^[4,5], les soins primaires devraient être accessibles, continus, coordonnés et intégrés, complets et équitables, centrés sur la personne et sa famille, adaptés à la communauté concernée et socialement responsables, prodigués en équipe (approche collaborative) et d'une grande valeur. Les équipes de soins primaires visent à répondre aux besoins de tous les membres des communautés ou des populations auxquelles elles fournissent des services. Elles doivent notamment fournir des services à des personnes de tous âges, à des personnes de diverses origines culturelles et ethniques et à des personnes qui peuvent rencontrer des

obstacles pour accéder à des soins offerts par d'autres secteurs du système de santé.

COMPÉTENCES

Une **compétence** est une aptitude observable chez un professionnel de la santé. Elle intègre de nombreux composants, dont les connaissances, les habiletés et les attitudes. Comme elles sont observables, les compétences peuvent être mesurées et évaluées pour confirmer qu'elles ont été acquises. Les compétences peuvent être assemblées comme des blocs de construction afin de faciliter une évolution progressive grâce à la formation et au développement professionnel^[6].

Le profil de compétences des physiothérapeutes pour la prestation de soins primaires en équipe est divisé en six domaines : l'expertise en contexte de soins primaires, la communication en tant que membre d'une équipe de soins primaires, la collaboration en tant que membre d'une équipe de soins primaires, la gestion en contexte de soins primaires prodigués en équipe, le leadership en contexte de soins primaires prodigués en équipe et la pratique érudite en contexte de soins primaires prodigués en équipe. Le physiothérapeute est au centre de l'action. Ainsi, pour être efficace dans le domaine des soins primaires, il doit consolider les compétences professionnelles attendues au niveau d'entrée à la pratique de la physiothérapie (respecter les exigences juridiques et réglementaires, se comporter de manière éthique, assumer la responsabilité sociale comme professionnel de la santé, agir avec intégrité professionnelle, maintenir son bien-être personnel) en faisant l'acquisition de nouvelles compétences ou de compétences plus poussées pour la prestation de soins primaires dans chaque domaine. Tout au long du profil de compétences, les composantes des compétences considérées comme étant uniques ou devant être renforcées en vue de la prestation de soins primaires en équipe apparaissent en gras.



COMPÉTENCES ATTENDUES DES PHYSIOTHÉRAPEUTES POUR LA PRESTATION DE SOINS PRIMAIRES EN ÉQUIPE

L'expertise de la physiothérapie en contexte de soins primaires prodigués en	
1.1	Fournir des soins centrés sur la personne qui tiennent compte des facteurs personnels, sociaux, culturels et environnementaux complexes qui influent sur le fonctionnement et la santé d'une personne.
1.2	Établir des relations thérapeutiques collaboratives et souvent longitudinales , axées sur la confiance, avec les personnes en quête de soins, leur famille et leur réseau de soutien.
1.3	Créer et maintenir des espaces propices aux interactions sécuritaires sur les plans physique, émotionnel et culturel avec les communautés et les personnes en quête de soins, ainsi qu'avec leur famille et leur réseau de soutien.
1.4	Effectuer un examen de physiothérapie exhaustif tenant compte des facteurs personnels, sociaux, culturels et environnementaux complexes qui influent sur le fonctionnement et la santé des personnes et des communautés.
1.5	Appliquer un raisonnement clinique avancé pour établir un pronostic et un diagnostic de physiothérapie, de même qu'un plan de prise en charge tenant compte des

Profil de compétences des physiothérapeutes pour la prestation de soins primaires en équipe au Canada

	facteurs personnels, sociaux, culturels et environnementaux complexes qui influent sur le fonctionnement et la santé d'une personne.
1.6	Collaborer avec les personnes en quête de soins, leur famille et leur réseau de soutien, de même qu'avec les membres de l'équipe interprofessionnelle de soins primaires pour élaborer, mettre en œuvre et évaluer des plans de traitement ou de prise en charge tenant compte des facteurs personnels, sociaux, culturels et environnementaux complexes qui influent sur le fonctionnement et la santé d'une personne.
1.7	Fournir des renseignements et du soutien aux personnes en quête de soins, à leur famille et à leur réseau de soutien pour favoriser une autoprise en charge fructueuse sur le plan du fonctionnement et de la santé.
1.8	Faciliter les transitions réussies entre les membres de l'équipe interprofessionnelle de soins primaires, les prestataires de services de santé externes et les fournisseurs de services communautaires.
1.9	Recourir à la prestation de services de santé numériques ou virtuels, lorsque cela est approprié, pour améliorer l'accès des personnes et des communautés aux soins primaires prodigués en équipe.
1.10	Planifier, mettre en œuvre et évaluer des programmes de groupe, en collaboration avec d'autres membres de l'équipe interprofessionnelle de soins primaires , pour améliorer le fonctionnement et la santé des personnes et des communautés.
1.11	Cerner et évaluer les iniquités en santé, les besoins uniques et changeants en matière de services de santé et les déterminants sociaux de la santé qui ont une incidence sur les communautés et les populations concernées.
1.12	Concevoir, mettre en œuvre et évaluer des services permettant d'agir activement sur les déterminants sociaux de la santé afin de répondre aux besoins des communautés et des populations concernées.
1.13	Faire montre d'expertise adaptative pour trouver des solutions aux problèmes de santé des personnes et des communautés en tant que membre d'une équipe interprofessionnelle de soins primaires.
1.14	Appliquer les principes des soins tenant compte des traumatismes, s'il y a lieu, lorsqu'un soutien est apporté aux personnes en quête de soins, à leur famille ou à leur réseau de soutien.
1.15	Faire preuve d'humilité culturelle dans le cadre de sa pratique et prodiguer des soins culturellement sécuritaires.
1.16	Adopter dans le cadre de sa pratique des approches anti-oppressives (c'est-à-dire des approches qui luttent contre le racisme, la grossophobie, le capacitisme, l'hétérosexisme, le cisgenrisme, le classisme, le sexisme et les idéologies qui découlent du colonialisme de peuplement).

La communication en tant que membre d'une équipe de soins primaires	
2.1	Communiquer clairement et ouvertement, avec respect et empathie, en prenant soin d'adopter une approche culturellement sécuritaire et centrée sur la personne afin d'encourager la participation des personnes en quête de soins, de leur famille et de leur réseau de soutien.
2.2	Communiquer clairement et ouvertement, avec respect et empathie, en prenant soin d'adopter une approche culturellement sécuritaire et centrée sur la personne afin d'encourager la participation de tous les membres de l'équipe interprofessionnelle de soins primaires ainsi que la collaboration au sein de celle-ci.

La collaboration en tant que membre d'une équipe de soins primaires	
3.1	Mobiliser la personne en quête de soins, ainsi que les membres de sa famille et de son réseau de soutien, afin qu'ils fassent partie intégrante de l'équipe interprofessionnelle de soins primaires.
3.2	Collaborer avec tous les membres de l'équipe de soins primaires de façon à tirer parti de l'expertise et de toute l'étendue du champ d'exercice de chacun afin de fournir des services de santé complets qui répondent aux besoins des personnes et des communautés.
3.3	Aider les personnes en quête de soins, ainsi que leur famille et leur réseau de soutien, à accéder à des services de santé, des services sociaux et d'autres ressources communautaires.
3.4	Adopter des approches fondées sur des données probantes pour améliorer la collaboration et l'efficacité au sein de l'équipe de soins primaires.
3.5	Participer de façon collaborative et constructive aux tentatives de résolution des désaccords qui surviennent entre les membres de l'équipe interprofessionnelle de soins primaires.

La gestion en contexte de soins primaires prodigués en équipe	
4.1	Participer à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques organisationnelles qui favorisent la prestation de services optimaux par l'équipe interprofessionnelle de soins primaires.
4.2	Trier les personnes en quête de soins afin de faciliter l'accès aux services appropriés en temps opportun.
4.3	Participer à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation de politiques organisationnelles qui favorisent la sécurité des personnes en quête de soins et des membres de l'équipe interprofessionnelle.
4.4	Diriger l'évaluation du programme et les activités d'amélioration de la qualité des soins primaires prodigués en équipe ou y participer activement.
4.5	Superviser ou encadrer les membres de l'équipe qui participent à la prestation de services de physiothérapie dans le cadre des soins primaires.
4.6	Gérer de façon sécuritaire les données des personnes en quête de soins, conformément aux politiques de l'établissement et du territoire qui s'appliquent.

Le leadership en contexte de soins primaires prodigués en équipe	
5.1	Promouvoir des services qui répondent aux besoins sociaux et de santé des personnes en quête de soins, de leur famille et de leur réseau de soutien.
5.2	Cerner, créer et évaluer des possibilités d'innovation dans la prestation de services de soins primaires.
5.3	Faire preuve de leadership pour l'avancement des fonctions du physiothérapeute au sein d'une équipe de soins primaires.
5.4	Encadrer les physiothérapeutes ou les étudiants en physiothérapie afin de les préparer à leurs futures fonctions dans le domaine des soins primaires.
5.5	Exercer un leadership collaboratif au sein de l'équipe de soins primaires.

La pratique érudite en contexte de soins primaires prodigués en équipe	
6.1	Adopter des approches fondées sur des données probantes et centrées sur la personne en contexte de soins primaires prodigués en équipe.
6.2	Participer à la recherche pour faire progresser la prestation de services de physiothérapie dans le cadre de soins primaires prodigués en équipe.
6.3	Se livrer à des activités d'introspection critique, d'apprentissage autodirigé et de développement professionnel pour accroître sa contribution aux services prodigués en tant que membre d'une équipe de soins primaires.
6.4	Soutenir le développement professionnel des étudiants et des autres membres de l'équipe interprofessionnelle de soins primaires.

DESCRIPTION DES TERMES

Vous trouverez ci-dessous la description de concepts ou de termes clés qui reviennent tout au long du profil de compétences des physiothérapeutes pour la prestation de soins primaires en équipe au Canada.

Accès aux soins – La possibilité pour une personne d’obtenir des services de santé appropriés lorsqu’elle croit avoir besoin de soins. L’accès aux soins est le résultat des interactions entre la personne qui éprouve le besoin de recevoir des soins et les fournisseurs, les organismes et les systèmes de santé. Pour une personne en quête de soins, l’accès aux soins comprend la possibilité de cerner ses besoins en matière de soins de santé, de rechercher des services de soins de santé, d’accéder à des ressources de soins de santé, d’obtenir ou d’utiliser des services de soins de santé et de se voir offrir des services appropriés qui répondent à ses besoins^[7].

Amélioration de la qualité – Les activités réalisées pour améliorer les processus internes, les pratiques ou la productivité relativement à une intervention précise. L’objectif consiste à déterminer l’incidence d’une intervention sur un groupe de participants en particulier dans un contexte donné. En outre, les activités d’amélioration de la qualité sont généralement réalisées pour évaluer une pratique approuvée ou dont l’efficacité a déjà été éprouvée^[32].

Autoprise en charge – Les tâches quotidiennes qu’une personne exécute pour maîtriser ou atténuer les répercussions de la maladie sur sa santé^[33].

Collaboration et efficacité au sein de l’équipe – Ce concept repose sur trois dimensions : la mise en œuvre du rôle, le travail de frontières et la perception d’efficacité de l’équipe. Une équipe considérée efficace est soudée, communique bien, coordonne les soins, résout les problèmes, veille à ce que tous ses membres participent à la prise de décision et met l’accent sur les besoins de la personne en quête de soins, de sa famille et de son réseau de soutien^[35].

Collaboration interprofessionnelle – Un partenariat entre une équipe de prestataires de services de santé et une personne en quête de soins (et d’autres êtres qui lui sont chers, dans la mesure où elle y consent) dans le cadre d’une approche participative, collaborative et coordonnée de la prise de décision partagée en ce qui concerne les questions sociales et de santé^[16].

Défense des intérêts – L’idée de mettre à profit son expertise et son influence lorsque l’on travaille avec des communautés, des populations ou des personnes en quête de soins dans le but d’améliorer leurs résultats de santé. Il s’agit notamment de collaborer avec les personnes ou les communautés auxquelles l’on prodigue des

soins afin de comprendre leurs besoins et de contribuer à la mobilisation de ressources afin d'y répondre.

Déterminants sociaux de la santé – Les conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent et vieillissent, de même que l'ensemble plus vaste de pouvoirs et de systèmes qui façonnent les conditions de la vie quotidienne^[34]. Voici quelques exemples de catégories de déterminants sociaux de la santé : le logement, l'emploi et le travail, le soutien social, l'accès aux services de santé, la culture, la race et l'ethnicité, l'éducation et la littéracie, la sécurité alimentaire, l'identité et l'expression de genre, le handicap et le statut d'Autochtone^[26].

Développement professionnel – Un processus qui s'étend sur toute une vie et qui est axé sur l'acquisition de nouvelles compétences grâce à l'éducation continue, la formation, le mentorat ou le réseautage.

Espaces propices aux interactions sécuritaires sur les plans physique, émotionnel et culturel – Des environnements physiques et sociaux au sein desquels toutes les personnes concernées se sentent en sécurité lorsqu'elles interagissent avec des membres de l'équipe interprofessionnelle de soins primaires. Les espaces sécuritaires sont nécessaires à la prestation de soins tenant compte des traumatismes et culturellement sécuritaires qui rendent les soins primaires plus accessibles et équitables.

Évaluation du programme – Les activités réalisées pour éclairer les décisions, cerner des améliorations (p. ex., évaluation formative) et fournir des renseignements sur la réussite des programmes (p. ex., évaluation sommative) selon les buts et objectifs prédéfinis. L'évaluation d'un programme nécessite la collecte et l'analyse systématique de renseignements sur celui-ci. De multiples sources d'information sont utilisées pour améliorer la mise en œuvre du programme et en déterminer l'efficacité^[31].

Expertise adaptative – La capacité à trouver un équilibre entre efficacité et innovation. Les personnes qui font montre d'expertise adaptative appliquent efficacement les connaissances précédemment acquises lorsqu'elles rencontrent des problèmes bien connus et utilisent leur savoir de façon souple pour générer de nouvelles connaissances ou des solutions novatrices en réponse à des situations nouvelles et complexes. Ces personnes savent à la fois ce qu'il convient de faire (maîtrise procédurale) et la raison pour laquelle elles le font (compréhension conceptuelle). C'est leur compréhension conceptuelle qui leur permet de s'adapter à de nouvelles situations dans le cadre de leur pratique. Si les solutions connues se révèlent insuffisantes, les « experts adaptatifs » élaborent de nouvelles solutions pour répondre au « pourquoi ». L'expertise adaptative requiert une approche de la

pratique qui considère la résolution quotidienne de problèmes comme une occasion d'apprendre et de s'améliorer^[8-12].

Facteurs personnels, sociaux, culturels et environnementaux complexes qui influent sur le fonctionnement et la santé – Une multitude de déterminants de la santé et du fonctionnement qui sont interreliés. La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé décrit comment le fonctionnement d'une personne est influencé par des facteurs contextuels. Les facteurs contextuels englobent les facteurs environnementaux (p. ex., les attitudes sociales, les structures juridiques et sociales, les environnements physiques) et les facteurs personnels (p. ex., l'âge, le genre, l'éducation et les expériences antérieures)^[17]. Par ailleurs, l'Organisation mondiale de la Santé et Santé Canada reconnaissent qu'il existe une multitude de déterminants de la santé, notamment les environnements sociaux, économiques et physiques, de même que les caractéristiques et les comportements individuels d'une personne^[18,19].

Fonctionnement – Un terme générique qui englobe les fonctions organiques, les activités et la participation^[17].

Humilité culturelle – La démarche évolutive et permanente de conscience de soi et d'introspection qui mène à reconnaître que nos suppositions et préjugés peuvent être influencés par les récits culturels dominants. Pour faire preuve d'humilité culturelle, il convient de remarquer et de reconnaître les différents points de vue, et d'y répondre, tout en tenant compte des problèmes systémiques^[21,22].

Iniquités en santé – Les différences sur le plan de l'état de santé ou de la répartition des ressources de santé entre divers groupes de la population, résultant des conditions sociales dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Les iniquités en santé sont injustes et modifiables^[27,28].

Innovation – La mise au point d'une approche, d'une méthode, d'un service ou d'un produit nouveau ou amélioré.

Introspection critique et apprentissage autodirigé – Deux composantes importantes de l'apprentissage autorégulé. L'apprentissage autorégulé est un processus actif et constructif par lequel les apprenants se fixent des objectifs d'apprentissage et exercent le suivi et le contrôle de leurs connaissances, motivations et comportements afin d'atteindre les objectifs qu'ils se sont fixés^[20].

Leadership collaboratif – Le partage des responsabilités de leadership au sein d'une équipe. Le leadership collaboratif repose sur les éléments suivants : Éliminer le travail en vase clos afin que les membres de l'équipe puissent collaborer et partager les responsabilités pour l'atteinte des résultats et des objectifs de santé

communs; assumer pleinement la responsabilité qui nous revient tout au long du processus de prise de décision; mettre à profit la variété d'opinions et de forces au sein de l'équipe pour élaborer des stratégies et trouver des solutions aux problèmes; valoriser les connaissances, les compétences et l'expertise de chacun, de même que les différentes forces et perspectives de chaque praticien^[16].

Membres de l'équipe qui participent à la prestation de services de physiothérapie – Le personnel de soutien, les assistants, les bénévoles et les autres professionnels de la santé qui peuvent fournir des services de physiothérapie sous la direction et la supervision d'un physiothérapeute.

Mentorat – Une alliance professionnelle dans le cadre de laquelle les personnes collaborent au fil du temps pour favoriser la croissance personnelle et professionnelle, le développement et le succès de leurs partenaires relationnels en leur apportant un soutien professionnel et psychosocial^[29].

Personnes en quête de soins, leur famille et leur réseau de soutien – La personne en quête de soins est la personne autour de laquelle les soins sont centrés. Selon le contexte, cette personne peut également être un client ou un patient. Les soins centrés sur la personne sont le fruit de relations dynamiques entre les personnes en quête de soins, les êtres qui leur sont chers et tous les prestataires de services de santé concernés. Chacun de ces groupes éclaire la prise de décision dans la mesure où la personne en quête de soins y consent^[28]. Ce profil de compétences utilise les termes « famille » et « réseau de soutien » pour désigner tous les êtres qui sont chers aux personnes en quête de soins.

Pratique anti-oppressive – Le fait de reconnaître que l'oppression existe dans notre société et d'essayer d'en atténuer les répercussions afin de corriger à la longue les déséquilibres de pouvoir entre les gens^[13,14].

Pratique fondée sur des données probantes – La prise en compte des données probantes les plus fiables disponibles, du contexte et des préférences du client et des expériences du professionnel de la santé pour éclairer la prise de décision et la résolution de problèmes^[25].

Prestation de services de santé numériques ou virtuels – Toute interaction entre des personnes en quête de soins et des professionnels de la santé dans le cadre de laquelle des technologies numériques, des technologies de l'information ou des outils de communication sont utilisés pour faciliter la prestation de services^[46].

Raisonnement clinique – Une façon de penser et de prendre des décisions en tenant compte du contexte et de multiples facteurs dans la pratique des professionnels de la santé. L'objectif du raisonnement clinique est de prendre, en

collaboration avec la personne en quête de soins, des décisions judicieuses et centrées sur la personne qui guideront les mesures prises pour améliorer les choix, les parcours et les résultats en matière de santé et de bien-être^[15].

Recherche – Une démarche visant à étendre les connaissances grâce à un examen systématique ou à une investigation rigoureuse.

Relation thérapeutique – Une relation délibérée et orientée vers un but entre un professionnel de la santé et une personne en quête de soins dont l'objectif est de servir les intérêts de cette dernière et de l'aider à obtenir les meilleurs résultats possibles. Les relations thérapeutiques positives sont caractérisées par la confiance, la bienveillance, l'empathie, l'authenticité réciproque, l'absence de jugement et le désir de soutenir la personne en quête de soins^[36-43].

Santé – Un état de bien-être physique, social et mental total, et non pas seulement l'absence de maladie ou de déficience^[26].

Sécurité culturelle – Le sentiment ou l'expérience d'une personne lorsqu'un prestataire de services de santé communique avec elle de manière respectueuse et inclusive. La sécurité culturelle encourage la personne à participer à la prise de décision et favorise l'établissement d'une relation dans le cadre de laquelle elle travaille en équipe avec le prestataire afin d'atteindre ses objectifs de santé^[23,24].

Soins centrés sur la personne – Des soins prodigués après avoir obtenu des renseignements sur les valeurs et les préférences d'une personne. Une fois exprimées, les valeurs et les préférences de la personne guident tous les aspects des services de santé, qui sont fournis dans le but de l'aider à atteindre ses objectifs de vie et de santé réalistes^[30].

Soins tenant compte des traumatismes – Une approche qui consiste à reconnaître les causes des traumatismes et leurs répercussions lorsque l'on offre des services ou du soutien. Pour tenir compte des traumatismes, un programme, une organisation ou un système doit : *être conscient* des répercussions généralisées des traumatismes et comprendre le cheminement qui mène à la guérison; *reconnaître* les signes et symptômes des traumatismes; *réagir* en intégrant les connaissances à propos des traumatismes dans ses politiques, procédures et pratiques; et chercher activement à *éviter de nouveaux traumatismes*^[45].

Transitions dans les soins – Un ensemble de mesures pour veiller à la coordination et à la continuité des soins de santé lorsque les patients sont transférés d'un établissement de soins de santé à un autre, rencontrent différents professionnels de la santé ou passent d'un niveau de soins à l'autre^[44].

Triage - Un processus permettant de prendre rapidement des décisions à l'égard des soins qui seront prodigués à la personne en quête de soins. Le triage permet d'accorder la priorité aux personnes ayant les besoins de santé les plus urgents et de déterminer les professionnels de la santé et les services de santé les plus appropriés pour répondre à leurs besoins.

RÉFÉRENCES

1. Starfield B. *Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy*. Oxford: Oxford University Press; 1992.
2. Starfield B. *Toward international primary care reform*. Canadian Medical Association Journal 2009;180(11):1091-2.
3. Epperly T, Bechtel C, Sweeny R, Greiner A, Grumbach K, Schilz J, Stream G, O'Connor M. *The Shared Principles of Primary Care: A Multistakeholder Initiative to Find a Common Voice*. Family Medicine 2019; 51(2):179-84.
4. Collège des médecins de famille du Canada. *Une vision pour le Canada : La pratique de la médecine familiale – Le Centre de médecine de famille*. Collège des médecins de famille du Canada, 2011.
5. Gutkin C. *L'avenir de la pratique familiale au Canada : Le centre de médecine de famille*. Le Médecin de famille canadien 2011;57(10):1224.
6. Frank JR, Snell LS, Cate OT, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, Harris P, Glasgow NJ, Campbell C, Dath D, Harden RM. *Competency-based medical education: theory to practice*. Medical teacher 2010;32(8):638-45.
7. Levesque JF, Harris MF, Russell G. *Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations*. International Journal of Equity and Health 2013; 12, 18.
8. Cupido N, Fowler N, Sonnenberg LK, Karwowska A, Richardson D, Snell L, Thoma B, Mylopoulos M. *Adaptive Expertise in CanMEDS 2025*. Canadian Medical Education Journal 2023; 4(1):18-21.
9. Cupido N, Ross S, Lawrence K, Bethune C, Fowler N, Hess B, van der Goes T, Schultz K. *Making Sense of Adaptive Expertise for Frontline Clinical Educators: A Scoping Review of Definitions and Strategies*. Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice 2022; 27 (5): 1213–1243.
10. Hatano G, Inagaki K. *Two courses of expertise*. Child Development and Education in Japan 1984; 6: 27–36.
11. Mylopoulos M, Kulasegaram K, Woods NN. *Developing the experts we need: Fostering adaptive expertise through education*. Journal of Evaluation in Clinical Practice 2018; 24: 674–677.

12. Mylopoulos M, Woods NN. *When I say ... adaptive expertise*. Medical Education 2017; 51: 685-686.
13. Aqil AR, Malik M, Jacque KA, Lee K, Parker LJ, Kennedy CE, Mooney G, German D. *Engaging in anti-oppressive public health teaching: Challenges and recommendations*. Pedagogy in Health Promotion 2021; 7(4): 344-353.
14. Baines D. *Doing anti-oppressive practice: social justice social work*, 3^e édition. Fernwood Publishing, 2017.
15. Higgs J, Jensen GM, Loftus S, Christensen N. *Clinical Reasoning in the Health Professions*, 4^e édition. Elsevier Health Sciences, 2019.
16. Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. A National Interprofessional Competency Framework. Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, 2010. Consulté en novembre 2023 à l'adresse <https://www.cihc-cpis.com/publications1.html>.
17. Organisation mondiale de la Santé. Towards a common language for functioning, disability and health: The International Classification of Functioning, Disability and Health. Organisation mondiale de la Santé, 2002.
18. Organisation mondiale de la Santé. Determinants of Health. Organisation mondiale de la Santé, 2017. Consulté en novembre 2023 à l'adresse <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health>.
19. Agence de la santé publique du Canada. *Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé*. Gouvernement du Canada, 2023. Consulté en novembre 2023 à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>.
20. Pintrich PR. *The role of goal orientation in self-regulated learning*. Tiré de : Boekaerts M, Pintrich PR, Zeidner M (éditeurs). Handbook of self-regulation. Academic Press, 2000.
21. Agner J. *Moving from cultural competence to cultural humility in occupational therapy: A paradigm shift*. The American Journal of Occupational Therapy 2020; 74(4): 1-7.
22. Alsharif NZ. *Cultural humility and interprofessional education and practice: A winning combination*. American Journal of Pharmaceutical Education 2012; 76(7): 120.
23. Jull JE, Giles AR. *Health equity, Aboriginal Peoples and occupational therapy*. Canadian Journal of Occupational Therapy 2012; 79(2): 70-76.
24. Organisation nationale de la santé autochtone. *Cultural competency and safety: A guide for health care administrators, providers, and educators*. Organisation nationale de la santé autochtone, 2008.

25. Sackett DL, Straus SC, Richardson WS, Rosenbert W, Harnes RB. *Evidence Based Medicine: How to practice and teach EBM*. (2^e éd.). Edinburgh : Churchill Livingston, 2000.
26. Organisation mondiale de la Santé. *Health promotion glossary of terms, 2021*. Consulté en novembre 2023 à l'adresse <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>.
27. Agence de la santé publique du Canada. *Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé*. Gouvernement du Canada, 2023. Consulté en novembre 2023 à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>.
28. Organisation mondiale de la Santé. *It's time to build a fairer, healthier world for everyone, everywhere: Health equity and its determinants*. Organisation mondiale de la Santé, 2021. Consulté en novembre 2023 à l'adresse https://cdn.who.int/media/docs/default-source/world-health-day-2021/health-equity-and-its-determinants.pdf?sfvrsn=6c36f0a5_1&download=true.
29. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Policy and Global Affairs; Board on Higher Education and Workforce; Committee on Effective Mentoring in STEMM. *The science of mentoring relationships: What is mentorship?* Tiré de : Dahlberg ML et Byars-Winston A (éditeurs). *The science of effective mentorship in STEMM*. National Academies Press, 2019.
30. American Geriatric Society Expert Panel on Person-Centered Care. *Person-centered care: A definition and essential elements*. *Journal of the American Geriatric Society* 2016; 64: 15–18.
31. Centers for Disease Control and Prevention. *Framework for program evaluation in public health*. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1999, 48: RR-11.
32. Harvey G, Wensing M. *Methods for evaluation of small scale quality improvement projects*. *Quality and Safety in Health Care* 2003; 12(3), 210–214.
33. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. *Self-management approaches for people with chronic conditions: a review*. *Patient Education and Counselling* 2002; 48(2): 177-187.
34. Organisation mondiale de la Santé. *Social determinants of health*. Organisation mondiale de la Santé. Consulté en novembre 2023 à l'adresse https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1.
35. Kilpatrick K, Paquette L, Bird M, Jabbour M, Carter N, Tchouaket É. *Team Functioning And Beliefs About Team Effectiveness In Inter-Professional Teams: Questionnaire Development And Validation*. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 2019; 12: 827–839.

36. Mottram A. *Therapeutic relationships in day surgery: a grounded theory study*. Journal of Clinical Nursing 2009;18(20):2830–2837.
37. Priebe S, McCabe R. *The therapeutic relationship in psychiatric settings*. Acta Psychiatrica Scandinavica 2006; 113:69–72.
38. Koole SL, Tschacher W. *Synchrony in psychotherapy: a review and an integrative framework for the therapeutic alliance*. Frontiers in Psychology 2016; 7: 862.
39. Gelso C. *A tripartite model of the therapeutic relationship: theory, research, and practice*. Psychother Res J Soc Psychother Res 2014; 24(2): 117–31.
40. Jung E, Wiesjahn M, Rief W, Lincoln TM. *Perceived therapist genuineness predicts therapeutic alliance in cognitive behavioural therapy for psychosis*. British Journal of Clinical Psychology 2015; 54(1): 34–48.
41. Fuertes JN, Toporovsky A, Reyes M, Osborne JB. *The physician-patient working alliance: theory, research, and future possibilities*. Patient Education and Counselling 2017; 100(4): 610–5.
42. Wiechula R, Conroy T, Kitson AL, Marshall RJ, Whitaker N, Rasmussen P. *Umbrella review of the evidence: what factors influence the caring relationship between a nurse and patient*. Journal of Advanced Nursing 2016; 72(4): 723–34.
43. Hall AM, Ferreira PH, Maher CG, Latimer J, Ferreira ML. *The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review*. Physical Therapy 2010; 90(8): 1099–110.
44. Coleman EA, Boult C. *Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs: position statement of the American geriatrics Society health care systems committee*. Journal of the American Geriatric Society 2003;51(4):556–7.
45. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) Trauma and Justice Strategic Initiative. *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach*. SAMHSA, 2014. Consulté en novembre 2023 à l'adresse <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma14-4884.pdf>
46. Shaw J, Jamieson T, Agarwal P, et coll. *Virtual care policy recommendations for patient-centred primary care: findings of a consensus policy dialogue using a nominal group technique*. Journal of Telemedicine and Telecare 2018;24(9):608–15.

REMERCIEMENTS

Reconnaissance des auteurs

L'élaboration de ce profil de compétences a été dirigée par :

- Jordan Miller, School of Rehabilitation Therapy, Université Queen's
- Julie Richardson, School of Rehabilitation Science, Université McMaster
- Emily Stevenson, physiothérapeute agréée
- Lisa Carroll, Association canadienne de physiothérapie
- François Desmeules, École de réadaptation, Université de Montréal
- Amy Hondronicols, Ontario Physiotherapy Association
- Kadija Perreault, École des sciences de la réadaptation, Université Laval
- Andrews Tawiah, School of Physical Therapy, Université Western
- Patricia Thille, College of Rehabilitation Sciences, Université du Manitoba
- Sarah Wojkowski, School of Rehabilitation Science, Université McMaster

Les auteurs tiennent à remercier le groupe d'experts consulté pour la création de ce profil de compétences. La mise au point de ce profil de compétences n'aurait pas été possible sans votre expertise théorique, vos connaissances spécialisées et votre expérience directe.

L'Association canadienne de physiothérapie est également reconnue à titre d'organisation partenaire dans le cadre de ce projet.



Canadian
Physiotherapy
Association

Association
canadienne de
physiothérapie

Reconnaissance de l'appui financier

Ce profil de compétences a été mis au point dans le cadre d'un projet financé par la Fondation pour l'avancement de la médecine familiale. Ce projet est l'un des quelques projets financés dans le cadre de l'initiative « Équipe de soins primaires – Former pour transformer ». Il s'agit d'une initiative interprofessionnelle de la Fondation pour l'avancement de la médecine familiale qui bénéficie du financement d'Emploi et Développement social Canada, un ministère du gouvernement fédéral. Elle est codirigée par le Collège des médecins de famille du Canada et le Réseau

canadien des personnels de santé, et réalisée en partenariat avec plus de 100 organisations d'un bout à l'autre du pays.



RCPS
Réseau canadien des
personnels de santé



CHWN
Canadian Health
Workforce Network

**THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA**



**LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA**