

Les formations infirmières à la coordination des soins et des services : un examen de la portée

Marlène Karam, Université Montréal; Centre de recherche de l'Hôpital Maisonneuve Rosemont

Pegah Torabi, Université de Montréal; Centre de recherche de l'Hôpital Maisonneuve Rosemont

Asma Boubaker, Université de Montréal; Centre de recherche du CHU de Québec – Université Laval

Isabelle Brault, Université de Montréal; Centre de recherche en santé publique



Note de page couverture | Cover Page Footnote

Les auteures tiennent à exprimer leur profonde gratitude à Mme Marie-France Deschênes et Mme Marcela Ferrada professeures expertes en formation infirmière pour leur critique constructive. Nous remercions également Mme Assia Mourid, bibliothécaire spécialisée en sciences de la santé, pour son soutien dans la recherche bibliographique. | The authors extend their deepest gratitude to expert nursing education professors Marie-France Deschênes and Marcela Ferrada for their constructive feedback. Our gratitude as well to health sciences librarian Assia Mourid for her assistance with the bibliographical research.

La coordination des soins et des services, une fonction cruciale dans le domaine de la santé, nécessite de la part des infirmières¹ qui en sont responsables des connaissances et des habiletés particulières et une formation adéquate (Haas et al., 2013). La coordination consiste à organiser délibérément des activités de soins et à communiquer les informations entre toutes les parties concernées par les soins d'une personne pour les rendre plus sécuritaires et plus efficaces (Agency for Healthcare Research and Quality, 2024). Les systèmes de santé à l'échelle mondiale ont adopté des stratégies d'intégration dans le but de créer des structures plus cohérentes, moins fragmentées, qui répondent aux besoins croissants des populations vieillissantes aux prises avec des comorbidités tout en limitant les dépenses de santé (Bodenheimer et Sinsky, 2014). Vu les effets bénéfiques de cette approche intégratrice, d'importants investissements ont été réalisés dans la coordination des soins et services, ce qui a renforcé leur efficacité et leur qualité. En effet, la coordination des soins permet de réduire les redondances, de limiter les erreurs médicales et d'optimiser les parcours de soins des personnes en facilitant les transitions de soins, en améliorant la communication intra et interprofessionnelle, et en soutenant l'autogestion chez les personnes (Garnett et al., 2020; Swan et al., 2019).

Les infirmières sont idéalement positionnées pour jouer un rôle clé dans la coordination des soins, par leur proximité avec les personnes, leur place centrale au sein des équipes interprofessionnelles et leur vision globale du parcours de soins (Garnett et al., 2020; George et Shocksneider, 2014). Leur contact régulier avec les personnes, combiné à leurs compétences en évaluation et à leur jugement clinique, leur permet de détecter rapidement les besoins et les changements de santé, assurant ainsi une réponse adaptée et coordonnée (Garnett et al., 2020; Karam et al., 2021). En outre, leur position centrale dans les équipes de soins facilite une communication efficace avec les autres professionnelles de santé, garantissant une prise en charge harmonieuse et intégrée (George et Shocksneider, 2014). De ce fait, plusieurs profils de coordinatrices des soins et services ont été mis en place, tels que l'infirmière pivot, l'infirmière de liaison ou encore la gestionnaire de cas. Ces profils sont dédiés à l'organisation délibérée des soins et des services aux populations ayant des besoins complexes (Karam et al., 2023).

Contexte

Bien que les infirmières occupent de plus en plus des postes de coordination des services et des soins, les programmes de formation en soins infirmiers n'intègrent pas systématiquement les principes de coordination et leur inclusion dans la formation continue demeure incomplète (Lamb, 2014). De plus, une certification en coordination des soins n'est pas toujours requise pour occuper cette fonction. Par ailleurs, un manque de clarté quant aux activités exercées par les infirmières dans le cadre de la coordination des soins persiste (Anderson et Hewner, 2021). Ces différents facteurs expliquent la grande hétérogénéité des formations proposées aux infirmières coordinatrices en matière de contenus, de durée et de méthodes pédagogiques. Ces formations peuvent être suivies à l'initiative des infirmières dans le cadre de leur perfectionnement professionnel continu, elles peuvent être mises en place par l'employeur, par le milieu clinique dans lequel elles exercent, ou, plus rarement, être intégrées à leur formation initiale (Karam et al., 2021). Or, renforcer les capacités des coordinatrices de soins à réaliser pleinement leur fonction devient de plus en plus crucial, compte tenu de la complexification des besoins et des situations des populations (Kuluski et al., 2017), notamment en raison du vieillissement démographique, de

¹ Pour faciliter la lecture de cet écrit, et vu la majorité féminine des membres de la profession infirmière, le terme « infirmière » au féminin est utilisé.

la prévalence accrue des maladies chroniques (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2024) et des exigences associées à la gestion des parcours de soins fragmentés.

À ce jour, les formations destinées aux infirmières portant sur les activités de coordination des soins restent insuffisamment connues et documentées. Le possible écart entre les exigences cliniques croissantes et les contenus enseignés est peu exploré, ce qui limite l'adaptation des curriculums aux besoins réels du terrain. Synthétiser ces formations pour dresser un portrait authentique permettrait de déterminer : 1) les dispositifs pédagogiques qu'elles adoptent, mettant en lumière les innovations pédagogiques existantes, afin de guider les organisations dans la mise en place ou l'actualisation de leurs propres formations; et 2) les contenus prioritaires qu'elles privilégient, facilitant ainsi une réflexion critique sur les catégories d'activités de la coordination jugées essentielles par différentes formations et celles qui mériteraient d'être davantage approfondies.

Cet examen de la portée vise à recenser et à examiner les formations dispensées aux infirmières pour les outiller à la coordination des soins et des services.

Cadre théorique

Le cadre théorique de cette étude s'appuie sur le *Modèle des activités de coordination des soins et des services pour les personnes ayant des besoins complexes* de Karam et al. (2021). Le modèle propose une vue globale des activités réalisées par les infirmières dans le cadre de la coordination. Ces activités se déclinent en quatre catégories : 1) les activités qui s'adressent à la personne et ses proches; 2) celles qui s'adressent à l'équipe intra et interprofessionnelle; 3) celles qui établissent une continuité des soins et des services entre la personne et ses proches d'une part et les professionnels et les services d'autre part; et 4) la communication interpersonnelle et le transfert d'informations (catégorie transversale). Ce modèle s'avère pertinent pour examiner et répertorier le contenu des formations existantes sous l'angle des activités de coordination.

Méthode

Une méthodologie d'examen de la portée, inspirée par les travaux d'Arksey et O'Malley (2005) et adaptée par Levac et al. (2010), a été utilisée dans le cadre de cette étude. Cette méthodologie comporte six étapes consécutives : 1) formuler la question de recherche; 2) déterminer les sources pertinentes; 3) sélectionner les sources; 4) extraire les données; 5) rassembler, résumer et rapporter les résultats; 6) consulter des experts.

Formuler la question de recherche

Quelles sont les formations dispensées aux infirmières en vue de les outiller à la coordination des soins et des services?

Déterminer les sources pertinentes

La recherche bibliographique a été menée en utilisant des termes clés désignant la « coordination des soins », comme « *case management; care management; patient navigation; care coordination* ». Nous avons combiné ces termes avec ceux désignant la « formation » tels que « *training; professional development, continuing education* » et les infirmières ou « *nurses* ». La stratégie de recherche, développée avec le soutien d'une bibliothécaire expérimentée, est présentée à l'annexe 1. Nous avons consulté les bases de données MEDLINE, CINAHL, Web of Science, Global Health, JBI, ProQuest Dissertations & Theses Global et EBM Reviews — Cochrane pour rechercher des sources publiées au cours des 15 dernières années, à savoir entre janvier 2008 et

décembre 2023. Cette période a été choisie car, en 2008, l'OMS a marqué un tournant dans le domaine de la santé en reconnaissant l'importance des soins intégrés et coordonnés pour répondre aux besoins des patients ayant des maladies chroniques et complexes (OMS, 2008). Par ailleurs, nous avons envoyé des courriels aux milieux universitaires et cliniques identifiés grâce à notre réseau professionnel au Québec, en Belgique et en Suisse, leur demandant s'ils souhaitaient échanger avec nous des informations sur les formations à la coordination dispensées dans leurs milieux respectifs. Nous leur avons également demandé s'ils connaissaient des personnes travaillant sur ce sujet et disposées à partager leurs connaissances avec nous. Les documents reçus sont rapportés en tant que littérature grise.

Sélectionner les sources

Seules les sources rapportant le contenu d'une formation sur la coordination des soins destinée aux infirmières ont été incluses. Cette formation peut être offerte au baccalauréat, à la maîtrise, lors d'un projet de recherche ou dans le cadre d'une formation continue. Seules celles rédigées en anglais ou en français ont été retenues, les deux langues maîtrisées par les auteures. Le type de devis et l'emplacement géographique n'ont fait l'objet d'aucune restriction afin de dresser un tableau exhaustif des connaissances existantes sur la formation à la coordination des soins. Ont été exclues les études qui ne décrivaient pas suffisamment le contenu ou la modalité pédagogique ou dont le contenu était axé sur la clientèle pédiatrique ou destiné aux infirmières praticiennes spécialisées. Cette exclusion concorde avec notre intérêt pour la pratique infirmière auprès d'une clientèle adulte, sans qu'elle soit une pratique avancée.

Les sources issues de chaque base de données ont été exportées vers Covidence, un logiciel de gestion des références. Les doublons ont été éliminés automatiquement par le logiciel. Deux personnes de l'équipe ont examiné indépendamment les titres et les résumés de chaque article. Des réunions hebdomadaires ont été organisées avec l'ensemble de l'équipe de recherche pour discuter des articles classés différemment par les deux évaluateuses et obtenir un consensus sur ces articles. Le même processus rigoureux a été appliqué pour la lecture des textes intégraux. Les désaccords ont été résolus lors des réunions hebdomadaires, en suivant le même processus de discussion et de consensus qu'à l'étape précédente.

Extraire les données

Deux auteures (AB et PT) ont extrait les variables suivantes de chaque source retenue :

- pays de l'étude;
- but de l'étude;
- type de source;
- participantes à la formation;
- contexte clinique;
- bénéficiaires des soins;
- appui théorique;
- objectifs d'apprentissage ou compétences visées;
- prérequis exigés;

- caractéristiques du dispositif pédagogique;
- les modalités d'évaluation.

Le contenu des formations a été extrait selon le *Modèle des activités de coordination des services et soins* (Karam et al., 2021).

Rassembler, résumer et rapporter les résultats

L'analyse des données a suivi une approche thématique, à la fois déductive et inductive. Nous avons utilisé des codes prédéfinis (voir l'annexe 2) tout en restant ouvertes à l'identification de nouveaux thèmes émergents. Les données ont été catégorisées, puis résumées, en utilisant un fichier Excel. Les thèmes et les catégories ont été discutés et affinés en collaboration entre les chercheuses tout au long de l'analyse.

Consulter des experts

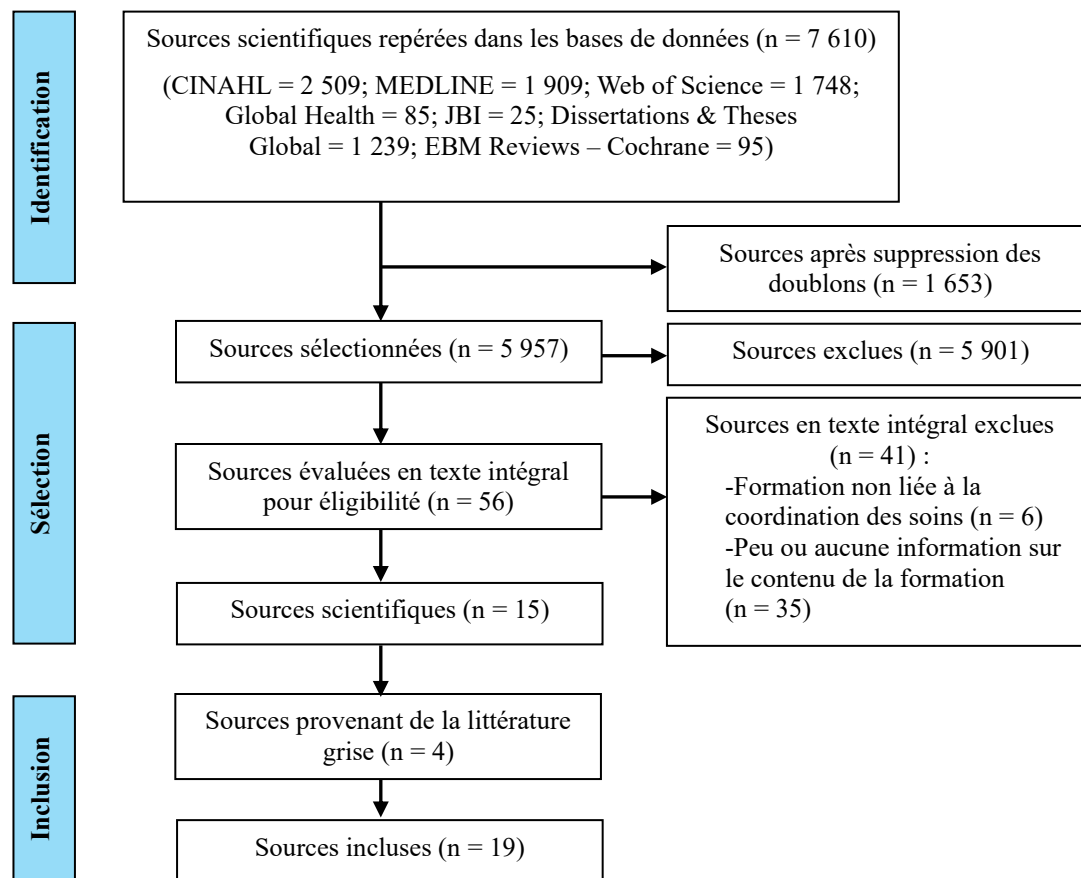
Enfin, nous avons soumis les résultats préliminaires à deux professeures expertes en formation infirmière de notre milieu pour raffiner notre analyse et nos conclusions.

Résultats

La recherche menée dans sept bases de données scientifiques a permis de dégager un total de 7 610 publications (voir la figure 1). Après le retrait des doublons, 5 957 sources ont été retenues. Par la suite, la lecture des titres et des résumés a permis d'exclure 5 901 sources qui n'abordaient pas la thématique de la coordination des soins. Après la lecture intégrale des 56 sources restantes, 41 ont été éliminées : six sources rapportaient une formation non liée à la coordination des soins et 35 sources présentaient peu ou aucune information sur le contenu de la formation. Ainsi, 15 sources scientifiques ont été retenues. Quatre sources (provenant de la littérature grise) relevées par des spécialistes des milieux universitaires et cliniques ont été retenues. Notons toutefois que deux sources retenues (Calhoun et al., 2010; Esparza, 2013) décrivent la même formation, tandis qu'une autre (Busnel et Bridier-Boloré, 2023) présente deux formations différentes. Ainsi, 19 formations ont été retenues pour cet examen de la portée provenant de trois types de sources : 1) les articles scientifiques décrivant une étude empirique; 2) les articles scientifiques portant sur des études non empiriques; 3) les documents de la littérature grise (description d'une formation universitaire, d'une formation continue ou d'une formation dispensée dans le cadre d'un projet de recherche).

Figure 1

Processus de sélection des sources (ou diagramme PRISMA)



Programmes, participantes à la formation et bénéficiaires des soins

Neuf formations font partie d'un cursus universitaire pour les étudiantes de premier cycle ($n = 7$) ou des cycles supérieurs ($n = 2$), neuf sont des formations continues et une formation a été créée dans le cadre d'un projet de recherche (voir le tableau 1). Quant au profil des participantes à la formation, 11 formations sont destinées aux infirmières, tandis que sept formations ont une visée interprofessionnelle qui englobe les infirmières et d'autres professionnelles de la santé, comme les diététistes et les travailleuses sociales. Une seule formation est destinée aux proches aidants en tant que membres de l'équipe interprofessionnelle, aux côtés des infirmières et des travailleuses sociales. Par ailleurs, la description des bénéficiaires de soins dans toutes les formations incluses concorde avec celle des personnes ayant des besoins complexes, à savoir des personnes souffrant d'une vulnérabilité physique ou mentale (ou les deux) et transitant souvent entre deux contextes de soins.

Appuis théoriques

Cette étude recense divers fondements théoriques : cinq formations s'appuient sur des théories, modèles ou cadres conceptuels distincts pour développer leur contenu. Ceux-ci sont le modèle *Care Coordination and Transition Management* ($n = 1$), le *Transitional Care Model*

(n = 1), le modèle *Care Ecosystem* (n = 1), la théorie sociale cognitive et la théorie de l'apprentissage des adultes (n = 1) ainsi que le cadre conceptuel de l'évaluation globale standardisée (n = 1). En outre, 11 formations ont utilisé, voire combiné diverses ressources : consultation d'experts; ouvrages (*Care Coordination: The Game Changer* [Lamb, 2014] ou *Prendre soin d'un proche âgé* [Clément et Lavoie, 2005]); articles scientifiques, revues de littérature; outils (TeamSTEPPS); rapports (qui présentent des mesures relatives aux déterminants de la santé) et des référentiels de compétences (pour les médecins, gestionnaires de cas et les professionnelles en gérontologie). Une formation s'est inspirée d'un programme universitaire existant. Une seule source n'indique pas les fondements théoriques utilisés pour développer le contenu de la formation (voir le tableau 2).

Tableau 1

Caractéristiques et contexte de formation rapportés par les sources retenues par notre étude

Auteurs (année)	Pays	But de l'étude	Types de sources	Participant·es à la formation	Contexte clinique et bénéficiaires des soins
Berry et al. (2011)	États-Unis	Décrire l'adaptation et la mise en œuvre d'un modèle de transition fondé sur des données probantes dans les soins à domicile	Étude scientifique empirique	Infirmières en soins à domicile	Personnes atteintes de maladies chroniques, à risque élevé de réadmission, et en transition de l'hôpital vers le domicile
Billie et Letizia (2020)	États-Unis	Élaborer, mettre en œuvre et évaluer un programme éducatif et un protocole sur des maladies graves	Étude scientifique empirique	Équipe de gestion de cas : infirmières et travailleuses sociales	Personnes atteintes de maladies graves fréquentant une clinique de soins de santé primaires ambulatoires
Busnel et Bridier-Boloré (2023)	Suisse	a. Décrire une formation continue sur la coordination interprofessionnelle à l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD)	Littérature grise : description de deux formations continues en milieu universitaire	Infirmières et autres professionnelles de la santé en soins à domicile : ergothérapeutes, diététistes et travailleuses sociales	Personnes nécessitant des soins, des suivis ou des aides temporaires ou durables, dans un contexte de soins à domicile
		b. Décrire une formation continue sur les représentations partagées entre professionnel, patient, proche aidant dans le contexte de coordination			
Calhoun et al. (2010)	États-Unis	Décrire l'élaboration et l'évaluation d'un programme national de formation standardisée pour les « navigateurs » des personnes	Étude scientifique empirique	Infirmières, travailleuses sociales et proches aidants	Personnes vivant avec le cancer recevant un traitement dans le système de santé
Esparza (2013)					
Chabalowski et Lockett (2020)	États-Unis	Décrire un dispositif en ligne sur la coordination des soins et la gestion de la transition	Étude scientifique non empirique	Étudiant·es au baccalauréat en sciences infirmières	Personnes transitant du milieu des soins aigus de courte durée vers le domicile
Crawford et al. (2013)	Canada	Décrire l'élaboration d'un cours d'aide à la navigation du système de santé destiné aux personnes vivant avec un diagnostic de cancer	Étude scientifique empirique	Infirmières travaillant avec des personnes vivant avec le cancer	Personnes hospitalisées en oncologie, au service des urgences ou dans des unités médicales et chirurgicales

Auteurs (année)	Pays	But de l'étude	Types de sources	Participant·es à la formation	Contexte clinique et bénéficiaires des soins
Davies (2021)	États-Unis	Décrire la mise en œuvre d'une activité de simulation axée sur la coordination des soins et la transition des patients	Étude scientifique non empirique	Étudiant·es en fin de baccalauréat en sciences infirmières	Personnes ayant reçu un diagnostic d'insuffisance cardiaque, souffrant de fibrillation auriculaire et de diabète de type 2 transitant entre l'hôpital, le domicile et la clinique de cardiologie
Holland et al. (2017)	États-Unis	Décrire l'élaboration d'un module d'études cliniques de coordination des soins et étudier son influence sur les résultats d'apprentissage	Étude scientifique empirique	Étudiant·es au baccalauréat en sciences infirmières	Personnes atteintes de maladies chroniques transitant vers les milieux de soins communautaires et ambulatoires
Hudon et Chouinard (2021)	Canada	Décrire une formation visant à appliquer l'approche VISAGES en coordination des services auprès de personnes ayant des besoins complexes et utilisant fréquemment les services de santé	Littérature grise : description d'une formation dans le cadre d'un projet de recherche	Infirmières et autres professionnelles amenées à faire de la gestion de cas ou de l'intervention pivot	Personnes ayant des besoins complexes qui recourent souvent aux services de santé
Institut et Haute École de la Santé La Source (2020)	Suisse	Décrire une formation qui vise à renforcer les compétences et à favoriser la coordination et le travail en réseau au moyen de démarches et d'outils pour la continuité et la sécurité des soins	Littérature grise : description d'une formation continue universitaire	Professionnel·les de la santé ou des services sociaux ayant une fonction de référence ou de liaison ou menant des activités de coordination	Personnes en situation complexe nécessitant des activités de coordination au quotidien en raison d'une maladie chronique, de comorbidités ou d'un trouble psychiatrique sévère
Jones et Waynick-Rogers (2020)	États-Unis	Décrire l'élaboration d'un outil éducatif pour promouvoir la planification de la transition de l'hôpital vers les soins de première ligne	Étude scientifique non empirique	Étudiant·es au baccalauréat en sciences infirmières	Personnes transitant d'un milieu hospitalier vers des soins de première ligne

Auteurs (année)	Pays	But de l'étude	Types de sources	Participant·es à la formation	Contexte clinique et bénéficiaires des soins
Karlin et al. (2017)	États-Unis	Examiner le développement, les composantes principales et les résultats initiaux d'un programme de formation sur la prévention et la gestion des symptômes comportementaux de la démence	Étude scientifique empirique	Infirmières et gestionnaires de cas	Proches aidants de personnes atteintes de démence modérée à grave nécessitant une assistance importante pour leurs activités quotidiennes à domicile
Liu et al. (2011)	Taïwan	Décrire le processus d'élaboration d'un programme éducatif de gestion de cas fondé sur les données probantes	Étude scientifique empirique	Infirmières de la santé publique	Personnes dans les milieux de soins de santé communautaire
Macq (2022)	Belgique	Décrire une formation visant à enseigner les concepts et à fournir les outils pour analyser et améliorer l'intégration des soins à l'échelle individuelle et populationnelle	Littérature grise : description d'une formation universitaire	Étudiantes à la maîtrise en sciences de la santé publique, y compris les infirmières, les prestataires de soins, les gestionnaires ou les décideurs politiques	Personnes et populations nécessitant des soins intégrés à domicile ou dans divers établissements de soins
Mellinger et al. (2023)	États-Unis	Étudier l'impact de la formation sur les soins aux personnes atteintes de démence sur les interactions entre les infirmières gestionnaires de cas et les proches aidants	Étude scientifique empirique	Infirmières gestionnaires de cas	Proches aidants des personnes atteintes de démence nécessitant des soins de première ligne
O'Connor et al. (2016)	États-Unis	Préparer les étudiantes à gérer et à faciliter les transitions de soins	Étude scientifique empirique	Étudiantes de 3 ^e année du baccalauréat sciences infirmières	Personnes âgées lors d'une transition de soins de l'hôpital vers le domicile
Smith et al. (2015)	États-Unis	Décrire le processus et les leçons apprises d'une expérience d'élaboration et de mise en œuvre d'un modèle de soins de transition	Étude scientifique non empirique	Étudiantes au baccalauréat en sciences infirmières	Personnes adultes atteintes d'insuffisance cardiaque chronique et enfants asthmatiques qui transitent de l'hôpital vers le domicile

Auteurs (année)	Pays	But de l'étude	Types de sources	Participants à la formation	Contexte clinique et bénéficiaires des soins
Webb et Adams Tucker (2023)	États-Unis	Présenter la conception et la mise en œuvre d'un cours de gestion de la coordination des soins et des transitions	Étude scientifique empirique	Étudiantes au baccalauréat en sciences infirmières	Personnes ayant des besoins complexes

Dispositifs et innovations pédagogiques

Les dispositifs pédagogiques qui combinent des activités en présentiel avec des activités de simulation ou une présence en milieu clinique sont les plus utilisés ($n = 8$). Deux formations ont opté pour un dispositif hybride combinant des activités en présentiel et en ligne. Trois formations sont hybrides et incluent également une présence en milieu clinique ou des activités de simulation. Six formations sont dispensées, soit exclusivement en ligne ($n = 3$), soit en présentiel ($n = 3$).

Le fait que chacun de ces dispositifs combine plusieurs méthodes pédagogiques constitue une des innovations pédagogiques recensées. Ainsi, les modules en ligne comprennent des capsules vidéos, des forums de discussion collaboratifs, des jeux, des balados, des jeux-questionnaires. Quant aux séances en présentiel, elles comportent des conférences, des discussions interactives filmées pour permettre de les commenter, des séances de remue-méninge, des études de cas et des jeux de rôles. Par ailleurs, une formation emploie une étude de cas « évolutive » qui présente aux participantes de nouvelles données au fil du temps afin qu'elles adaptent leur plan de soins en simulant le continuum de soins de la personne (Webb et Adams Tucker, 2023). Cinq formations impliquent la personne ou le proche aidant dans leurs activités de simulation ou exigent que les participantes rencontrent ces personnes en milieu clinique pour comprendre leur perspective sur la transition des soins. Les participantes doivent ensuite rédiger un travail réflexif sur la question. Une formation demande l'élaboration d'un plan de soins individualisé, informé par les données probantes, et ce, sous forme d'une carte conceptuelle, pour mieux se représenter visuellement la complexité de la situation que vit la personne (Jones et Waynick-Rogers, 2020). Ces innovations pédagogiques ainsi que les caractéristiques pédagogiques détaillées des formations sont présentées au tableau 2.

Tableau 2

Caractéristiques pédagogiques des formations présentées dans les sources retenues par notre étude

Auteurs (année)	Cadres ou théories de référence	Objectifs d'apprentissage, compétences visées	Dispositifs et innovations pédagogiques	Modalités d'évaluation
Berry et al. (2011)	<i>Transitional Care Model</i>	Améliorer les transitions de soins d'un milieu de soins à un autre et réduire le nombre de réhospitalisations évitables	Modules en ligne; jumelage d'un jour avec des infirmières expérimentées; conférences bihebdomadaires; achèvement d'un programme de suivi des personnes vivant avec le diabète	Retour informel des participantes sur l'intérêt suscité par les conférences; taux de réhospitalisation et utilisation du service des urgences avant vs après implantation du modèle de transition
Billie et Letizia (2020)	Revue de littérature	Améliorer les compétences en communication en contexte de maladies graves	Conférence en présentiel; révision du guide <i>Structured Goals of Care Communication</i> ; jeux de rôle en petits groupes avec débriefage	Enquête avant et après pour évaluer les connaissances et le degré de confiance des participantes; enquête d'évaluation du programme éducatif par les participantes (format, pertinence pour la pratique, changement de pratique envisagé)
Busnel et Bridier-Boloré (2023)	a. Cadre conceptuel de l'évaluation globale standardisée	Optimiser les prises en charge des personnes vivant une situation complexe	Échanges participatifs en présentiel, jeux de rôle, utilisation de grilles d'observation, débriefage; mobilisation des outils de communication et d'aide à l'analyse à partir d'un cas concret	Évaluation des formations intégrées dans le cadre de l'évaluation périodique des professionnelles par la personne responsable d'équipe
	b. Principes et outils TeamSTEPPS; ouvrage sur la proche aidance	Se familiariser avec les stratégies de travail en équipe lors de séances de coordination et pratiquer les compétences liées au partenariat patient et proches aidants	Dispositif de simulation en présentiel avec proche aidant, prébriefage et débriefage; utilisation et implications de l'outil TeamSTEPPS	

Auteurs (année)	Cadres ou théories de référence	Objectifs d'apprentissage, compétences visées	Dispositifs et innovations pédagogiques	Modalités d'évaluation
Calhoun et al. (2010)	Théorie sociale cognitive et théorie de l'apprentissage des adultes	Améliorer les connaissances et les compétences de base requises des navigateurs de patients et promouvoir la collaboration entre les participantes	Conférences avec des discussions en petits groupes; interaction filmée de scénarios de cas; retour de la part de l'acteur patient et le précepteur clinique	Enquête avant et après pour évaluer les connaissances; évaluation quantitative de la formation par les participantes (contenu, pertinence, clarté)
Esparza (2013)				
Chabalowski et Lockett (2020)	<i>Care Coordination and Transition Management model (CCTM)</i>	Améliorer les connaissances sur la transition des personnes d'un établissement de soins aigus à leur domicile	Module théorique en ligne; ouvrage de référence	Évaluation qualitative de la formation par les participantes (application et effets sur la pratique)
Crawford et al. (2013)	Revue de la littérature; consultation de personnes expertes en navigation	Améliorer ou renforcer les connaissances et les compétences des infirmières travaillant avec des personnes vivant avec un cancer	Modules en ligne; lectures d'articles; atelier pratique d'une journée (présentiel : étude de cas, simulations avec des patients standardisés)	Enquête avant et après pour évaluer les connaissances; évaluation qualitative de la formation par les participantes
Davies (2021)	Information non disponible	Établir un lien entre les soins aigus et post-aigus	Conférence en présentiel; simulation avec un mannequin haute-fidélité; prébreffage; débreffage	Retour verbal et journal de bord des étudiantes; évaluation de leur performance

Auteurs (année)	Cadres ou théories de référence	Objectifs d'apprentissage, compétences visées	Dispositifs et innovations pédagogiques	Modalités d'évaluation
Holland et al. (2017)	Divers articles scientifiques	Préparer les étudiantes à jouer le rôle de coordination des soins dans le milieu des soins de santé	Présentations didactiques enregistrées, vidéos, dossiers électroniques, études de cas et lectures sélectionnées; expériences cliniques (y compris une simulation virtuelle), des soins à domicile pendant 2 jours et une observation en milieu communautaire; travail réflexif écrit	Enquête avant et après pour évaluer le degré de confiance des participantes et leur communication; évaluation qualitative de la formation par les participantes (compréhension du rôle de coordination et de son intégration dans la pratique)
Hudon et Chouinard (2021)	Résultats de recherche de l'équipe; référentiel CanMEDS; profil des compétences des gestionnaires de cas au Canada	Déterminer la clientèle cible; adapter la relation thérapeutique aux besoins individuels; développer un plan de soins individualisé (PSI); coordonner les soins et services; soutenir l'autogestion des soins	Modules en ligne en mode asynchrone (discussion de cas; vidéo de démonstration d'un PSI; balados; activités interactives)	Auto-évaluation des apprentissages et de leurs effets sur la pratique professionnelle; exercices pour comparer sa pratique à celle démontrée dans la formation; auto-évaluation finale encourageant la réflexion sur les moyens de transférer les nouveaux apprentissage dans la pratique; formulaire d'appréciation pour relever les principaux apprentissage
Institut et Haute École de la Santé La Source (2020)	Référentiel de compétences développé par une équipe (cliniciennes-enseignantes) et diverses références théoriques	Coordonner et mettre en œuvre des projets ou interventions de soins interdisciplinaires ou d'accompagnement; collaborer efficacement; développer son leadership	Modules d'apprentissage hybrides : séminaires, travaux de groupe, laboratoires pratiques, simulations pour certains modules, exercices d'appropriation et d'intégration	Travaux individuels et de groupe, validation de modules suivis en ligne

Auteurs (année)	Cadres ou théories de référence	Objectifs d'apprentissage, compétences visées	Dispositifs et innovations pédagogiques	Modalités d'évaluation
Jones et Waynick-Rogers (2020)	Les déterminants de la santé (<i>Healthy People 2020 Determinants of Health</i>)	Évaluer les besoins des personnes en transition, leurs obstacles et les ressources nécessaires pour y faire face	Présence en milieu clinique; discussion avec les personnes, leur famille et les soignants; consultation des dossiers; élaboration d'un plan de soins informé par les données probantes (carte conceptuelle); discussion interactive en présentiel avec des professeures en santé communautaire	Évaluation informelle : perceptions des professeures sur la sensibilisation des étudiantes aux transitions de soins; changement de pratique des étudiantes; satisfaction des étudiantes quant aux connaissances acquises
Karlin et al. (2017)	Cadre de compétences de base en gérontologie (<i>Association for Gerontology in Higher Education, 2014</i>)	Encourager la motivation et les attitudes positives du personnel des services aux personnes âgées et les aidants familiaux appelés à prendre en charge la patientèle avec démence	Exercices en petits groupes en présentiel; démonstrations vidéos; jeux de rôle; discussion sur les connaissances et les compétences nouvellement acquises	Enquête d'auto-évaluation avant et après pour évaluer les connaissances, les attitudes et le sentiment d'auto-efficacité
Liu et al. (2011)	Divers articles scientifiques	Préparer les infirmières de la santé publique à la théorie et à la pratique de la gestion de cas fondée sur la théorie	Étude de cas; discussion; jeux de rôle et utilisation de documents imprimés ou des jeux; conférences interactives; discussions de groupe; questionnaires et lectures; séances de remue-méninge et de débat	Information non disponible
Macq (2022)	Divers articles et ouvrages	Réaliser un diagnostic de besoins; planifier et mettre en place des interventions de coordination; évaluer leur efficacité	Modules d'apprentissage en ligne (MOOC en anglais), y compris des vidéos, des webinaires, des lectures, des exercices et une évaluation); cours magistral et travaux de groupe en présentiel	Évaluation des notes d'un travail de groupe et des notes de trois travaux individuels pour évaluer les connaissances des participantes sur la coordination et l'intégration des soins à l'échelle individuelle et populationnelle

Auteurs (année)	Cadres ou théories de référence	Objectifs d'apprentissage, compétences visées	Dispositifs et innovations pédagogiques	Modalités d'évaluation
Mellinger et al. (2023)	<i>Care Ecosystem Model</i>	Renforcer les compétences des professionnelles qui coordonnent et gèrent les soins aux personnes atteintes de démence	Modules d'apprentissage en ligne; journée d'apprentissage virtuel en direct; accompagnement continu	Comparaison des notes et documentations du groupe formé et celles du groupe témoin pour objectiver une différence de pratique (références des aidants proches vers des ressources communautaires; enseignement sur la sécurité médicamenteuse; planification des soins de fin de vie, etc.)
O'Connor et al. (2016)	Divers rapports et livres	Évaluer les besoins potentiels des personnes en transition lorsqu'ils passent de l'hôpital vers d'autres milieux des soins	Étude de cas au cours d'une conférence interactive en présentiel; observation en milieu clinique; discussion sur divers aspects des soins observés; rapport oral et journal de réflexion	Sondage en ligne pour évaluer la satisfaction des étudiantes (atteinte des objectifs d'apprentissage, clarté, connaissances, etc.) et des préceptrices (attitudes des étudiantes et leur ouverture à la formation)
Smith et al. (2015)	Plusieurs modèles de transitions des soins et un programme universitaire de coordination des soins	Accompagner les étudiantes dans les expériences cliniques en soins de transition en vue d'améliorer les résultats et la qualité de vie des personnes et de réduire les hospitalisations imprévues des personnes atteintes de maladies chroniques	Séminaires cliniques avec des présentations didactiques; discussions de groupe en présentiel; jeux de rôle; observation d'équipes de soins interprofessionnelles; journal hebdomadaire de réflexion sur les expériences des étudiantes lors des visites à domicile	Évaluation de la participation aux discussions de groupe et évaluation de la performance clinique et de la collaboration interprofessionnelle (manque de clarté sur les outils utilisés)

Auteurs (année)	Cadres ou théories de référence	Objectifs d'apprentissage, compétences visées	Dispositifs et innovations pédagogiques	Modalités d'évaluation
Webb et Adams Tucker (2023)	Divers livres	S'engager dans un raisonnement clinique; évaluer les besoins et les soins nécessaires; plaider pour les personnes et leurs familles; analyser les transitions de soins et leurs implications; communiquer efficacement	Travail écrit sur la perspective de la personne et sa famille à propos de la transition des soins; activités d'apprentissage variées, en ligne, centrées sur le raisonnement clinique, la communication, les concepts, etc.; projet de groupe (étude de cas évolutive)	Information non disponible

Contenu des formations

Nous présentons ci-dessous le contenu des formations recensées selon les quatre catégories du *Modèle des activités de coordination des soins et des services pour les personnes ayant des besoins complexes* (Karam et al., 2021). Ce contenu est présenté à la figure 2 et décrit de façon détaillée à l'annexe 3.

Contenu des formations en lien avec la catégorie « intervenir auprès de la personne et de ses proches »

Les 19 formations recensées proposent des contenus pertinents pour outiller les participantes à intervenir auprès de la personne et de ses proches. Plus particulièrement, trois formations abordent le repérage des personnes qui bénéficieraient le plus d'une activité de coordination; les personnes responsables de la coordination se voient offrir des outils, des échelles et des protocoles utiles pour juger de la complexité des besoins de la personne ou pour identifier les grands utilisateurs des services de soins de santé ou sociaux. Par ailleurs, 18 formations rapportent l'évaluation globale des besoins et des objectifs des personnes et de leurs proches à l'aide d'outils d'évaluation, mais la validité ou le fondement scientifique de ces outils ne sont pas toujours précisés. Le développement et la mise en œuvre d'un plan de soins et de services individualisé figurent dans 11 formations, dont huit proposent des activités de suivi et d'ajustement du plan au besoin. Le contenu de ces formations outille les participantes quant à assurer des suivis réguliers pour : 1) éviter la réadmission; 2) reconnaître les symptômes; 3) réaliser le bilan comparatif des médicaments lors du congé de l'établissement de soins; 4) évaluer les effets des changements de l'état de santé de la personne sur sa capacité d'autosoins. Six formations examinent la question de la continuité relationnelle en préparant les participantes à établir une relation de confiance mutuelle avec les personnes et leurs proches et en défendant leurs intérêts. Le contenu de 18 formations habilite les participantes à soutenir l'autonomisation de la personne (concept d'*empowerment*), notamment en traitant de l'intégration des personnes et de leurs proches dans la planification, la réalisation et le suivi des soins. Elles couvrent également l'utilisation de stratégies d'éducation thérapeutique et d'encadrement en santé pour développer le pouvoir d'agir et les capacités d'autogestion des personnes. Enfin, parmi les formations recensées, deux traitent de la planification préalable des soins ou les directives anticipées.

Contenu des formations en lien avec la catégorie « intervenir auprès des équipes intra et interdisciplinaires »

Cinq des formations recensées ont explicitement indiqué mettre l'accent sur des activités de clarification des rôles et de négociation du partage des responsabilités en matière de coordination des soins. Ces formations incluent une description des rôles et des responsabilités propres et partagées des différents membres de l'équipe, une analyse de leurs enjeux et des interactions au sein des équipes, ainsi qu'une analyse des enjeux liés à leur collaboration. Ce contenu vise à optimiser l'intégration professionnelle et organisationnelle. Cinq formations ont visé le développement du leadership des coordinatrices au sein des équipes intra et interprofessionnelles, permettant aux participantes de cultiver des connaissances, des compétences et un savoir-être jugés essentiels, y compris la capacité de s'adapter, de prendre une décision autonome, de communiquer avec l'équipe, d'établir des partenariats, de soutenir les équipes, d'avoir des échanges constructifs et de partager le leadership.

Contenu de la formation en lien avec la catégorie « établir et maintenir une continuité des soins et services entre la personne et les professionnels et services »

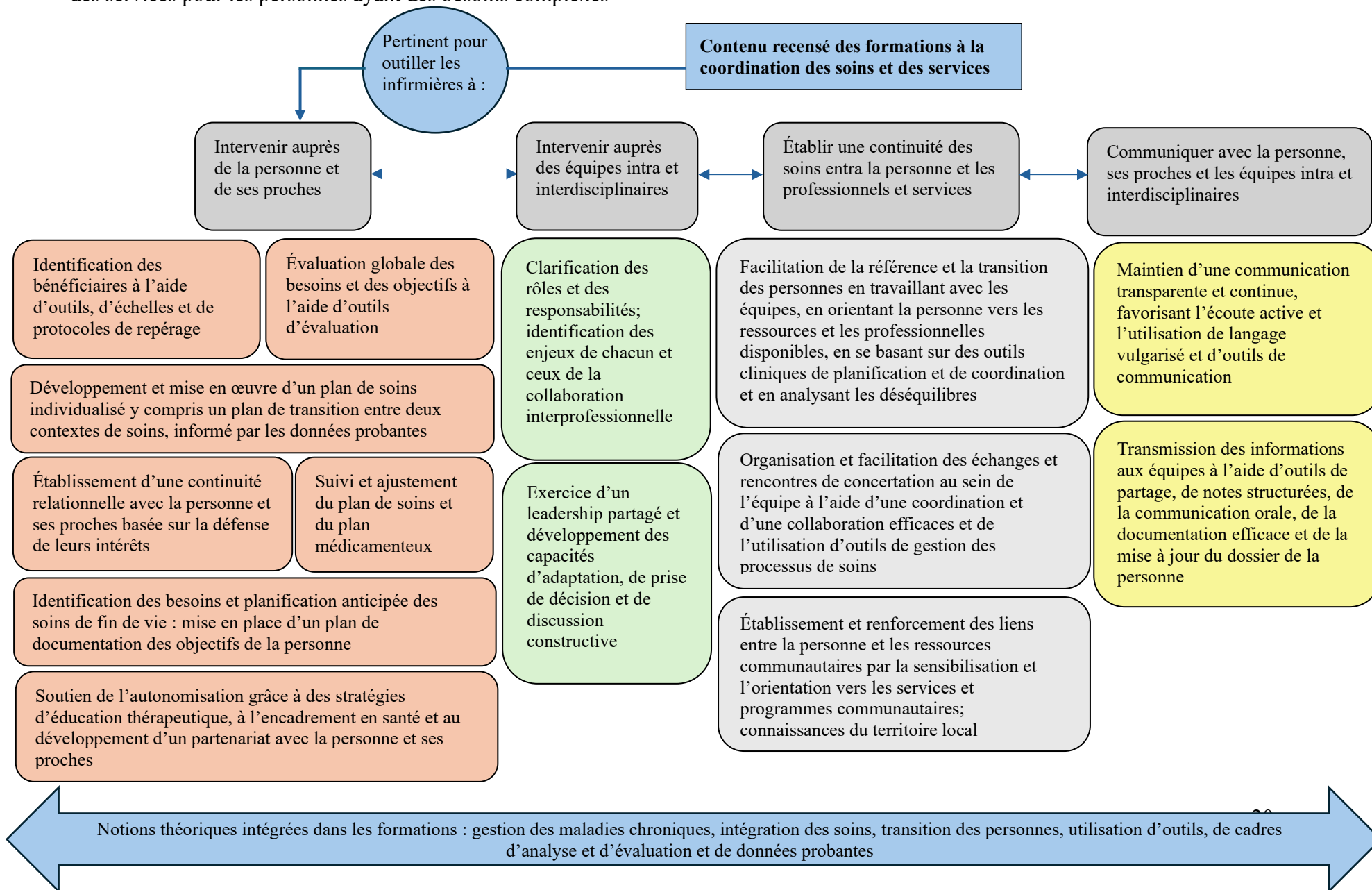
Parmi les formations recensées, 16 proposent un contenu en lien avec les activités infirmières visant à établir et à maintenir la continuité des soins et des services. Plus particulièrement, 10 de ces formations ciblent les activités facilitant les références et la transition des personnes entre les services et les prestataires de soins. Leur contenu met l'accent sur l'identification des partenaires et des ressources appropriées ainsi que l'orientation des personnes vers ces ressources ou vers des programmes d'aide et des groupes de soutien selon leurs besoins. Pour outiller les participantes à faciliter les transitions, les formations abordent les notions théoriques relatives aux transitions de soins, les activités relatives à leur planification, l'utilisation d'outils et de modèles pour analyser les déséquilibres qui pourraient en résulter et l'évaluation des résultats. La coordination des soins entre les divers milieux de soins est au cœur de ces activités d'apprentissage. Sept formations ont ciblé l'organisation et la facilitation des échanges autour des besoins de la personne au sein de l'équipe intra et interdisciplinaire. Elles abordent la collaboration, le partenariat, l'approche interdisciplinaire, la facilitation des réunions de concertation entre les différentes parties impliquées dans les soins et services. Elles expliquent l'utilisation d'outils d'évaluation et de gestion ainsi que le recours aux itinéraires cliniques pour clarifier le processus de soins. Enfin, le contenu de 10 formations permet aux participantes de renforcer les liens entre la personne et les ressources communautaires appropriées selon ses besoins propres. Afin d'être en mesure d'établir ces liens, les participantes développent également leurs connaissances de leur territoire ou réseau local et des ressources et services communautaires qui s'y trouvent.

Contenu des formations en lien avec la catégorie « maintenir une communication transparente et continue avec la personne et les équipes »

Le contenu des 12 formations intègre des notions liées à une communication interpersonnelle transparente, continue, adaptée avec la personne et les équipes, et adaptée à la personne. Ces notions abordent la communication verbale et non verbale, les obstacles à la communication, la prédilection de l'emploi des termes courants au lieu du jargon scientifique, la vérification de la compréhension de la personne, l'écoute active et la gestion de l'état émotionnel. Ont aussi été présentés les obstacles à une bonne communication ainsi que les stratégies de communication efficace avec les membres de l'équipe. Dix formations préparent les participantes à un transfert d'informations efficace au sein des équipes. Elles les initient à l'utilisation de divers outils structurés de communication (p. ex. ISBAR) ou à la documentation des informations pertinentes d'une manière structurée dans des outils de partage (feuille de transfert, carnet de santé, dossiers électroniques, etc.) ou par la rédaction de rapports sur les données collectées.

Figure 2

Représentation du contenu des 19 formations recensées selon les quatre catégories du Modèle des activités de coordination des soins et des services pour les personnes ayant des besoins complexes



Discussion

Cet examen de la portée visait à recenser et à examiner les formations dispensées aux infirmières pour les outiller à la coordination des soins et des services.

Les résultats montrent que l'enseignement des principes de coordination a connu un développement modeste au cours des 15 dernières années, laissant place à l'amélioration pour une intégration systématique de ces principes dans la formation initiale ou continue. Par ailleurs, plusieurs des formations recensées ont misé sur une éducation interprofessionnelle renforçant la pertinence de cette approche. En effet, la littérature scientifique fournit de nombreuses données probantes sur les bienfaits de l'éducation interprofessionnelle, notamment en matière de collaboration, de qualité et de sécurité des soins (Grand-Guillaume-Perrenoud et al., 2024; Reeves et al., 2009). De plus, il importe de reconnaître que des personnes exerçant d'autres professions, comme les travailleuses sociales, peuvent également occuper des postes de coordination (Couturier et al., 2022), d'où la nécessité d'une formation conjointe adaptée.

Les résultats indiquent une diversité d'appuis théoriques aux formations recensées (modèles théoriques, cadres conceptuels, ouvrages et articles scientifiques). Une formation s'appuie sur un référentiel de compétences lié à la coordination (Institut et Haute École de la Santé La Source, 2020) et une autre se base sur le profil des compétences essentielles des gestionnaires de cas (Hudon et Chouinard, 2021). Notre hypothèse est que cette hétérogénéité des appuis théoriques serait due à la rareté d'un cadre de référence sur la compétence « coordonner les soins et les services » conforme aux exigences de pertinence de Brunstein et al. (2023, p. 111); ces derniers avancent que le cadre devrait être contextualisé à la pratique infirmière de coordination dans des pays et des milieux cliniques bien circonscrits et être basé sur une analyse de l'activité professionnelle des coordinatrices exerçant dans ces contextes. Le développement et l'utilisation d'un référentiel contextualisé serviraient à assurer une cohérence entre les connaissances et les capacités que les étudiantes et les professionnelles doivent acquérir, les objectifs d'apprentissage et les activités d'évaluation visant à mesurer leur atteinte (Vanier et al., 2023, p. 77).

Les dispositifs pédagogiques des formations, également variés, intègrent plusieurs innovations pédagogiques, ce qui confirme la nécessité de sortir des sentiers battus et de remettre en question des pratiques pédagogiques bien ancrées, notamment l'enseignement magistral, au profit de la pédagogie active (Kozanitis et Nenciovici, 2023; Tatal et Yazar, 2023). Plus particulièrement, l'élaboration d'un plan individualisé de soins et de services informé par les données probantes, sous forme d'une carte conceptuelle (Jones et Waynick-Rogers, 2020), pourrait être considérée comme une innovation parfaitement alignée avec les besoins d'une formation à la coordination, même si la carte conceptuelle est utilisée dans l'enseignement depuis plusieurs années (Meyer, 2010). En effet, une carte conceptuelle permet de poser un regard systémique sur la situation de la personne et de ses proches dans toute sa complexité et, donc, de mieux visualiser les liens entre les différentes professionnelles et les milieux cliniques, leurs enjeux et, par conséquent, les différents obstacles auxquels leur pratique de coordination pourrait se buter. D'autres innovations ont été recensées, confirmant la complexité de cette fonction, notamment l'étude de cas « évolutive » qui prépare les participantes à intégrer la nature imprévisible et instable des besoins de la personne bénéficiant de la coordination (Busnel et al., 2020). Cette approche vient rompre avec la notion d'intervention ponctuelle et cède la place à un suivi personnalisé tout au long du continuum de soins et de vie de la personne. Les résultats indiquent que les contenus des formations couvrent davantage trois des quatre catégories des activités réalisées par les infirmières dans le cadre de la coordination : « intervenir auprès de la personne et de ses proches »; « établir

et maintenir une continuité des soins et services entre la personne et les professionnels et services »; et « communiquer efficacement avec la personne, ses proches et les équipes intra et interdisciplinaires ». Toutefois, les activités de chacune de ces catégories sont couvertes de façon variable. Ainsi, presque toutes les formations proposent un contenu destiné à outiller les coordinatrices à l'évaluation des besoins des personnes, au soutien à l'autonomisation (*empowerment*), au développement et à l'évaluation d'un plan de soins, autant d'activités cruciales dans le cadre de cette fonction. Cependant, la planification des soins de fin de vie est rarement abordée, bien qu'elle ne doive pas être réservée aux personnes en soins palliatifs. Elle devrait plutôt inclure les personnes ayant des besoins complexes qui justifient leur intégration dans une activité ou un programme de coordination. En effet, l'établissement d'un plan couvrant les aspects médicaux, juridiques et financiers ainsi que la mise en place d'un protocole de prise de décision devrait être amorcé auprès de toute personne vulnérable et souffrant de maladies chroniques complexes, et ce, dès le début de leur trajectoire (Hohmann et al., 2020; Vassbotn et al., 2018). Compte tenu des retombées positives de cette planification précoce pour les personnes et leurs proches, ainsi que des développements récents dans le domaine des soins palliatifs et de fin de vie et de la législation afférente, il est pertinent de doter les infirmières d'outils pour intégrer cette activité dans le cadre de leur fonction de coordination des soins et services.

Par ailleurs, le contenu des formations recensées ne semble pas couvrir autant la catégorie « intervenir auprès des équipes intra et interdisciplinaires ». Pourtant, la clarification des rôles et des responsabilités est une activité indispensable favorisant l'utilisation efficace des différentes expertises complémentaires dans un contexte de pratique collaborative (Brault et al., 2014; Karam et al., 2018). Cette lacune dans les formations actuelles est d'autant plus préoccupante que les systèmes de santé évoluent vers des partenariats intersectoriels élargis mobilisant non seulement les parties prenantes du secteur de la santé et des services sociaux, mais également celles d'autres domaines ayant une incidence sur les déterminants de la santé, comme le logement, le climat ou l'environnement (Nguendo-Yongsi et al., 2022; Such et al., 2022). Toutefois, comment envisager une coordination efficace avec ces divers partenaires si les rôles et responsabilités ne sont pas clairement définis au sein même d'une équipe interdisciplinaire en santé et services sociaux? Ce constat souligne donc l'urgence d'intégrer des approches pédagogiques visant à renforcer la capacité à comprendre son propre rôle et celui des autres partenaires pour évoluer efficacement dans des environnements collaboratifs complexes.

Enfin, seulement cinq formations abordent l'exercice d'un leadership collaboratif de nature à soutenir les équipes intra et interdisciplinaires. Pourtant, ce type de leadership constitue la pierre angulaire de la coordination efficace des soins et des services. En tant que personne-ressource pour l'équipe, la coordinatrice devient un levier essentiel à l'établissement d'une relation de confiance entre les membres de cette équipe (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2013). Cette relation de confiance constitue en réalité le fondement de l'ensemble des activités de cette catégorie. Enfin, bien que les curriculums universitaires des programmes en sciences infirmières exposent souvent le concept de leadership, cette compétence doit continuer à se développer et à se façonner selon le rôle et les responsabilités que l'infirmière sera appelée à assumer.

Forces et limites de l'examen de la portée

Cet examen de la portée apporte de nouvelles connaissances sur les formations existantes à la coordination des soins et des services destinées aux infirmières. À ce jour, les contenus et les dispositifs pédagogiques de ces formations n'ont jamais été définis. Cette synthèse pourrait inspirer

les établissements d'enseignement universitaire ou les responsables des formations continues à optimiser leur programme ou à développer une formation à la coordination des soins et des services. En effet, notre étude offre une vue d'ensemble des contenus à renforcer tout en présentant des exemples d'innovations pédagogiques à suivre. Par ailleurs, l'étude présente une stratégie de recherche exhaustive intégrant l'utilisation de sept bases de données pertinentes sur la formation en coordination des soins, tant dans le domaine de la santé que dans celui des sciences infirmières. De plus, conformément au cadre méthodologique d'Arksey et O'Malley (2005), l'interprétation des résultats a été enrichie par la consultation d'expertes en formation qui ont posé un regard critique et constructif sur nos hypothèses. L'inclusion de tout type de devis méthodologique pourrait constituer une limite du fait que nous n'avons pas examiné la rigueur scientifique des sources retenues. Cependant, ce choix est cohérent avec les objectifs de cet examen de la portée, d'autant plus que nous n'avons pas pour ambition d'évaluer l'efficacité des formations recensées.

Conclusion

Cette étude a permis de recenser les formations à la coordination des soins, de relever les contenus privilégiés et ceux à améliorer et de souligner plusieurs innovations pédagogiques. Les résultats montrent l'importance de réviser et d'enrichir les formations actuelles pour mieux préparer les professionnelles à répondre aux défis croissants de la coordination des soins. Selon cette visée, la première étape à franchir serait le développement d'un référentiel de compétences adapté au contexte de pratique, un incontournable pour mieux définir les compétences et les savoirs à mobiliser pour remplir optimalement cette fonction. Par la suite, l'intégration systématique des principes de la coordination dans les programmes de formation universitaire et continue des infirmières représenterait certainement un levier stratégique pour des soins continus de haute qualité.

Enfin, il serait pertinent d'évaluer les retombées des innovations recensées dans cette étude sur les compétences des apprenantes et de poursuivre la recherche sur la structuration des formations en s'appuyant sur des approches pédagogiques collaboratives. Une réflexion continue sur l'adaptation des programmes de formation initiale et continue à l'évolution des pratiques professionnelles s'impose pour garantir une coordination des soins plus efficace et pérenne.

Références

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2024). *Care coordination*. National Center for Excellence in Primary Care Research.
<https://www.ahrq.gov/ncepcr/care/coordination.html>
- Anderson, A. et Hewner, S. (2021). Care coordination: A concept analysis. *American Journal of Nursing*, 121(12), 30–38. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000803188.10432.e1>
- Arksey, H. et O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32.
<https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2013). *Lignes directrices sur le développement et le maintien du leadership infirmier* (2^e éd.). https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/LeadershipBPG_FR.pdf
- Berry, D., Costanzo, D. M., Elliott, B., Miller, A., Miller, J. L., Quackenbush, P. et Su, Y.-P. (2011). Preventing avoidable hospitalizations: Implementing the transitional care model in home care utilizing evidence-based practice. *Home Healthcare Nurse: The Journal for the Home Care and Hospice Professional*, 29(9), 540–549.
<https://doi.org/10.1097/NHH.0b013e31822eb972>
- Billie, M. E. et Letizia, M. (2020). Serious illness conversations: A case management quality improvement project. *Professional Case Management*, 25(4), 220–229.
<https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000402>
- Bodenheimer, T. et Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider. *Annals of Family Medicine*, 12(6), 573–576.
<https://doi.org/10.1370/afm.1713>
- Brault, I., Kilpatrick, K., D'Amour, D., Contandriopoulos, D., Chouinard, V., Dubois, C. A., Perroux, M. et Beaulieu, M.-D. (2014). Role clarification processes for better integration of nurse practitioners into primary healthcare teams: A multiple-case study. *Nursing Research and Practice*, 2014, Article 170514. <https://doi.org/10.1155/2014/170514>
- Brunstein, V., Pelaccia, T., Pottecher, T. et Tribby, E. (2023). Concevoir et évaluer une formation. Dans T. Pelaccia (dir.), *Comment mieux former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé* (2^e éd., p. 91–108). De Boeck Supérieur.
- Busnel, C. et Bridier-Boloré, A. (2023). *Dispositif de formation à l'IMAD, Complexité et Coordination*. IMAD — Direction des opérations Unité recherche et développement.
- Busnel, C., Ludwig, C. et Da Rocha Rodrigues, M. G. (2020). La complexité dans la pratique infirmière : vers un nouveau cadre conceptuel dans les soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 140(1), 7–16. <https://doi.org/10.3917/rsi.140.0007>
- Calhoun, E. A., Whitley, E. M., Esparza, A., Ness, E., Greene, A., Garcia, R. et Valverde, P. A. (2010). A national patient navigator training program. *Health Promotion Practice*, 11(2), 205–215. <https://doi.org/10.1177/1524839908323521>
- Chabalowski, B. et Lockett, L. (2020). Practice impact of an online care coordination and transition management course in RN-BSN student population. *Nursing Economic\$, 38(6)*, 324–327.

- Clément, S. et Lavoie, J.-P. (2005). *Prendre soin d'un proche âgé*. Érès.
<https://doi.org/10.3917/eres.lavoi.2005.01>
- Couturier, Y., Lanoue, S., Karam, M., Guillette, M. et Hudon, C. (2022). Social workers coordination in primary healthcare for patients with complex needs: A scoping review. *International Journal of Care Coordination*, 26(1), 5–25.
<https://doi.org/10.1177/20534345221122952>
- Crawford, J., Brudnoy, L., Soong, T. et Graham, T. (2013). Patient navigation in oncology nursing: An innovative blended learning model. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 44(10), 461–469. <https://doi.org/10.3928/00220124-20130903-88>
- Davies, K. E. (2021). Utilizing simulation to prepare nursing students to coordinate care through transitions. *Teaching and Learning in Nursing*, 16(4), 410–413.
<https://doi.org/10.1016/j.teln.2021.06.011>
- Esparza, A. (2013). Patient navigation and the american cancer society. *Seminars in Oncology Nursing*, 29(2), 91–96. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2013.02.004>
- Garnett, D., Hardy, L., Fitzgerald, E., Fisher, T., Graham, L. et Overcash, J. (2020). Nurse case manager: Measurement of care coordination activities and quality and resource use outcomes when caring for the complex patient with hematologic cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 24(1), 65–74. <https://doi.org/10.1188/20.Cjon.65-74>
- George, V. M. et Shocksnyder, J. (2014). Leaders: Are you ready for change? The clinical nurse as care coordinator in the new health care system. *Nursing Administration Quarterly*, 38(1), 78–85. <https://doi.org/10.1097/naq.0000000000000011>
- Grand-Guillaume-Perrenoud, J. A., Cignacco, E., MacPhee, M., Carron, T. et Peytremann-Bridevaux, I. (2024). How does interprofessional education affect attitudes towards interprofessional collaboration? A rapid realist synthesis. *Advances in Health Sciences Education*. <https://doi.org/10.1007/s10459-024-10368-6>
- Haas, S., Swan, B. A. et Haynes, T. (2013). Developing ambulatory care registered nurse competencies for care coordination and transition management. *Nursing Economic\$,* 31(1), 44–49.
- Hohmann, N. S., McDaniel, C. C., Mason, S. W., Cheung, W. Y., Williams, M. S., Salvador, C., Graves, E. K., Camp, C. N. et Chou, C. (2020). Patient perspectives on primary care and oncology care coordination in the context of multiple chronic conditions: A systematic review. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 16(8), 1003–1016.
<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2019.11.014>
- Holland, A. E., Tiffany, J., Tilton, K. et Kleve, M. (2017). Influence of a patient-centered care coordination clinical module on student learning: A multimethod study. *Journal of Nursing Education*, 56(1), 6–11. <https://doi.org/10.3928/01484834-20161219-03>
- Hudon, C. et Chouinard, M.-C. (2021). *Coordination des services pour les grands utilisateurs - approche VISAGES*. <https://ena.expertise-sante.com/course/view.php?id=82>
- Institut et Haute École de la Santé La Source. (2020). *CAS Coordination des soins et travail en réseau*. <https://www.ecolelasource.ch/formations/postgrade/cas/coordination-soins-reseau/>

- Jones, S. C. et Waynick-Rogers, P. (2020). An educational tool for promoting transitional health care planning by nurses from the hospital to the community. *Nursing Education Perspectives*, 41(3), 190–192. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000463>
- Karam, M., Brault, I., Van Durme, T. et Macq, J. (2018). Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. *International Journal of Nursing Studies*, 79, 70–83. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.002>
- Karam, M., Chouinard, M.-C., Couturier, Y., Vedel, I. et Hudon, C. (2023). Nursing care coordination in primary healthcare for patients with complex needs: A comparative case study. *International Journal of Integrated Care*, 23(1), Article 5.
- Karam, M., Chouinard, M.-C., Poitras, M.-E., Couturier, Y., Vedel, I., Grgurevic, N. et Hudon, C. (2021). Nursing care coordination for patients with complex needs in primary healthcare: A scoping review. *International Journal of Integrated Care*, 21(1), Article 16. <https://doi.org/10.5334/ijic.5518>
- Karlin, B. E., Young, D. et Dash, K. (2017). Empowering the dementia care workforce to manage behavioral symptoms of dementia: Development and training outcomes from the VOICE Dementia Care Program. *Gerontology & Geriatrics Education*, 38(4), 375–391. <https://doi.org/10.1080/02701960.2016.1209419>
- Kozanitis, A. et Nenciovici, L. (2023). Effect of active learning versus traditional lecturing on the learning achievement of college students in humanities and social sciences: A meta-analysis. *Higher Education*, 86, 1377–1394. <https://doi.org/10.1007/s10734-022-00977-8>
- Kuluski, K., Ho, J. W., Hans, P. K. et Nelson, M. L. A. (2017). Community care for people with complex care needs: Bridging the gap between health and social care. *International Journal of Integrated Care*, 17(4), Article 2. <https://doi.org/10.5334/ijic.2944>
- Lamb, G. (dir.). (2014). *Care coordination: The game changer – how nursing is revolutionizing quality care*. American Nurses Association.
- Levac, D., Colquhoun, H. et O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science*, 5, Article 69.
- Liu, W.-I., Edwards, H. et Courtney, M. (2011). The development and descriptions of an evidence-based case management educational program. *Nurse Education Today*, 31(8), e51–e57. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.12.012>
- Macq, J. (2022). *Organisation et analyse de systèmes et réseaux locaux de soins : coordination des soins, case-management et réseaux de soins*. Université catholique de Louvain.
- Mellinger, T. J., Forester, B. P., Vogeli, C., Donelan, K., Gulla, J., Vetter, M., Vienneau, M. et Ritchie, C. S. (2023). Impact of dementia care training on nurse care managers' interactions with family caregivers. *BMC Geriatrics*, 23, Article 16. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03717-w>
- Meyer, P. (2010). Les cartes conceptuelles : un outil créatif en pédagogie. *Recherches en soins infirmiers*, 102(3), 35–41. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0035>

- Nguendo-Yongsi, B., Muzenda, T., Feudjio, Y. B. D., Momo, D. N. K. et Oni, T. (2022). Intersectoral collaboration for healthier human settlements: Perceptions and experiences from stakeholders in Douala, Cameroon. *Cities & Health*, 6(3), 602–615. <https://doi.org/10.1080/23748834.2022.2078071>
- O'Connor, M., Arcamone, A., Amorim, F., Hoban, M. B., Boyd, R. M., Fowler, L., Marcelli, T., Smith, J., Nassar, K. et Fitzpatrick, M. L. (2016). Exposing baccalaureate nursing students to transitional care. *Home Healthcare Now*, 34(9), 491–499. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000455>
- Organisation mondiale de la Santé. (2008). *Primary health care: Now more than ever*. <https://iris.who.int/handle/10665/69863>
- Organisation mondiale de la Santé. (2024, 1er octobre). *Vieillissement et santé*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Reeves, S., Fox, A. et Hodges, B. D. (2009). The competency movement in the health professions: ensuring consistent standards or reproducing conventional domains of practice? *Advances in Health Sciences Education*, 14(4), 451–453. <https://doi.org/10.1007/s10459-009-9166-2>
- Smith, K. M., Lutenbacher, M. et McClure, N. (2015). Leveraging resources to improve clinical outcomes and teach transitional care through development of academic-clinical partnerships. *Nurse Educator*, 40(6), 303–307. <https://doi.org/10.1097/nne.0000000000000166>
- Such, E., Smith, K., Woods, H. B. et Meier, P. (2022). Governance of intersectoral collaborations for population health and to reduce health Inequalities in high-income countries: A complexity-informed systematic review. *International Journal of Health Policy and Management*, 11(12), 2780–2792. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2022.6550>
- Swan, B. A., Conway-Phillips, R., Haas, S. et De La Pena, L. A. (2019). Optimizing strategies for care coordination and transition management: Recommendations for nursing education. *Nursing Economic\$, 37(2)*, 77–85.
- Total, Ö. et Yazar, T. (2023). Active learning improves academic achievement and learning retention in K-12 settings: A meta-analysis. *Journal on School Educational Technology*, 18(3), 1–22.
- Vanier, M.-C., Flora, L., Lebel, P., Wiesner Conti, C. et Picchiottino Zofka, P. (2023). Un professionnel de santé qui exerce en collaboration : la pratique collaborative en partenariat avec le patient. Dans T. Pelaccia (dir.), *Comment mieux former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé* (2^e éd., p. 65–88). De Boeck Supérieur.
- Vassbotn, A. D., Sjøvik, H., Tjerbo, T., Frich, J. et Spehar, I. (2018). General practitioners' perspectives on care coordination in primary health care: A qualitative study. *International Journal of Care Coordination*, 21(4), 153–159. <https://doi.org/10.1177/2053434518816792>
- Webb, S. et Adams Tucker, J. (2023). Care coordination and transition management: A new course to prepare prelicensure students. *Journal of Nursing Education*, 62(8), 471–474. <https://doi.org/10.3928/01484834-20230331-01>

Annexe 1. Stratégie de recherche bibliographique

Interface : EBSCOhost

Bases de données : CINAHL Plus with full text

Date : 4 mai 2024

Résultats : Cinahl – 2 509

Équation de recherche	
#1	((case N1 manage*) OR (disease* N1 manage*) OR (patient* N3 navigat*) OR (integrat* N3 (care OR service*)) OR (care N3 (manage* OR navigat* OR coordinat* OR trajector*)) OR (service* N3 coordinat*) OR (continu* N3 care))
#2	((Professional N2 (development OR growth OR training OR knowledge OR competence)) OR ((continuing OR “Post-Registration” OR Employee* OR Inservice OR Nursing) N2 education) OR ((Continuous OR workplace) N2 learning) OR ((workforce OR Staff) N3 develop*) OR (Inservice N2 training) OR (skill* N2 acqui*))
#3	Nurs*
#4	1 AND 2 AND 3

Interface : EBSCOhost

Bases de données : MEDLINE with Full Text

Date : 4 mai 2024

Résultats : MEDLINE – 1 909

Équation de recherche	
#1	((case ADJ1 manage*) OR (disease* ADJ1 manage*) OR (patient* ADJ3 navigat*) OR (integrat* ADJ3 (care OR service*)) OR (care ADJ3 (manage* OR navigat* OR coordinat* OR trajector*)) OR (service* ADJ3 coordinat*) OR (continu* ADJ3, care))
#2	((Professional ADJ2 (development OR growth OR training OR knowledge OR competence)) OR ((continuing OR “Post-Registration” OR Employee* OR Inservice OR Nursing) ADJ2 education) OR ((Continuous OR workplace) ADJ2 learning) OR ((workforce OR Staff) ADJ3 develop*) OR (Inservice ADJ2 training) OR (skill* ADJ2 acqui*))
#3	Nurs*
#4	1 AND 2 AND 3

Interface : Clarivate

Bases de données : Web of science

Date : 4 mai 2024

Résultats : 1 748

Équation de recherche	
#1	((case NEAR/1 manage*) OR (disease* NEAR/1 manage*) OR (patient* NEAR/3 navigat*) OR (integrat* NEAR/3 (care OR service*)) OR (care NEAR/3 (manage* OR navigat* OR coordinat* OR trajector*)) OR (service* NEAR/3 coordinat*) OR (continu* NEAR/3 care))
#2	((Professional NEAR/2 (development OR growth OR training OR knowledge OR competence)) OR ((continuing OR “Post-Registration” OR Employee* OR Inservice OR Nursing) NEAR/2 education) OR ((Continuous OR workplace) NEAR/2 learning) OR (workforce OR Staff) NEAR/3 develop*) OR (Inservice NEAR/2 training) OR (skill* NEAR/2 acqui*))
#3	Nurs*
#4	1 AND 2 AND 3

Interface : Ovid

Bases de données : Global Health, JBI, EBSM Reviews – Cochrane

Date : 4 mai 2024

Résultats : Global Health - 85, JBI - 25, EBSM Reviews – Cochrane - 95

Équation de recherche	
#1	((case ADJ1 manage*) OR (disease* ADJ1 manage*) OR (patient* ADJ3 navigat*) OR (integrat* ADJ3 (care OR service*)) OR (care ADJ3 (manage* OR navigat* OR coordinat* OR trajector*)) OR (service* ADJ3 coordinat*) OR (continu* ADJ3, care))
#2	((Professional ADJ2 (development OR growth OR training OR knowledge OR competence)) OR ((continuing OR “Post-Registration” OR Employee* OR Inservice OR Nursing) ADJ2 education) OR ((Continuous OR workplace) ADJ2 learning) OR ((workforce OR Staff) ADJ3 develop*) OR (Inservice ADJ2 training) OR (skill* ADJ2 acqui*))
#3	Nurs*
#4	1 AND 2 AND 3

Interface : ProQuest

Bases de données : Dissertations & Theses Global

Date : 4 mai 2024

Résultats : 1 239

Équation de recherche	
#1	((case NEAR/1 manage*) OR (disease* NEAR/1 manage*) OR (patient* NEAR/3 navigat*) OR (integrat* NEAR/3 (care OR service*)) OR (care NEAR/3 (manage* OR navigat* OR coordinat* OR trajector*)) OR (service* NEAR/3 coordinat*) OR (continu* NEAR/3 care))
#2	And ((Professional NEAR/2 (development OR growth OR training OR knowledge OR competence)) OR ((continuing OR “Post-Registration” OR Employee* OR Inservice OR Nursing) NEAR/2 education) OR ((Continuous OR workplace) NEAR/2 learning) OR ((workforce OR Staff) NEAR/3 develop*) OR (Inservice NEAR/2 training) OR (skill* NEAR/2 acqui*))
#3	Nurs*
#4	1 AND 2 AND 3

Annexe 2. Codes et sous-codes prédéfinis selon le « Modèle des activités de coordination des soins et des services »

Code	Sous-code
1. Intervenir auprès de la personne et de ses proches	1.1. Identifier les personnes qui bénéficieraient le plus d'une activité de coordination 1.2. Évaluer les besoins et les objectifs 1.3. Développer un plan de soins individualisé (PSI) 1.4. Prodiguier des soins directs 1.5. Évaluer, faire le suivi, ajuster le PSI 1.6. Établir une continuité relationnelle 1.7. Planifier les soins de fin de vie 1.8. Soutenir l'autonomisation (<i>empowerment</i>)
2. Intervenir auprès de l'équipe intra et interdisciplinaire	2.1. Clarifier les rôles, négocier les responsabilités partagées 2.2. Exercer un leadership
3. Établir et maintenir une continuité des soins et services	3.1. Faciliter les transitions de soins 3.2. Créer des liaisons et collaborer au sein et à travers l'équipe multidisciplinaire 3.3. Créer des liaisons et collaborer avec les ressources communautaires
4. Communiquer efficacement avec la personne, ses proches et les équipes intra et interdisciplinaires	4.1. Maintenir une communication transparente et continue 4.2. Transférer les informations

Annexe 3. Contenu détaillé des formations recensées par la recherche bibliographique selon les quatre catégories du « Modèle des activités de coordination des soins et des services pour les personnes ayant des besoins complexes » de Karam et al. (2021)

Catégorie : « intervenir auprès de la personne et de ses proches »	
Contenu des formations	Description
Identifier les personnes qui bénéficieraient le plus d'une activité de coordination	• Utiliser des outils d'identification des personnes comme l'échelle de dépression gériatrique, l'évaluation de la qualité de vie et le <i>Mini Mental State Examination</i> (Berry et al., 2011); • Utiliser un protocole d'identification comportant des critères fondés sur des écrits scientifiques, comme le taux de mortalité, la fréquence d'utilisation des services de santé, les coûts attendus après un an d'utilisation (Billie et Letizia, 2020); • Identifier la clientèle cible par le repérage et l'évaluation (Hudon et Chouinard, 2021).
Évaluer de façon exhaustive les besoins biopsychosociaux et les objectifs en partenariat avec la personne et ses proches	• Évaluer l'état mental et la qualité de vie des personnes au moyen d'outils fondés sur des données probantes; évaluer les conditions de vie de la personne et le risque d'hospitalisation (Berry et al., 2011). • Poser des questions précises pour évaluer la compréhension de la personne de sa maladie en faisant appel à ses valeurs et à ses objectifs (Billie et Letizia, 2020); • Améliorer le repérage de la complexité pour l'ensemble de la clientèle (Busnel et Bridier-Boloré, 2023 [a]); • Évaluer les besoins des personnes et déterminer les obstacles aux soins, puis les classer selon leur priorité (linguistique, socioéconomique, organisationnel, etc.) (Calhoun et al., 2010; Esparza, 2013); • Déterminer les possibles obstacles associés à la transition du milieu des soins de courte durée à la maison; s'assurer que les personnes disposent de ce dont elles ont besoin pour éviter la réhospitalisation (Chabalowski et Lockett, 2020); • Évaluer et déterminer les besoins ainsi que le soutien social des personnes dès leur entrée dans le système de soins en cancérologie, et ce, tout au long de leur trajectoire de soins, en mettant en pratique la théorie

Catégorie : « intervenir auprès de la personne et de ses proches »	
Contenu des formations	Description
	centrée sur la personne; utiliser un outil pour évaluer de manière exhaustive la détresse de la personne (Crawford et al., 2013); • Effectuer une évaluation physique ciblée, prendre les signes vitaux, réaliser un électrocardiogramme et évaluer la sécurité à la maison (Davies, 2021); • Évaluer les besoins et la sécurité des personnes lors des transitions de soins (Holland et al., 2017); • Évaluer les besoins et les objectifs des personnes en vue d'adapter les activités de coordination des soins à leurs besoins particuliers (Hudon et Chouinard, 2021); • Utiliser des méthodes et outils d'évaluation variés pour réaliser une analyse clinique, situationnelle et contextuelle (Institut et Haute École de la Santé La Source, 2020); • Déterminer le besoin ou le problème prioritaire de la personne pour chaque catégorie de l'outil; évaluer les besoins potentiels en soins de santé lors de la transition des personnes vers différents milieux de soins. Évaluer le système de soutien (famille, collègues de travail) et les ressources disponibles pour assurer un retour à domicile sécuritaire de la personne (Jones et Waynick-Rogers, 2020); • Évaluer les activités sociales, l'état émotionnel et comportemental des personnes, ainsi que les facteurs d'incident (chutes, hospitalisations) liés à leurs soins de santé (Karlin et al., 2017); • Évaluer et déterminer les problèmes (réels et potentiels), puis synthétiser les informations d'évaluation pour hiérarchiser les besoins en soins (Liu et al., 2011); • Décrire une situation de soins individuelle, analyser les enjeux par rapport à la fonction de la personne et définir les besoins nécessitant une évaluation plus approfondie de la situation et l'organisation du processus de soins (Macq, 2022.); • Évaluer les signes et symptômes comportementaux (Mellinger et al., 2023); • Évaluer l'environnement des personnes âgées, leurs problèmes potentiels et leur système de soutien;

Catégorie : « intervenir auprès de la personne et de ses proches »	
Contenu des formations	Description
	déterminer les vulnérabilités durant la transition des soins qui pourraient contribuer à des événements indésirables, comme un régime médicamenteux complexe ou des perturbations des fonctions corporelles (O'Connor et al., 2016); • Évaluer les antécédents médicaux, le bilan comparatif des médicaments, les signes vitaux et l'environnement pour déterminer les déclencheurs environnementaux, évaluer la probabilité d'un risque accru de réadmission à l'hôpital et déterminer leur niveau de contrôle de l'asthme (Smith et al., 2015); • Évaluer les besoins et les objectifs des personnes et de leur famille (Webb et Adams Tucker, 2023).
Développer et appliquer un plan de soins et de services individualisé en partenariat avec la personne et ses proches	• Élaborer un plan avec la personne pour surmonter les obstacles préalablement définis (Calhoun et al., 2010; Esparza, 2013); • Élaborer un plan de soins détaillé qui répond aux besoins en tenant compte des barrières culturelles et linguistiques des personnes (Crawford et al., 2013); • Réaliser des soins adaptés à chaque personne (Holland et al., 2017); • Développer des plans de services individualisés (Hudon et Chouinard, 2021); • Mettre en œuvre et coordonner des projets ou des interventions de soin ou d'accompagnement en partenariat avec les personnes et leur entourage (Institut et Haute École de la Santé La Source, 2020); • Élaborer un plan de transition de l'hôpital vers le domicile et développer des interventions infirmières fondées sur des données probantes en faisant référence aux politiques ou aux lignes directrices en matière de soins de santé (Jones et Waynick-Rogers, 2020); • Préparer un plan de soins quotidiens fondé sur les données probantes pour la gestion des symptômes comportementaux; planifier des activités agréables en utilisant un processus structuré et réduire le stress environnemental à la maison (Karlin et al., 2017);

Catégorie : « intervenir auprès de la personne et de ses proches »	
Contenu des formations	Description
	• Élaborer, planifier et mettre en œuvre un plan de soins et des traitements (Liu et al., 2011); • Élaborer un plan d'action pour soulager les symptômes comportementaux et atténuer l'agitation tout en réalisant un bilan comparatif des médicaments (Mellinger et al., 2023); • Planifier un plan de transition personnalisé informé par les données probantes (O'Connor et al., 2016); • Développer les plans de soins individualisés axés sur la perspective de la personne et de la famille (Webb et Adams Tucker, 2023).
Suivre et ajuster le plan de soins et des services individualisés	• Réviser et mettre à jour les plans de soins et de services individualisés des personnes (Berry et al., 2011); • Organiser des suivis réguliers (Calhoun et al., 2010; Esparza, 2013) pour éviter la réadmission, établir un bilan comparatif des médicaments et reconnaître les problèmes liés à la gestion des médicaments (Chabalowski et Lockett, 2020); • Faire le bilan comparatif des médicaments (Davies, 2021); • Évaluer les plans de traitement, les réviser au besoin et assurer un suivi continu (Liu et al., 2011); • Simplifier le régime médicamenteux (O'Connor et al., 2016); • Effectuer un suivi hebdomadaire pour dépister la présence de symptômes d'asthme (Smith et al., 2015); • Évaluer comment les changements de l'état de santé influencent la capacité d'autosoins, la dynamique familiale et le système de soins de santé au moyen d'un processus continu d'évaluation, de suivi et d'ajustement (Webb et Adams Tucker, 2023).
Établir une continuité relationnelle avec la personne et ses proches	• Défendre les personnes (Chabalowski et Lockett, 2020) et leurs intérêts ainsi que ceux de leurs proches auprès des prestataires de services (Crawford et al., 2013; Holland et al., 2017; Liu et al., 2011); • S'engager dans la défense des bénéficiaires et de leurs proches; collaborer activement avec les proches aidants et les soutenir de manière adaptée à leurs besoins; les

Catégorie : « intervenir auprès de la personne et de ses proches »	
Contenu des formations	Description
	intégrer dans la conception et la réalisation des interventions de soins et d'accompagnement auprès des personnes aidées (Institut et Haute École de la Santé La Source, 2020); • Établir une continuité relationnelle avec les personnes et leurs proches (Webb et Adams Tucker, 2023).
Planifier les soins de fin de vie	• Établir un plan pour documenter les objectifs au moyen d'un document officiel de la planification préalable des soins (Billie et Letizia, 2020); • Déterminer les besoins en matière de planification des soins ainsi que la capacité de la personne à décider (Mellinger et al., 2023); • Initier des discussions sur la planification médicale, juridique et financière, ainsi que le protocole de prise de décision à suivre (Mellinger et al., 2023).
Soutenir l'autonomisation (<i>empowerment</i>) de la personne et de ses proches en misant sur l'éducation, le soutien à l'autogestion et la participation active tout au long du processus de soins	• Renforcer l'autogestion en utilisant des stratégies d'éducation thérapeutique et d'encadrement en santé (Berry et al., 2011); • Utiliser un guide de communication structuré sur les maladies graves pour comprendre les objectifs et les préférences des personnes en matière de soins pour ces maladies (Billie et Letizia, 2020); • Renforcer le soutien mutuel, le partenariat avec la personne et avec les proches aidants (Busnel et Bridier-Boloré, 2023 [b]); • Établir une relation thérapeutique avec la personne basée sur la communication et le respect (écoute active et soutien émotionnel); élaborer un plan d'éducation basé sur des informations factuelles, visuelles et auditives appropriées pour accroître les compétences des personnes à naviguer dans le système de soins de santé (Calhoun et al., 2010; Esparza, 2013); • Outiller la personne et sa famille pour éviter la réadmission (éducation thérapeutique, modèle d'assurance-payeur, etc.) en tenant compte de leurs connaissances en matière de santé (Chabalowski et Lockett, 2020);

Catégorie : « intervenir auprès de la personne et de ses proches »	
Contenu des formations	Description
	• Éduquer la personne soignée et impliquer sa famille dans les soins; fournir à la patientèle et à sa famille un soutien émotionnel (Crawford et al., 2013). • Éduquer la personne qui a une insuffisance cardiaque ou le diabète (ainsi que sa famille) sur l'alimentation, l'activité physique, le poids et les médicaments et lui fournir des conseils lors de son congé de l'établissement de soins (Davies, 2021); • Discuter avec les personnes soignées de l'autogestion de la maladie chronique; déterminer leurs besoins en ressources en matière d'autogestion; les encourager à effectuer des changements pour améliorer leur autogestion; expliquer le meilleur moment pour prendre des médicaments; conseiller sur la façon de définir des objectifs personnels en matière de soins; discuter des changements alimentaires et du mode de vie lorsqu'il y a une maladie chronique (Holland et al., 2017); • Adapter la relation thérapeutique aux besoins individuels; encourager l'adoption de l'approche VISAGES et soutenir l'autogestion (Hudon et Chouinard, 2021); • Soutenir les personnes dans la maîtrise de leur santé et la gestion de leur maladie, renforcer leurs compétences en santé, leur pouvoir d'agir et leur capacité d'autosoins (Institut et Haute École de la Santé La Source, 2020); • Élaborer un plan d'éducation (Holland et al., 2017) lié aux maladies chroniques et au régime alimentaire (O'Connor et al., 2016); • Déterminer les besoins d'éducation de la personne en matière de soins à domicile et élaborer un plan d'éducation personnalisé pour la gestion efficace des médicaments et des valeurs de laboratoire anormales à domicile (Jones et Waynick-Rogers, 2020); • Accroître les connaissances des aidants naturels sur la démence ainsi que leurs compétences en matière la gestion des symptômes comportementaux pour les soutenir (Karlin et al., 2017); • Éduquer, informer et accompagner les personnes sur les objectifs de soins des personnes (Liu et al., 2011).

Catégorie : « intervenir auprès de la personne et de ses proches »	
Contenu des formations	Description
	• Fournir des conseils personnalisés aux aidants informels pour promouvoir la sécurité et le bien-être des personnes; agir à titre de personne-ressource pour toute question liée aux médicaments tout en améliorant le bien-être des aidants et en les soutenant par les ressources appropriées (Mellinger et al., 2023); • Parfaire l'éducation sur l'utilisation appropriée du plan d'action contre l'asthme ou l'insuffisance cardiaque (Smith et al., 2015); • Comprendre les besoins et les perspectives des personnes et des familles; communiquer efficacement pour collaborer avec l'équipe interprofessionnelle pour garantir des soins centrés sur la personne et la famille, favorisant ainsi l'autonomisation des personnes (Webb et Adams Tucker, 2023).

Catégorie « intervenir auprès des équipes intra et interdisciplinaires »	
Contenu des formations	Description
Clarifier les rôles, négocier les responsabilités partagées	• Collaborer étroitement avec les personnes et les médecins (Berry et al., 2011); • Approfondir le rôle et les responsabilités de la coordinatrice tout en relevant les obstacles, les facilitateurs, les enjeux et les craintes de chacune des parties prenantes (Busnel et Bridier-Boloré, 2023 [b]); • Approfondir les rôles et les responsabilités des différentes professionnelles en lien avec la coordination des soins et la sécurité des personnes tout en se familiarisant avec les enjeux liés à la collaboration interprofessionnelle, y compris la négociation entre membres des professions de la santé et des services sociaux (Institut et Haute École de la Santé La Source, 2020); • Analyser les rôles des parties impliquées et leurs interactions pour une meilleure intégration professionnelle et organisationnelle (Macq, 2022); • Explorer la fonction de référent de proximité ainsi que le développement des fonctions de coordination et de gestion de cas (Macq, 2022); • Clarifier les rôles et négocier les responsabilités partagées au sein de l'équipe intra et interprofessionnelle; développer la créativité et des compétences en collaboration et en résolution de problèmes; communiquer efficacement pour collaborer avec l'équipe interprofessionnelle (Webb et Adams Tucker, 2023).
Exercer un leadership	• Expérimenter les stratégies de travail en équipe (TeamSTEPPS) dans le cadre de la coordination tout en encourageant les compétences de partenariat, le soutien mutuel, le leadership partagé et en favorisant la confiance, l'échange constructif et le partage des responsabilités (Busnel et Bridier-Boloré, 2023 [a]); • Faire preuve de souplesse et de capacité d'adaptation; perfectionner ses compétences en matière de gestion du temps, de prise de décision autonome et de communication avec l'équipe de soins de santé (Holland et al., 2017); • Développer son leadership en contribuant au travail en réseau et en établissant un partenariat avec les bénéficiaires et leur entourage; poursuivre les discussions sur les enjeux sociosanitaires actuels et futurs en portant

Catégorie « intervenir auprès des équipes intra et interdisciplinaires »	
Contenu des formations	Description
	un regard critique sur les politiques de santé et de financement, les modes de collaboration interprofessionnelle et les enjeux de la numérisation de la santé (Institut et Haute École de la Santé La Source, 2020); • Développer des compétences en leadership en apprenant le rôle des infirmières leaders dans la coordination des soins; exercer un leadership au sein de l'équipe intra et interprofessionnelle (Liu et al., 2011; Webb et Adams Tucker, 2023).

Catégorie : établir et maintenir une continuité des soins et services entre la personne et les professionnels et services

Contenu des formations	Description
Faciliter la redirection et la transition des personnes entre les services et les prestataires	• Mettre en œuvre le modèle de soins de transition dans les soins à domicile en collaborant avec les médecins, les personnes et les soignants pour coordonner le retour de la personne dans la communauté et faciliter les rendez-vous de suivi avec leurs médecins de soins primaires après le congé de l'hôpital (Berry et al., 2011); • Orienter la personne vers les ressources appropriées (Calhoun et al., 2010; Esparza, 2013; O'Connor et al., 2016), comme un programme de soins palliatifs (Billie et Letizia, 2020), une clinique pulmonaire (Smith et al., 2015) ou des programmes d'aide hospitalière (p. ex., couverture et médicaments) (Calhoun et al., 2010; Esparza, 2013); • Coordonner les soins entre les divers établissements de santé et orienter les personnes vers d'autres membres de l'équipe de soins de santé ou vers des groupes de soutien (Holland et al., 2017); • Faciliter la transition des soins au moyen d'outils cliniques de planification et de coordination des soins (Hudon et Chouinard, 2021); • Utiliser l'historique des soins infirmiers en transition comme outil pour faciliter la transition; évaluer les paramètres permettant d'obtenir des résultats mesurables d'une transition de soins réussie (Jones et Waynick-Rogers, 2020); • Informer les aidants informels des mesures de sécurité et des soins quotidiens à domicile pour faciliter la transition des soins (Karlin et al., 2017); • Faciliter les transitions de soins en intégrant des notions théoriques relatives à la transition de l'hôpital vers d'autres milieux de soins (O'Connor et al., 2016); • Faciliter les transitions de soins pour maintenir une continuité des soins et des services tout en les évaluant et en analysant les écarts entre les paramètres de soins de santé afin de promouvoir des résultats sécuritaires pour les personnes (Webb et Adams Tucker, 2023);

Catégorie : établir et maintenir une continuité des soins et services entre la personne et les professionnels et services	
Contenu des formations	Description
	• Évaluer les transitions de soins et analyser les écarts entre les différents paramètres de soins de santé (Webb et Adams Tucker, 2023).
Organiser et faciliter les échanges autour de la personne au sein de l'équipe intra et interdisciplinaire	• Appréhender les étapes du partenariat : collaborer, coordonner, coopérer et préparer la séance de coordination (Busnel et Bridier-Boloré, 2023 [a]); • Coordonner et assurer la continuité des soins (Crawford et al., 2013); • Coordonner les soins et les services dans un établissement ou une clinique de soins de première ligne (Hudon et Chouinard, 2021); • Collaborer entre les gestionnaires de cas et les infirmières (Karlin et al., 2017); • Coordonner les soins avec les prestataires de services (Liu et al., 2011); • Promouvoir l'approche pluridisciplinaire à l'aide d'outils de gestion de l'ensemble du processus de soins (Macq, 2022); • Organiser des réunions de concertation entre les différentes parties impliquées dans les soins; utiliser des outils d'évaluation globale ainsi que des itinéraires cliniques pour clarifier le processus de soins (Macq, 2022); • Établir et maintenir une continuité des soins et des services en favorisant la collaboration au sein de l'équipe multidisciplinaire en communiquant efficacement avec l'équipe interprofessionnelle pour garantir des soins centrés sur la personne et ses proches (Webb et Adams Tucker, 2023).
Établir et renforcer les liens entre la personne et les ressources communautaires	• Sensibiliser les personnes aux ressources disponibles dans la communauté (Berry et al., 2011; Davies, 2021; Holland et al., 2017); • Sensibiliser les personnes à l'utilisation des programmes des organismes de défense des droits, comme le <i>Patient Advocate Foundation</i> (Calhoun et al., 2010; Esparza, 2013);

Catégorie : établir et maintenir une continuité des soins et services entre la personne et les professionnels et services

Contenu des formations	Description
	• Orienter les personnes vers les services communautaires (banques alimentaires locales, services publics, aide au logement, services aux enfants, services de soins de relève) (Calhoun et al., 2010; Crawford et al., 2013; Esparza, 2013); • Orienter les personnes vers des groupes de soutien (Holland et al., 2017); • Diriger les personnes vers les programmes communautaires, comme les programmes de santé de jour pour adultes, les services aux aînés, l'Association Alzheimer et les groupes de soutien aux aidants (Liu et al., 2011; Mellinger et al., 2023; O'Connor et al., 2016); • Décrire le territoire d'intérêt, la population et le système local de soins pour renforcer les soins primaires et intégrer les ressources communautaires; analyser le lien entre les actions planifiées dans la prise en charge individuelle et le renforcement d'un système local de santé centré sur la personne dans son lieu de vie (Macq, 2022); • Favoriser la liaison et la collaboration avec les ressources communautaires (Webb et Adams Tucker, 2023).

Catégorie : communiquer efficacement avec la personne, ses proches et les équipes intra et interdisciplinaires	
Contenu des formations	Description
Maintenir une communication transparente, continue, adaptée avec la personne et les équipes	• Communiquer efficacement pour collaborer avec l'équipe interprofessionnelle (Berry et al., 2011) afin d'assurer des soins centrés sur la personne et ses proches (Webb et Adams Tucker, 2023); • S'exercer à communiquer en faisant preuve d'écoute active et de compréhension mutuelle avec les professionnelles, les personnes et les proches aidants (Busnel et Bridier-Boloré, 2023 [a]); • Communiquer de manière compréhensible en utilisant des mots courants, en vulgarisation (aucun jargon médical) et en vérifiant la compréhension de la clientèle par des questions ouvertes, la paraphrase et le résumé (Calhoun et al., 2010; Esparza, 2013); • Favoriser la communication interprofessionnelle et développer la collaboration et le travail d'équipe en utilisant la plateforme TeamSTEPPS et le module <i>Nurse as a Patient Advocate</i> (Chabalowski et Lockett, 2020); • Comprendre les comportements associés à la communication verbale et non verbale, user de stratégies (comme l'écoute active) et éliminer les obstacles pour faire en sorte que la communication présente toutes les caractéristiques d'une communication efficace (Crawford et al., 2013); • Sensibiliser à l'importance de la communication entre les prestataires de soins pour garantir des soins sécuritaires et de qualité (Davies, 2021); • Fournir des informations claires aux personnes de manière bienveillante tout en maîtrisant la communication interprofessionnelle écrite et verbale, en communiquant efficacement avec l'équipe de soins de santé et en adoptant des stratégies appropriées, comme la gestion de l'état émotionnel de la personne, le ton de la voix et le mode d'expression (Holland et al., 2017); • Utiliser des stratégies de communication adaptées aux situations et aux personnes et cerner les leviers et les freins à une communication efficace au sein de l'équipe interprofessionnelle et du réseau (Institut et Haute École de la Santé La Source, 2020);

Catégorie : communiquer efficacement avec la personne, ses proches et les équipes intra et interdisciplinaires	
Contenu des formations	Description
	• Communiquer efficacement avec les personnes et les proches (Karlin et al., 2017; Liu et al., 2011); • Rapporter les informations liées à l'évaluation des besoins et au plan de soins à la personne (Macq, 2022); • Outiller les coordinatrices pour faciliter une communication interpersonnelle efficace et claire avec les équipes et les personnes en vue d'une coordination optimale des soins et d'une gestion efficace des transitions (Webb et Adams Tucker, 2023).
Transmettre les informations pertinentes aux équipes intra et interdisciplinaires	• Améliorer la communication interprofessionnelle en utilisant des outils (SMS, ISBAR) et des modalités communicationnelles (feuille de transfert, carnet de santé/e-carnet) favorisant la coordination (Busnel et Bridier-Boloré, 2023 [a]). • Actualiser le dossier patient et faciliter l'annonce d'une évolution clinique défavorable à une personne vivant à domicile en collaborant avec cette dernière et le médecin pour parvenir à une vision et à une compréhension partagée des actions nécessaires (Busnel et Bridier-Boloré, 2023 [b]); • Discuter des maladies graves conformément au guide de référence et documenter les éléments pertinents de la conversation dans le dossier médical électronique de la personne (Billie et Letizia, 2020); • Recourir à l'outil structuré de communication et de partage d'informations (SBAR) et fournir au médecin un rapport SBAR sur le gain de poids, l'œdème et la fréquence cardiaque irrégulière de la personne (Davies, 2021); • Développer des compétences en évaluation et en transmission des données cliniques, et s'approprier les techniques de transmission des données (Institut et Haute École de la Santé La Source, 2020); • Transférer des informations par l'entremise des notes des infirmières; structurer ces notes en les regroupant comme suit : diagnostics, médicaments, besoins, obstacles potentiels et ressources nécessaires (Jones et Waynick-Rogers, 2020);

Catégorie : communiquer efficacement avec la personne, ses proches et les équipes intra et interdisciplinaires

Contenu des formations	Description
	• Utiliser une plateforme de communication électronique pour informer les gestionnaires de cas et les infirmières de l'état du bénéficiaire de soins, notamment ses activités sociales, son état émotionnel et comportemental (Karlin et al., 2017); • Effectuer des fonctions d'enregistrement de cas, de documentation, de rédaction de rapports (Liu et al., 2011) et transférer les informations par des appels de suivi hebdomadaires (Smith et al., 2015); • Communiquer à l'infirmière praticienne tout besoin ou problème relevé lors de l'appel téléphonique ou de la visite à domicile (Smith et al., 2015); • Développer des compétences en transfert efficace d'informations en utilisant des stratégies telles que les études de cas et les vidéos pour illustrer les interactions entre les personnes et les professionnelles de la santé, en démontrant les concepts de communication, de coordination et de prévention des réadmissions à l'hôpital (Webb et Adams Tucker, 2023).