

Élaboration d'un cadre de référence pour la compétence « coordonner les soins et les services pour les personnes ayant des besoins complexes » : étude méthodologique participative

Marlène Karam, Université de Montréal

Caroline Larue, Université de Montréal

Arnaud Duhoux, Université de Montréal

Maud-Christine Chouinard, Université de Montréal

Rona Fleming

Romane Pollet-Cometti, Université de Montréal

Pegah Torabi, Centre de recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Tania Ioana Buda, Université de Montréal

Johanne Déry, Université du Québec en Outaouais; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec



Note de page couverture | Cover Page Footnote

Les auteur.e.s tiennent à exprimer leur profonde gratitude aux membres du comité de personnes expertes, Catherine Hudon, Myriam-Nicole Bilodeau, Sonia Tatta, Nancy Colette et Maude Mongrain, ainsi que Rona Fleming, patiente partenaire. Nous remercions également les membres du comité consultatif, les personnes représentantes du ministère des Services de santé et Services sociaux, de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et des directions des soins infirmiers des milieux cliniques, ainsi que les personnes ayant participé à la méthode Delphi. | The authors wish to express their sincere gratitude to the members of the expert committee: Catherine Hudon, Myriam-Nicole Bilodeau, Sonia Tatta, Nancy Colette, and Maude Mongrain, as well as Rona Fleming, patient partner. We also thank the members of the advisory committee, representatives from the Ministry of Health and Social Services, the Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, and nursing directorates in clinical settings, as well as all individuals who participated in the Delphi process.

À l'échelle internationale, répondre aux besoins des personnes souffrant de problèmes de santé combinés à d'autres domaines de vulnérabilité représente un défi de taille pour les systèmes de santé (Evans et al., 2023; Schoen et al., 2011). Ces besoins dits complexes résultent souvent de l'interaction de multiples facteurs, comme la coexistence de maladies chroniques, de limitations physiques, de troubles de santé mentale et de conditions socio-économiques précaires (Karam et al., 2021), ce qui rend la prise en charge de ces personnes particulièrement ardue. Les interventions mises en œuvre pour améliorer les résultats cliniques, la qualité de vie et l'utilisation des services de santé auprès de cette population ont produit des résultats mitigés, montrant bien la difficulté d'apporter une réponse efficace à ces problèmes (Smith et al., 2016). Face à cette réalité, il est essentiel de développer des interventions à la fois ciblées et adaptées à des besoins particuliers ainsi qu'une approche globale pour garantir la cohérence entre ces différentes interventions (Misra et al., 2020). Dans cette perspective, la coordination des soins et des services s'est imposée comme une réponse stratégique permettant d'offrir des soins complets, continus et adaptés aux particularités et aux trajectoires de soins et de vie des personnes (World Health Organization, 2017).

Reconnue et adoptée dans plusieurs pays développés, cette approche vise à améliorer la navigation des personnes au sein des systèmes de santé, à renforcer la communication entre les professionnelles et professionnels et à optimiser l'utilisation des ressources disponibles (Albertson et al., 2022). Dans cette optique, de nombreux pays ont confié aux infirmières et infirmiers un rôle central dans la coordination des soins et des services (Maier et Aiken, 2016). En tant que professionnelles et professionnels de proximité, les infirmières et infirmiers sont le trait d'union essentiel entre les personnes, leurs proches et les équipes soignantes, facilitant la communication interprofessionnelle et le transfert d'informations (Sekse et al., 2018). La coordination des soins par les infirmières et infirmiers est associée à une bonification de l'expérience des personnes qui les reçoivent, à une amélioration de leur bien-être psychosocial, de leur qualité de vie ainsi que des résultats cliniques (Ahmed et al., 2024; Parker et al., 2024; Stokes et al., 2015). Elle est également liée à une diminution des taux de réadmission et des coûts de soins (Parker et al., 2024; Weeks et al., 2018; Wensing et al., 2006).

En dépit de ces bienfaits bien documentés, la coordination des soins n'est pas suffisamment organisée, sa mise en œuvre et son intégration variant grandement selon les contextes (Di Capua et al., 2017). Ce manque de structuration entraîne des lacunes dans les pratiques de coordination (Allen, 2015) et entretient l'ambiguïté sur le rôle des infirmières coordonnatrices et infirmiers coordonnateurs de soins (Anderson et Hewner, 2021; Lamb, 2018), ce qui limite leur capacité à exercer pleinement leur fonction et sape leur légitimité auprès des autres professionnelles et professionnels (Anderson et Hewner, 2021; Wise et al., 2022). De plus, l'absence d'une formation destinée aux infirmières et infirmiers et aux autres professionnelles et professionnels occupant une fonction de coordination des soins constitue un problème majeur (Couturier et al., 2023; Parker et Fuller, 2016), alors même que la coordination des services et des soins pour les personnes ayant des besoins complexes représente une compétence qui peut être développée moyennant une formation appropriée.

Un examen récent de la portée a recensé les formations destinées aux infirmières et infirmiers en vue de les outiller à la coordination des soins (Karam, Torabi, et al., 2025). Les résultats révèlent le caractère modeste du développement de l'enseignement des principes de coordination au cours des 15 dernières années, soulignant l'importante lacune à combler pour intégrer systématiquement ces principes dans les formations initiale et continue. L'étude révèle également que les programmes de formation actuels s'appuient rarement sur un référentiel de compétences contextualisé à la pratique infirmière de la coordination, fondé sur une analyse rigoureuse des activités professionnelles des coordonnatrices et coordonnateurs. Or, le développement de programmes de formation (initiale ou

continue) pertinents repose sur un processus en deux étapes consécutives et complémentaires. Premièrement, il faut effectuer une analyse approfondie de l'activité professionnelle et la traduire en un référentiel de compétences; deuxièmement, il faut intégrer ce référentiel dans les différentes activités pédagogiques et les modalités d'évaluation (Parent et Jouquan, 2023, p. 111). À partir de l'analyse de l'activité professionnelle de la coordination, un référentiel permettrait de relever les connaissances, les habiletés et les attitudes nécessaires à une coordination efficace des soins (Brahimi et al., 2011; Stein, 2016). Ce référentiel contribuerait également à garantir la cohérence entre les objectifs d'apprentissage, les stratégies pédagogiques mises en œuvre et les modalités d'évaluation (Biggs, 1996).

Mrayyan et al. (2023) définit la compétence en pratique infirmière comme « un processus dynamique d'acquisition de connaissances, de comportements, de jugement, d'habiletés, de valeurs et d'attitudes, afin d'offrir des soins efficaces, sécuritaires et de qualité aux personnes » (p. 5) [traduction libre]. Elle représente une action systémique et contextualisée qui se développe continuellement (Charette et al., 2014). Décrites par Tardif (2006), les dimensions de la compétence incluent les aspects cognitifs (les connaissances nécessaires à la prise de décision en coordination), les éléments procéduraux (liés à l'application pratique des stratégies de coordination) et les composantes attitudinales (les comportements professionnels et l'éthique guidant les efforts de coordination). Pour évaluer si ces compétences sont effectivement acquises et mises en œuvre, des indicateurs servent de critères mesurables (Charette et al., 2014). Les infirmières coordonnatrices et infirmiers coordonnateurs de soins doivent mobiliser et intégrer diverses formes de connaissances en s'appuyant à la fois sur des ressources internes, comme leur expérience et leur jugement clinique, et sur des ressources externes, notamment les connaissances théoriques, la collaboration avec les collègues et la littérature scientifique (Tardif, 2006).

Contexte

Au Québec, divers programmes de coordination fondés sur la contribution centrale des infirmières et infirmiers ont été développés pour améliorer la continuité des soins des personnes ayant des besoins complexes. Ainsi, plusieurs profils d'infirmières coordonnatrices et infirmiers coordonnateurs ont vu le jour, tels que l'infirmière ou l'infirmier pivot en oncologie (Loiselle et al., 2020), l'infirmière ou l'infirmier de liaison en gériatrie (Leclerc et al., 2013), en santé physique ou en psychiatrie (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2026), les intervenantes et intervenants réseaux aux urgences (Karam, Hudon, et al., 2025), ou encore les gestionnaires de cas en première ligne de soins (Hudon et al., 2018). Malgré la diversité de leurs titres et de leurs contextes de pratique, ces infirmières coordonnatrices et infirmiers coordonnateurs partagent un objectif commun, celui d'assurer la continuité des soins et des services auprès de leur population cible, notamment lors des transitions de soins. Ces dernières sont reconnues comme des moments critiques où les bris de communication et la fragmentation des soins peuvent nuire à la sécurité des personnes (Liebzeit et al., 2021). Cependant, ces infirmières coordonnatrices et infirmiers coordonnateurs ne semblent pas suffisamment outillés pour exercer pleinement leur rôle (Karam, Hudon, et al., 2025). Les programmes universitaires, d'ici comme à l'étranger, n'intègrent pas systématiquement les principes de coordination, sans compter que les programmes de formation continue ciblent souvent des populations déterminées de patientes et patients. Cette lacune contribue à des pratiques de coordination des soins sous-optimales, limitant à la fois leur efficacité et leur portée (Déry et al., 2017; Poitras et al., 2018). Au Québec, le Référentiel de compétences infirmières (RéCI) définit les compétences essentielles à l'exercice de la profession infirmière en milieu hospitalier, dont, entre autres, « assurer la continuité des soins du patient » et « collaborer activement avec les partenaires » (Boyer et al., 2016). Toutefois, la compétence « coordonner les soins et les services » n'y est pas explicitement formulée. De manière similaire, le référentiel des compétences des infirmières et infirmiers en première ligne, élaboré par l'Association canadienne des infirmières en

médecine familiale, fait valoir des compétences, telles que la « communication » et la « collaboration », sans toutefois détailler la coordination comme une compétence distincte (Association canadienne des infirmières en médecine familiale, 2019). Or, dans un contexte où les systèmes de santé sont appelés à favoriser une approche intégrée et interdisciplinaire, la coordination des soins constitue une fonction centrale (Brown et Menec, 2018). L'intégration explicite de cette compétence dans les référentiels et les programmes de formation outillerait les infirmières et infirmiers qui pourraient mieux répondre aux besoins croissants en matière de gestion des parcours de soins, de fluidité entre les services et les établissements et de transitions sécuritaires entre deux contextes, sans rupture ni fragmentation (Karam, Hudon, et al., 2025).

Dans ce contexte, cette étude vise à combler une lacune importante par l'élaboration d'un cadre de référence axé sur une compétence particulière, celle de « coordonner les services et les soins pour les personnes ayant des besoins complexes », une compétence qui complète celles déjà reconnues dans les référentiels existants.

Plus précisément, la présente étude vise à élaborer un cadre de référence pour cette compétence en vue de soutenir son intégration dans la formation infirmière.

Les sous-objectifs sont : a) déterminer les dimensions constitutives de la coordination ainsi que les indicateurs permettant d'en opérationnaliser la mise en œuvre; b) structurer et organiser le cadre de référence de manière cohérente et fonctionnelle; et c) faire valider le cadre par des personnes expertes des milieux cliniques pour en garantir la pertinence et l'applicabilité dans les contextes cliniques réels.

Méthode

Approche méthodologique

La présente étude méthodologique s'est appuyée sur les postulats de la recherche participative organisationnelle (RPO), une approche rassemblant les parties prenantes organisationnelles et universitaires pour aborder une préoccupation commune liée aux pratiques ou aux politiques des organisations de santé (Bush et al., 2017). L'approche engage à la fois les chercheuses et chercheurs, les décideuses et décideurs, les expertes et experts ainsi que les utilisatrices et utilisateurs des connaissances dans une démarche réflexive où toutes les parties prenantes mutualisent leurs savoirs expérientiels, de gestion et de recherche dans une logique de complémentarité (Bush et al., 2017; Stringer, 2014). Ce choix méthodologique a été privilégié, puisque l'implication active des parties prenantes tout au long du processus favorise la pertinence et l'appropriation du cadre de référence développé collectivement, augmentant ainsi son potentiel d'intégration dans les pratiques cliniques et organisationnelles (Bush et al., 2017). C'est dans cette perspective qu'un comité consultatif a été constitué et rencontré virtuellement aux différentes étapes du projet. Ce comité non décisionnel a défini la portée du cadre de référence, déterminé les enjeux liés à sa mise en œuvre dans les milieux cliniques et discuté des stratégies favorisant son utilité, son appropriation et son intégration dans la pratique. Il a également ciblé des personnes expertes des milieux cliniques pour qu'elles soient invitées à participer à la méthode Delphi et a participé à l'interprétation des résultats. Afin de représenter les principales parties prenantes concernées par la coordination des soins et des services, notamment en raison de leur rôle central dans la définition des orientations professionnelles et des priorités organisationnelles en matière de santé, les membres ont été sélectionnés par échantillonnage raisonné. Leur participation a garanti la pertinence, la légitimité et l'ancrage du cadre de référence dans les réalités cliniques, renforçant ainsi les conditions favorables à son adhésion et à son implantation à l'échelle du réseau. Parmi les sept personnes siégeant à ce comité, il y avait une personne représentante provinciale de la direction nationale des soins et services infirmiers au

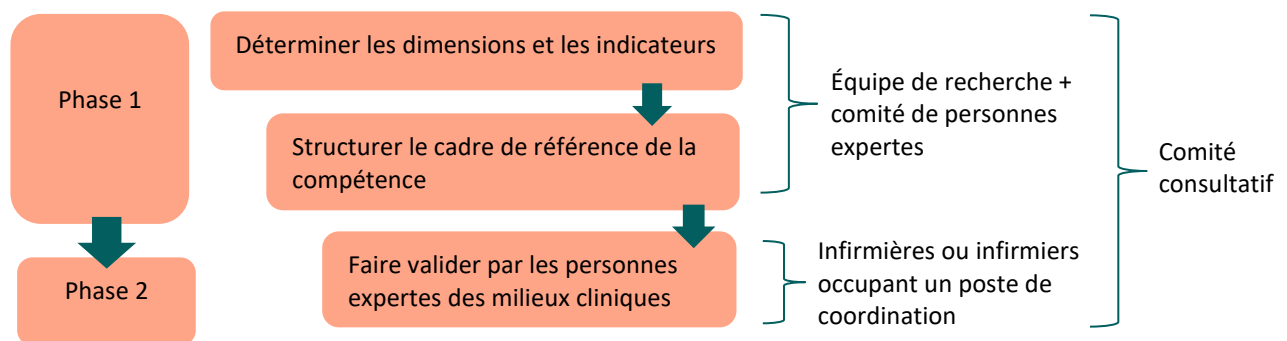
ministère des Services de santé et Services sociaux (MSSS); une représentante du service de développement et de soutien professionnel de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ); une représentante du Centre d'innovation en formation infirmière et apprentissage professionnel (CIFI-AP) de l'Université de Montréal; ainsi que trois représentantes des directions des soins infirmiers (DSI) des milieux cliniques¹ impliqués dans le projet, et une représentante des personnes ayant des besoins complexes.

Cette étude méthodologique s'est déroulée en deux phases. La première a répondu aux deux premiers sous-objectifs avec l'aide d'un comité de personnes expertes. Ce comité était mandaté pour définir et structurer le contenu du cadre de référence. La deuxième phase visait à répondre au troisième sous-objectif par le recours à la méthode Delphi pour recueillir des informations auprès d'infirmières et d'infirmiers occupant un poste de coordination et de leurs gestionnaires de proximité.

La figure 1 présente les différentes étapes de chaque phase, les comités créés et impliqués à chaque étape. La figure 2 présente les parties prenantes impliquées dans le comité de personnes expertes, le comité consultatif et les personnes expertes des milieux cliniques.

Figure 1

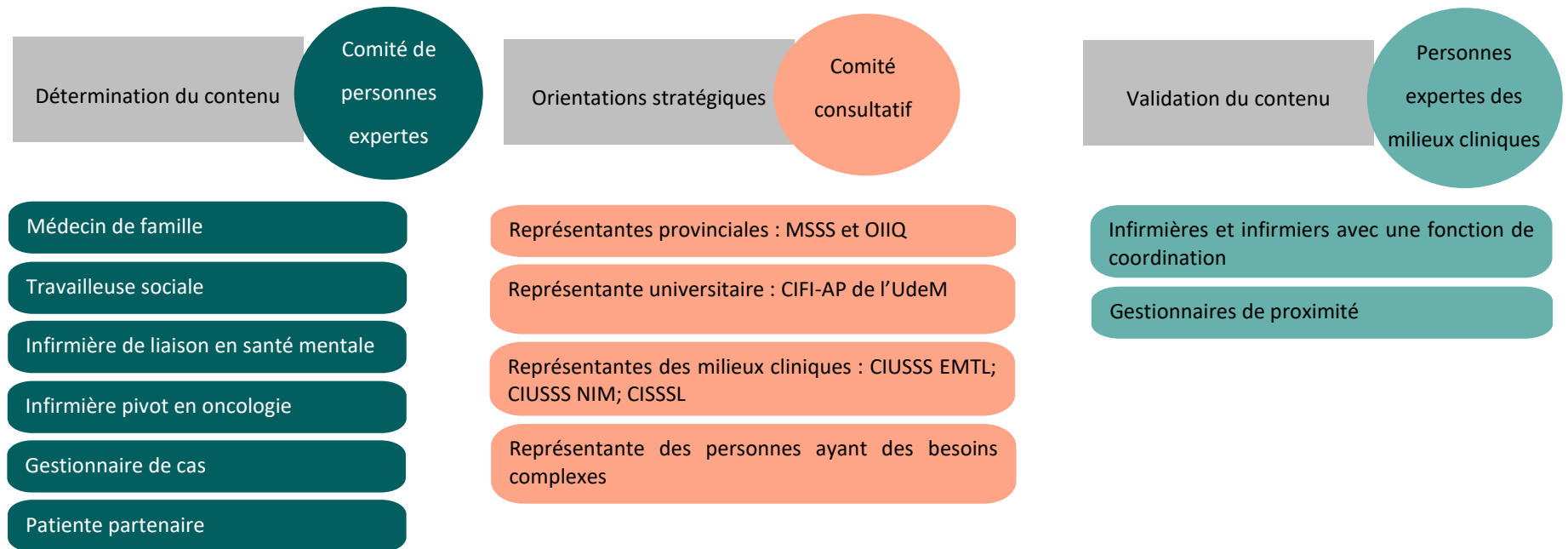
Phases d'élaboration et de validation du cadre de référence



¹ Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Laval, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

Figure 2

Composition des comités et des parties prenantes impliqués dans l'élaboration du cadre de référence



Note. CIFI-AP = Centre d'innovation en formation infirmière et apprentissage professionnel; CISSSL = Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval; CIUSSS EMTL = Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île; CIUSSS NIM = Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal; MSSS = Ministère de la Santé et des Services sociaux; OIIQ = Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; UdeM = Université de Montréal.

Phase 1 : groupes de travail de pair avec le comité de personnes expertes

Les groupes de travail multidisciplinaires, composés de personnes expertes, favorisent la clarification du langage, la mutualisation de la compréhension, ainsi que la détermination des dimensions et des indicateurs nécessaires à la construction d'un cadre conceptuel (Durkin et al., 2019; Sirotich et al., 2019). Ainsi, un comité de personnes expertes a été constitué et mobilisé pour entreprendre cette phase de traduction didactique de l'activité professionnelle. Le comité a été mandaté pour : 1) déterminer les dimensions constitutives de la coordination ainsi que les indicateurs permettant d'en opérationnaliser la mise en œuvre (sous-objectif a); et 2) structurer et organiser le cadre de référence de manière cohérente et fonctionnelle (sous-objectif b).

Pour ce faire, l'équipe de recherche a élaboré une première version de cette réflexion en s'appuyant sur le *Model of Nursing Care Coordination Activities for Patients With Complex Needs* (Karam et al., 2021). Fruit d'un examen récent de la portée, ce modèle offre une analyse approfondie de l'activité professionnelle des infirmières et infirmiers dans le cadre de la coordination des soins et services, ce qui en fait un appui méthodologique particulièrement pertinent pour cette phase du projet.

Les personnes expertes ont été ciblées grâce au réseau professionnel de l'équipe de recherche au Québec, puis recrutées par contact direct. L'équipe de recherche était constituée de professeures-chercheuses et professeurs-chercheurs possédant des expertises complémentaires en intégration des soins et des services, en sciences de l'éducation et en pratique infirmière. Nous avons invité des personnes issues de différentes disciplines, possédant une expertise en recherche, en enseignement et en pratique clinique, à siéger à ce comité. Voici les personnes qui ont formé le comité :

- une médecin de famille, experte en recherche dans le domaine des soins intégrés et de l'implantation du programme de gestion de cas au Québec;
- une travailleuse sociale ayant une expérience clinique et de recherche en gestion de cas en première ligne;
- une infirmière de liaison en santé mentale, experte en coordination et en gestion d'équipe;
- une infirmière gestionnaire de cas auprès des grands utilisateurs du système de santé en première ligne;
- une infirmière pivot en oncologie, experte des trajectoires de soins complexes pour les personnes vivant avec le cancer;
- une patiente partenaire ayant un savoir expérientiel lié aux besoins complexes nécessitant une coordination des soins.

Entre mars et septembre 2023, les six expertes ont participé à cinq rencontres de travail de deux heures chacune, réunissant également l'équipe de recherche. Elles ont été invitées à déconstruire puis à reconstruire la version préliminaire présentée par l'équipe de recherche afin d'en assurer la pertinence, l'exhaustivité et la représentativité de la réalité de la pratique infirmière en coordination au Québec. Leur contribution a également permis de formuler le contenu dans un français accessible et fidèle au vocabulaire couramment utilisé par les infirmières et infirmiers québécois. Enfin, les expertes ont contribué à valider la structure du cadre de référence et sa déclinaison en dimensions et indicateurs pertinents pour le contexte local.

Un document récapitulatif a été transmis aux expertes à la suite de chaque rencontre de groupe en vue de valider la fidélité de la transcription de leurs suggestions, d'apporter des précisions, des

corrections ou des ajouts. Ces ajustements étaient discutés collectivement lors de la rencontre subséquente, dans une logique de coconstruction continue.

Phase 2 : la méthode Delphi auprès de personnes expertes des milieux cliniques

Lors de cette deuxième phase, les dimensions et les indicateurs de la coordination des soins, validés par le comité de personnes expertes, ont été soumis à une validation par les personnes expertes des milieux cliniques, à savoir les infirmières et infirmiers occupant un poste de coordination et leurs gestionnaires de proximité. Cette étape visait à garantir la pertinence et l'applicabilité du cadre de référence dans des contextes cliniques réels. Les personnes participantes étaient invitées à se prononcer sur la pertinence, la clarté et la complétude des dimensions et des indicateurs proposés en se référant à une pratique idéale, le cadre étant conçu comme une représentation de la pratique optimale vers laquelle les milieux peuvent évoluer malgré leurs contraintes contextuelles.

La méthode Delphi est un processus itératif employé pour recueillir et comparer les avis de personnes expertes sur un sujet précis dans le but d'atteindre un consensus fiable (Fortin et Gagnon, 2015). Cette méthode se révèle particulièrement pertinente pour la validation du cadre, puisqu'elle permet de faire appel à l'expertise collective de diverses parties prenantes pour en arriver à un consensus fondé sur une réflexion approfondie (Beiderbeck et al., 2021; Niederberger et Spranger, 2020).

Le recrutement des personnes participantes s'est fait par échantillonnage raisonné en ciblant des infirmières et infirmiers possédant un minimum de deux années d'expérience dans la coordination des soins ou dans la gestion de proximité d'équipes d'infirmières coordonnatrices ou infirmiers coordonnateurs. Aucun critère d'exclusion n'a été défini. Grâce à la collaboration avec les représentantes de trois DSI siégeant au comité consultatif, un courriel de recrutement a été transféré aux infirmières coordonnatrices et infirmiers coordonnateurs admissibles et aux gestionnaires de proximité. Ce courriel contenait un lien vers le sondage en ligne dont la première page était consacrée au formulaire d'information et de consentement.

Les personnes participantes étaient invitées à évaluer la pertinence de chaque dimension et de ses indicateurs dans une pratique idéale à l'aide d'une échelle de Likert à quatre points (de « pas du tout pertinent » à « tout à fait pertinent »). Elles devaient également évaluer la clarté de chaque dimension et de chaque indicateur au moyen d'une échelle similaire. Enfin, une question ouverte leur permettait de se prononcer sur la complétude des dimensions et des indicateurs proposés. Elles pouvaient également formuler des commentaires selon leur jugement. La collecte des données a eu lieu entre les mois d'avril et de juillet 2025.

Une analyse statistique descriptive a été réalisée pour évaluer le niveau de consensus sur la pertinence et la clarté des dimensions et de leurs indicateurs. Les fréquences relatives ont été calculées. Les dimensions et indicateurs étaient conservés sans modifications si 80 % ou plus des personnes répondantes les jugeaient « pertinents » ou « tout à fait pertinents »; ils étaient toutefois reformulés puis soumis à une deuxième ronde d'évaluation si le pourcentage de consensus se situait entre 71 % et 79 %. Enfin, ils étaient rejetés si 70 % ou moins des personnes participantes partageaient cet avis (Hohmann et al., 2025).

Les résultats finaux ont été compilés par l'équipe de recherche avant d'être présentés au comité consultatif pour orienter la réflexion sur les stratégies optimales de transfert des connaissances au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

Considérations d'ordre éthique

Le projet a été approuvé par les trois comités d'éthique de la recherche des établissements participant à l'étude ainsi que par le comité d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal. Lors de la deuxième phase du projet, les personnes participantes ont donné leur consentement libre et éclairé à chaque ronde de la méthode Delphi. Un formulaire d'information et de consentement (FIC) était intégré à la page d'accueil du questionnaire en ligne, où figuraient les coordonnées de la chercheuse principale. Ce questionnaire était hébergé sur la plateforme LimeSurvey du fait qu'elle respecte la vie privée et la confidentialité des données, qu'elle ne croise pas les informations avec d'autres sources et n'utilise les données recueillies qu'aux seules fins du projet.

Résultats

Au terme de la première phase, un cadre de référence portant sur la compétence « coordonner les soins et les services pour les personnes ayant des besoins complexes » a été élaboré. Il compte 4 dimensions et 16 indicateurs.

Nous avons recruté 17 personnes expertes pour participer à la méthode Delphi, dont 12 infirmières coordinatrices ou infirmiers coordonnateurs (70,6 %) et 5 gestionnaires de proximité (29,4 %). Ce nombre est conforme aux recommandations de Goodarzi et al. (2018) qui indiquent qu'un panel composé de 10 à 20 personnes expertes constitue une taille optimale pour assurer la validité des résultats dans ce type de démarche. Quatre à huit personnes participantes ont été recrutées par établissement. Elles travaillaient majoritairement auprès des personnes âgées (64,7 %) ou de personnes suivies en neurotraumatologie (35,3 %).

Pertinence et clarté du cadre de référence

À la suite de la première ronde de la méthode Delphi, les quatre dimensions du cadre de référence, jugées pertinentes et claires, ont été retenues sans modifications (niveau de consensus variant de 88,2 % à 100 %). Les 16 indicateurs du cadre de référence ont également été jugés pertinents dans une pratique idéale par 82,4 % à 100 % des répondantes, et clairs par 82,4 % à 100 %, à l'exception d'un seul indicateur intitulé « Identifie les personnes qui bénéficieraient le plus de la coordination », considéré comme pertinent par 88,2 %, mais jugé peu clair (niveau de consensus : 47,1 %). Il a donc été conservé, mais reformulé pour plus de clarté : « Identifie les personnes qui doivent être incluses dans un programme de coordination. » Il a ensuite été intégré à la deuxième ronde de la méthode Delphi pour en évaluer la clarté. Les résultats sur la pertinence et la clarté des dimensions et des indicateurs du cadre de référence sont présentés dans le tableau 1.

Le cadre proposé a été globalement perçu par les personnes participantes comme étant complet. Toutefois, elles ont suggéré d'ajouter certaines précisions, notamment en ce qui concerne le respect de la vie privée, l'implication des proches, la défense des droits des patientes et patients, la confidentialité des données et le respect des normes éthiques et professionnelles. En effet, il s'agit de principes fondamentaux et transversaux qui soutiennent le cadre de référence et orientent tant l'exercice de la fonction de coordination que celui de la profession infirmière dans son ensemble. C'est pourquoi ils ont été intégrés à un préambule pour en souligner la portée structurante. Le préambule a été présenté aux personnes participantes lors de la deuxième ronde de la méthode Delphi pour recueillir leur avis.

Au total, 12 personnes y ont participé. Elles ont jugé la reformulation de l'indicateur 1.1 claire (niveau de consensus de 83,3 %) et constaté à l'unanimité la pertinence de l'ajout du préambule (retenu sans modifications) au cadre de référence (niveau de consensus de 100 %). La version définitive du cadre de référence, y compris le préambule, est présentée à l'annexe A.

Tableau 1

Validation des dimensions et des indicateurs du cadre de référence lors de la première ronde de la méthode Delphi (n = 17)

Dimensions et indicateurs de la compétence « coordonner les soins et services »	Consensus sur la pertinence des dimensions et des indicateurs dans une pratique idéale (%)	Consensus sur la clarté des dimensions et des indicateurs (%)
Dimension 1. Intervenir auprès de la personne et de ses proches tout au long du parcours de soins et en étroite collaboration avec l'équipe intra et interprofessionnelle	94,1	88,2
1.1. Identifie les personnes qui profiteraient le plus d'un programme de coordination des soins et des services	88,2	47,1
1.2. Évalue les besoins biopsychosociaux et les objectifs en partenariat avec la personne et ses proches d'une façon exhaustive	100	82,4
1.3. Développe, applique et ajuste un plan de soins et de services individualisé en partenariat avec la personne et ses proches	88,2	82,4
1.4. Établit une continuité relationnelle avec la personne et ses proches	88,2	94,1
1.5. Soutient l'activation et l'empowerment de la personne et ses proches en misant sur l'éducation, le soutien à l'autogestion et la participation tout au long du processus de soin	88,2	82,4
1.6. Planifie les soins de fin de vie au besoin en partenariat avec la personne et ses proches	82,4	88,2
Dimension 2. Établir et maintenir une continuité des soins et services entre la personne et les professionnels et les services de santé et sociaux	88,2	94,1
2.1. Organise et facilite les échanges autour des besoins et du suivi de la personne au sein de l'équipe intra et interprofessionnelle	100	94,1

2.2. Établit et renforce les liens et le partenariat entre la personne et l'équipe intra et interprofessionnelle et les ressources communautaires	82,4	88,2
2.3. Facilite la référence et la transition de la personne entre les services et les prestataires	94,1	82,4
2.4. Soutient la personne dans sa connaissance des ressources disponibles pour faciliter sa navigation au sein du système de santé et des services sociaux	88,2	82,4
Dimension 3. Exercer un leadership collaboratif au sein des équipes intra et interprofessionnelles du réseau de la santé et des services sociaux	94,1	88,2
3.1. Agit comme personne-ressource pour l'équipe intra et interprofessionnelle et comme personne-contact privilégiée	100	94,1
3.2. Clarifie les rôles et établit les responsabilités dans la mise en place d'une approche de soins et de services interprofessionnels	88,2	88,2
3.3. Maintient des liens professionnels basés sur la confiance, le respect et la collaboration intra et interprofessionnelle	94,1	94,1
Dimension 4. Communiquer efficacement avec la personne, ses proches et les équipes intra et interprofessionnelles	94,1	100
4.1. Maintient une communication transparente, continue, empathique et adaptée à la personne au sujet de sa santé, de ses objectifs et de ses besoins	94,1	94,1
4.2. Partage les informations pertinentes avec la personne et valide sa compréhension	88,2	94,1
4.3. Maintient une communication continue et transmet les informations pertinentes aux équipes intra et interprofessionnelles	100	94,1

Discussion

Cette étude visait à élaborer un cadre de référence structuré pour la compétence « coordonner les services et les soins pour les personnes ayant des besoins complexes », une compétence essentielle, mais encore peu explicitement formulée dans les référentiels actuels de la profession infirmière au Québec. Pour ce faire, nous avons adopté une approche participative organisationnelle qui nous a permis de coconstruire, en collaboration avec les parties prenantes, un cadre composé de 4 dimensions et de 16 indicateurs. La pertinence, la clarté et la complétude de ces éléments ont été validées par un panel de personnes expertes composé d'infirmières coordinatrices et d'infirmiers coordinateurs et de leurs gestionnaires de proximité.

Les résultats révèlent un consensus élevé sur la pertinence et la clarté des dimensions et des indicateurs proposés. Des taux supérieurs à 80 % dès la première ronde de la méthode Delphi témoignent de leur adéquation avec les réalités cliniques et de leur capacité à répondre aux attentes des professionnelles et professionnels en matière de coordination des soins. La reformulation d'un indicateur et l'ajout du préambule illustrent la capacité de la méthode Delphi à affiner les éléments du cadre selon les besoins exprimés par les personnes participantes (Fortin et Gagnon, 2015; Goodarzi et al., 2018).

À l'échelle internationale, les cadres de compétences infirmières varient considérablement. Une analyse comparative menée par Wit et al. (2023) sur les référentiels de cinq pays (Pays-Bas, Belgique, Royaume-Uni, Canada et États-Unis) révèle 10 domaines génériques, dont la planification des soins, la collaboration interprofessionnelle et le leadership. Toutefois, la coordination des soins n'est pas définie comme une compétence à part entière au sein de ces référentiels, sans compter que les descriptions des activités des infirmières et infirmiers par rapport aux autres professionnelles et professionnels sont souvent imprécises.

En clarifiant les rôles, les responsabilités et les attentes associées à cette compétence, le cadre permet de surmonter un obstacle majeur relevé tant au Québec qu'à l'international : le manque de clarté du rôle de coordination (Babau et al., 2023; Cowie et al., 2020; Dunbar et al., 2023). Ce flou s'accompagne souvent d'une méconnaissance des responsabilités des autres acteurs du réseau et d'une répartition ambiguë des activités, entravant la fluidité de la coordination interprofessionnelle (Cheraghi et al., 2023; Niesten et al., 2021).

Par ailleurs, les résultats de cette étude s'inscrivent dans la continuité des précédents travaux qui ont souligné l'importance de structurer la coordination des soins. En particulier, la revue systématique de Duan-Porter et al. (2022) souligne la variabilité des interventions de coordination des soins ainsi que leurs effets hétérogènes sur les résultats cliniques, notamment sur les hospitalisations et les visites à l'urgence. Cette variabilité dans les modèles utilisés, rappelle la nécessité d'un cadre structuré pour guider la mise en œuvre et l'évaluation des pratiques de coordination dans des contextes cliniques diversifiés.

Dans ce contexte, le cadre de référence élaboré dans cette étude propose une base commune de compréhension de la coordination des soins pour les personnes ayant des besoins complexes, applicable à l'ensemble des services de santé et des services sociaux québécois. Bien que certains de ses éléments soient déjà intégrés dans les référentiels de compétences existants et dans la pratique infirmière, leur articulation au sein d'un cadre centré sur la coordination des soins et des services permet une vision d'ensemble cohérente qui évite une représentation fragmentée de cette compétence.

Sur le plan pédagogique, le cadre peut servir de fondement pour structurer les activités de formation initiale et continue, en facilitant l'alignement des objectifs d'apprentissage sur les stratégies pédagogiques et les modalités d'évaluation (Biggs, 1996). Il mettrait davantage l'accent sur les principes

et les processus propres à la coordination, lesquels sont généralement abordés de façon transversale dans les cursus. Il représente ainsi un levier stratégique pour renforcer les compétences des infirmières et infirmiers dans un contexte de soins de plus en plus complexe appelé à être davantage intégré (Karam, Torabi, et al., 2025). Il pourrait soutenir l'harmonisation des pratiques de coordination des soins et des services et ainsi favoriser une offre plus équitable pour les personnes ayant des besoins complexes.

Enfin, ce cadre ouvre de nouvelles perspectives pour la recherche. En tant que référence structurée, c'est une base solide pour le développement d'outils d'évaluation ou de mesure des compétences en coordination, pour l'analyse des retombées des formations ou pour l'étude des effets de l'amélioration des pratiques de coordination sur la qualité des soins et sur l'expérience de la patiente ou du patient.

Forces et limites

Le recours à la RPO, par l'engagement actif des parties prenantes clés du réseau de la santé qu'elle favorise, y compris une représentante des personnes ayant des besoins complexes, constitue l'une des forces de cette étude. Cette approche a permis de coconstruire un cadre de référence pertinent, réaliste et ancré dans les réalités cliniques (Bush et al., 2017). La contribution d'un comité consultatif et d'un comité de personnes expertes multidisciplinaires de milieux variés (clinique, universitaire, gestion, patient partenaire) a enrichi la réflexion grâce à la complémentarité des perspectives, gage d'une bonne représentativité des besoins et des pratiques (Bush et al., 2017). De plus, l'utilisation de la méthode Delphi auprès d'infirmières coordonnatrices, d'infirmiers coordonnateurs et de gestionnaires, une méthode itérative reconnue pour favoriser un consensus fiable entre personnes expertes, a renforcé la validité et la pertinence du cadre (Niederberger et Spranger, 2020). Après un examen de la portée (Karam et al., 2021), une analyse rigoureuse de l'activité professionnelle, adaptée au contexte québécois, a permis d'étayer ce cadre et d'en renforcer la pertinence et l'applicabilité.

Cependant, certaines limites doivent être mentionnées. Le recrutement des personnes participantes s'est effectué principalement dans des milieux urbains du Québec, ce qui pourrait limiter la représentativité du cadre de référence dans les milieux ruraux ou éloignés. Certaines réalités particulières, comme celles des populations autochtones vivant dans le Nord québécois, n'ont pas été prises en compte dans cette étude. Ces milieux posent des défis particuliers en matière de coordination des soins, notamment en raison de l'accessibilité limitée aux services, des différences culturelles et des modèles distincts de soins communautaires. Une validation du cadre dans ces contextes s'impose pour en assurer la pertinence et l'applicabilité. Aussi, le cadre de référence n'a pas encore été testé dans des contextes de pratique clinique réelle. D'autres études devront examiner son incidence sur les pratiques et les résultats cliniques.

Conclusion

En clarifiant les dimensions et les indicateurs de la coordination des soins, ce cadre contribue à structurer une fonction encore peu définie dans la formation infirmière. Il offre un fondement solide pour harmoniser les pratiques et soutenir les transformations organisationnelles. D'autres études sont nécessaires pour évaluer sa mise en œuvre dans un contexte réel et ses répercussions sur la qualité des soins et l'expérience des patientes et patients.

Références

- Ahmed, M., Shafiq, A., Zahid, M., Dhawadi, S., Javaid, H., Rehman, M. E. U., Chachar, M. A. et Siddiqi, A. K. (2024). Clinical outcomes with nurse-coordinated multidisciplinary care in patients with heart failure: A systematic review and meta-analysis. *Current Problems in Cardiology*, 49(1), 102041. <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2023.102041>
- Albertson, E. M., Chuang, E., O'Masta, B., Miake-Lye, I., Haley, L. A. et Pourat, N. (2022). Systematic review of care coordination interventions linking health and social services for high-utilizing patient populations. *Population Health Management*, 25(1), 73–85. <https://doi.org/10.1089/pop.2021.0057>
- Allen, D. (2015). *The invisible work of nurses: Hospitals, organisation and healthcare*. Routledge.
- Anderson, A. et Hewner, S. (2021). Care coordination: A concept analysis. *AJN: The American Journal of Nursing*, 121(12), 30–38. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000803188.10432.e1>
- Association canadienne des infirmières en médecine familiale. (2019). *Compétences nationales des infirmières et infirmiers autorisés en soins primaires*. https://www.pcnc-iispc.ca/fr/files/ugd/99bd1f_c1ff9ee41e984ef09e4ff4b0b2360461.pdf
- Babau, É., Courie, D. et Goiset, L. (2023). *La coordination des acteurs dans le parcours de soins du patient* [mémoire de maîtrise, Université de Montpellier MOMA]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04221463v1>
- Beiderbeck, D., Frevel, N., von der Gracht, H. A., Schmidt, S. L. et Schweitzer, V. M. (2021). Preparing, conducting, and analyzing Delphi surveys: Cross-disciplinary practices, new directions, and advancements. *MethodsX*, 8, 101401. <https://doi.org/10.1016/j.mex.2021.101401>
- Biggs, J. (1996). Enhancing teaching through constructive alignment. *Higher Education*, 32(3), 347–364. <https://doi.org/10.1007/BF00138871>
- Boyer, L., Pepin, J., Dubois, S., Descôteaux, R., Robinette, L. et Déry, J. (2016). *Référentiel de compétences infirmières en milieu de soins québécois de l'enfant à l'adulte*. Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine. https://cesi.ciusssestmtl.gouv.qc.ca/sites/cesi/files/media/document/PDF_ReferentielCompetencesInfirmieresCESI.pdf
- Brahimi, C., Farley, C. et Joubert, P. (2011). *L'approche par compétences : un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1228_approchecompetences.pdf
- Brown, C. L. et Menec, V. (2018). Integrated care approaches used for transitions from hospital to community care: A scoping review. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 37(2), 145–170. <https://doi.org/10.1017/S0714980818000065>
- Bush, P. L., Pluye, P., Loignon, C., Granikov, V., Wright, M. T., Pelletier, J.-F., Bartlett-Esquilant, G., Macaulay, A. C., Haggerty, J., Parry, S. et Repchinsky, C. (2017). Organizational participatory research: A systematic mixed studies review exposing its extra benefits and the key factors associated with them. *Implementation Science*, 12(1), Article 119. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0648-y>

- Charette, M., Goudreau, J. et Alderson, M. (2014). Une analyse évolutionniste du concept de compétence. *Recherche en soins infirmiers*, 116(1), 28–39.
<https://doi.org/10.3917/rsi.116.0028>
- Cheraghi, R., Ebrahimi, H., Kheibar, N. et Sahebihagh, M. H. (2023). Reasons for resistance to change in nursing: An integrative review. *BMC Nursing*, 22(1), Article 310.
<https://doi.org/10.1186/s12912-023-01460-0>
- Couturier, Y., Lanoue, S., Karam, M., Guillette, M. et Hudon, C. (2023). 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>
- Cowie, J., Nicoll, A., Dimova, E. D., Campbell, P. et Duncan, E. A. (2020). The barriers and facilitators influencing the sustainability of hospital-based interventions: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 20(1), Article 588. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05434-9>
- Déry, J., d'Amour, D. et Roy, C. (2017). L'étendue optimale de la pratique infirmière. *Perspective infirmière*, 14(1), 51–55.
- Di Capua, P., Clarke, R., Tseng, C.-H., Wilhalme, H., Sednew, R., McDonald, K. M., Skootsky, S. A. et Wenger, N. (2017). The effect of implementing a care coordination program on team dynamics and the patient experience. *The American Journal of Managed Care*, 23(8), 494–500.
- Duan-Porter, W., Ullman, K., Majeski, B., Miake-Lye, I., Diem, S. et Wilt, T. J. (2022). Care coordination models and tools—systematic review and key informant interviews. *Journal of General Internal Medicine*, 37(6), 1367–1379. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07158-w>
- Dunbar, P., Keyes, L. M. et Browne, J. P. (2023). Determinants of regulatory compliance in health and social care services: A systematic review using the consolidated framework for implementation research. *PLoS ONE*, 18(4), e0278007. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278007>
- Durkin, J., Usher, K. et Jackson, D. (2019). Using consensus from experts to inform a shared understanding of subjective terms. *Nurse Researcher*, 27(2), 46–49.
<https://doi.org/10.7748/nr.2019.e1622>
- Evans, C., Abelson, J., Kates, N., Cavanagh, A. et Lavis, J. N. (2023). A multilevel framework for complex care: A critical interpretive synthesis. *Health & Social Care in the Community*, 2023, 4487200.
<https://doi.org/10.1155/2023/4487200>
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2015). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Chenelière Éducation. <https://doi.org/10.7202/1042088ar>
- Goodarzi, Z., Abbasi, E. et Farhadian, H. (2018). Achieving consensus deal with methodological issues in the Delphi technique. *International Journal of Agricultural Management and Development*, 8(2), 219–230.
- Hohmann, E., Beaufils, P., Beiderbeck, D., Chahla, J., Geeslin, A., Hasan, S., Humphrey-Murto, S., Hurley, E., LaPrade, R. F., Martetschläger, F., Matache, B., Moatshe, G., Monllau, J. C., Murray, I., Niederberger, M., Rüetschi, U., Shang, Z., Weber, S., Wong, I. et Perry, N. P. J. (2025). Guidelines for designing and conducting Delphi consensus studies: An expert consensus Delphi study. *Arthroscopy*, 41(10), 4208–4224. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2025.03.038>

- Hudon, C., Chouinard, M.-C., Dubois, M.-F., Roberge, P., Loignon, C., Tchouaket, É., Lambert, M., Hudon, É., Diadiou, F. et Bouliane, D. (2018). Case management in primary care for frequent users of health care services: A mixed methods study. *Annals of Family Medicine*, 16(3), 232–239. <https://doi.org/10.1370/afm.2233>
- 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>
- Karam, M., Torabi, P., Boubaker, A. et Brault, I. (2025). Les formations infirmières à la coordination des soins et des services : un examen de la portée. *Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière*, 11(1), Article 2. <https://doi.org/10.17483/4yyj9k81>
- Karam, M., Hudon, C., Chouinard, M.-C., Vermeulen, L. et Duhoux, A. (2025). Transitions of older adults between emergency departments and community care in Quebec: A case study. *Geriatric Nursing*, 66(B), Article 103611. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2025.103611>
- Lamb, G. et Newhouse, R. (2018). *Care coordination: A blueprint for action for RNs*. American Nurses Association.
- Leclerc, B.-S., Presse, N., Bolduc, A., Dutilleul, A., Couturier, Y. et Kergoat, M.-J. (2013). Interprofessional meetings in geriatric assessment units: A matter of care organization. *Journal of Interprofessional Care*, 27(6), 515–519. <https://doi.org/10.3109/13561820.2013.807778>
- Liebzeit, D., Rutkowski, R., Arbaje, A. I., Fields, B., et Werner, N. E. (2021). A scoping review of interventions for older adults transitioning from hospital to home. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(10), 2950–2962. <https://doi.org/10.1111/jgs.17323>
- Loiselle, C. G., Attieh, S., Cook, E., Tardif, L., Allard, M., Rousseau, C., Thomas, D., Saha-Chaudhuri, P. et Talbot, D. (2020). L’infirmière pivot associée à une expérience de soins oncologiques positive et à une satisfaction accrue des patients. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 30(1), 54–60. <https://doi.org/10.5737/236880763015460>
- Maier, C. B. et Aiken, L. H. (2016). Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: A cross-country comparative study. *European Journal of Public Health*, 26(6), 927–934. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw098>
- McDonald, K. M., Sundaram, V., Bravata, D. M., Lewis, R., Lin, N., Kraft, S. A., McKinnon, M., Paguntalan, H. et Owens, D. K. (2007). *Closing the quality gap: A critical analysis of quality improvement strategies (Vol. 7: Care Coordination)*. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2026, 25 juin). Gouvernance, qualification et intégration des équipes en milieu d’urgence : collaborateurs de l’équipe soignante de l’urgence. Gouvernement du Québec. <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-ressources-humaines/collaborateurs-equipe-soignante-urgence/>
- Misra, V., Sedig, K., Dixon, D. R. et Sibbald, S. L. (2020). Donner la priorité à la coordination des soins de santé primaires. *Canadian Family Physician*, 66(6), e165–e170.
- Mrayyan, M. T., Abunab, H. Y., Abu Khait, A., Rababa, M. J., Al-Rawashdeh, S., Algunmeeyn, A. et Abu Saraya, A. (2023). Competency in nursing practice: A concept analysis. *BMJ Open*, 13(6), e067352. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067352>

- Niederberger, M. et Spranger, J. (2020). Delphi technique in health sciences: A map. *Frontiers in Public Health*, 8, 457. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00457>
- Niesten, D., Gerritsen, A. E. et Leve, V. (2021). Barriers and facilitators to integrate oral health care for older adults in general (basic) care in East Netherlands. Part 2 functional integration. *Gerodontology*, 38(3), 289–299. <https://doi.org/10.1111/ger.12525>
- Parent, F. et Jouquan, J. (2023). Inscrire une formation dans le cadre de l'approche par compétences. Dans T. Pelaccia (dir.), *Comment mieux former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé ?* (2^e éd., p. 109–126). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.pelac.2023.01.0109>
- Parker, K. J., Mcdonagh, J., Ferguson, C. et Hickman, L. D. (2024). Clinical outcomes of nurse-coordinated interventions for frail older adults discharged from hospital: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 33(11), 4184–4206. <https://doi.org/10.1111/jocn.17345>
- Parker, S. et Fuller, J. (2016). Are nurses well placed as care co-ordinators in primary care and what is needed to develop their role: A rapid review? *Health & Social Care in the Community*, 24(2), 113–122. <https://doi.org/10.1111/hsc.12194>
- Poitras, M.-E., Chouinard, M.-C., Gallagher, F. et Fortin, M. (2018). Nursing activities for patients with chronic disease in primary care settings: A practice analysis. *Nursing Research*, 67(1), 35–42. <https://doi.org/10.1097/nnr.0000000000000253>
- Schoen, C., Osborn, R., Squires, D., Doty, M., Pierson, R. et Applebaum, S. (2011). New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. *Health Affairs*, 30(12), 2437–2448. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0923>
- Sekse, R. J. T., Hunskaar, I. et Ellingsen, S. (2018). The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), e21–e38. <https://doi.org/10.1111/jocn.13912>
- Sirotych, F., Adair, C. E., Durbin, J., Lin, E. et Canning, C. (2019). Key steps for a mental health and addictions performance measurement framework for Canada. *Healthcare Management Forum*, 32(2), 97–104. <https://doi.org/10.1177/0840470418812152>
- Smith, S. M., Wallace, E., O'Dowd, T. et Fortin, M. (2016). Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(3), CD006560. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006560.pub3>
- Stein, K. V. (2016). Developing a competent workforce for integrated health and social care: What does it take? *International Journal of Integrated Care*, 16(4), Article 9. <https://doi.org/10.5334/ijic.2533>
- Stokes, J., Panagioti, M., Alam, R., Checkland, K., Cheraghi-Sohi, S. et Bower, P. (2015). Effectiveness of case management for 'at risk' patients in primary care: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 10(7), e0132340. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0132340>
- Stringer, E. T. (2014). *Action research* (4^e éd.). SAGE Publications.
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences : documenter le parcours de développement*. Chenelière Éducation.

- Weeks, L. E., Macdonald, M., Martin-Misener, R., Helwig, M., Bishop, A., Iduye, D. F. et Moody, E. (2018). The impact of transitional care programs on health services utilization in community-dwelling older adults: A systematic review. *JBISRIR-2017-003486*. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003486>
- Wise, S., Duffield, C., Fry, M. et Roche, M. (2022). Nurses' role in accomplishing interprofessional coordination: Lessons in 'almost managing' an emergency department team. *Journal of Nursing Management*, 30(1), 198–204. <https://doi.org/10.1111/jonm.13464>
- Wensing, M., Wollersheim, H. et Grol, R. (2006). Organizational interventions to implement improvements in patient care: A structured review of reviews. *Implementation Science*, 1, Article 2. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-2>
- Wit, R. F., de Veer, A. J. E., Batenburg, R. S. et Francke, A. L. (2023). International comparison of professional competency frameworks for nurses: A document analysis. *BMC Nursing*, 22(1), Article 343. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01514-3>
- World Health Organization. (2017). *Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. <https://iris.who.int/handle/10665/258981>

Annexe A : Version finale du cadre de référence de la compétence « coordonner les soins et les services pour les personnes ayant des besoins complexes »

Préambule : Le présent document introduit le cadre de référence de la compétence « coordonner les soins et les services pour les personnes ayant des besoins complexes ». Certaines dimensions et certains indicateurs de cette compétence font partie intégrante des activités réalisées par l’infirmière clinicienne dans le cadre de sa pratique quotidienne et de l’application de son champ d’exercice. Ces dimensions et indicateurs sont intégrés dans le présent cadre de référence afin d’en proposer une vision globale et cohérente, évitant ainsi une représentation fragmentée de la compétence de coordination. Cette approche vise à refléter l’ampleur de l’engagement requis de la part des infirmières occupant des fonctions de coordination au sein du système de santé et des services sociaux.

Par ailleurs, il convient de souligner que les activités identifiées dans ce cadre, notamment celles en lien avec la continuité des soins et la communication, sont réalisées tant à l’intérieur des établissements qu’entre les différents établissements composant le Réseau de la santé et des services sociaux au Québec.

Elles sont mises en œuvre en partenariat avec la personne, ses proches et aidant informels, ainsi qu’en collaboration avec les membres des équipes intra et interprofessionnelles. Toutefois, afin d’alléger la lecture du document, cette notion de collaboration étroite n’est pas systématiquement reprise dans la description de chaque activité.

Le terme « personne » utilisé dans ce document inclut également ses proches et les aidants informels qui l’accompagnent.

Les besoins complexes résultent de l’interaction de multiples facteurs, tels que la coexistence de maladies chroniques, de limitations physiques, de troubles de santé mentale et de conditions socio-économiques précaires (Karam et al., 2021).

La coordination des soins désigne « l’organisation délibérée des activités de soins aux personnes entre deux ou plusieurs participants (y compris la personne) impliqués dans les soins d’une personne pour faciliter la prestation appropriée des services de santé » (McDonald et al., 2007).

Enfin, il est essentiel de garder à l’esprit que l’ensemble de ces activités est réalisé dans le respect des principes fondamentaux de la profession infirmière, notamment l’équité, la diversité et l’inclusion, ainsi que le respect de la vie privée et des normes éthiques professionnelles. Ci-dessous les dimensions et indicateurs qui nous permettent d’explicitier et d’évaluer le développement de cette compétence.

Dimension 1. Intervenir auprès de la personne et ses proches tout au long du parcours de soins et en étroite collaboration avec l'équipe intra et interprofessionnelle

Indicateurs					
Identifie les personnes qui doivent être incluses dans un programme de coordination des soins et des services	Évalue les besoins biopsychosociaux et les objectifs en partenariat avec la personne et ses proches d'une façon exhaustive	Développe, applique et ajuste un plan de soins et des services individualisé en partenariat avec la personne et ses proches	Établit une continuité relationnelle avec la personne et ses proches	Soutient l'activation et l'empowerment de la personne et ses proches en misant sur l'éducation, le soutien à l'autogestion et la participation tout au long du processus de soin	Planifie les soins de fin de vie au besoin en partenariat avec la personne et ses proches

Dimension 2. Établir et maintenir une continuité des soins et services entre la personne et les professionnels et les services de santé et sociaux

Indicateurs				
Organise et facilite les échanges autour des besoins et du suivi de la personne au sein de l'équipe intra et interprofessionnelle	Établit et renforce les liens et le partenariat entre la personne et l'équipe intra et interprofessionnelle et les ressources communautaires	Facilite la référence et la transition de la personne entre les services et prestataires	2.4 Soutient la personne dans sa connaissance des ressources disponibles pour faciliter sa navigation au sein du système de santé et des services sociaux	

Dimension 3. Exercer un leadership collaboratif au sein des équipes intra et interprofessionnelles du Réseau de la santé et des services sociaux

Indicateurs		
Agit comme personne-ressource pour l'équipe intra et interprofessionnelle et personne de contact privilégiée	Clarifie les rôles et établit les responsabilités dans la mise en place d'une approche de soins et services interprofessionnels	Maintient des liens professionnels basés sur la confiance, le respect et la collaboration intra et interprofessionnelle

Dimension 4. Communiquer efficacement avec la personne, ses proches et les équipes intra et interprofessionnelles

Indicateurs		
Maintient une communication transparente, continue, empathique et adaptée à la personne au sujet de sa santé, ses objectifs et ses besoins	Partage les informations pertinentes avec la personne et valide sa compréhension	Maintient une communication continue et transmet les informations pertinentes aux équipes intra et interprofessionnelles