

## L'infirmière gériatrique – Ses qualités, son rôle et ses fonctions

Claire Harrisson  
Courtière de connaissances  
Secteur gestion des connaissances

Mars 2011



## **RÉDACTION**

Claire Harrisson, courtière de connaissances, ASSS de la Montérégie

### **Citation suggérée :**

Harrisson, C. (2011), L'infirmière gériatrique – Ses qualités, son rôle et ses fonctions. Longueuil : Agence de santé et des services sociaux de la Montérégie, 13 pages.

Ce document est disponible en version électronique sur le portail extranet de l'Agence, <http://extranet.santemonteregie.qc.ca>, onglet Performance et innovation, sous Gestion des connaissances/Produits de courtage. Les opinions exprimées dans ce document n'engagent que ses auteurs, et non l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Ce document peut être reproduit pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à condition d'en mentionner la source.

## L'INFIRMIÈRE GÉRIATRIQUE - SES QUALITÉS, SON RÔLE ET SES FONCTIONS

### Messages clés

1. L'évaluation gériatrique systémique est primordiale dans l'approche gériatrique.
2. L'infirmière clinicienne spécialisée semble être l'experte clinique privilégiée pour cette fonction.
3. L'infirmière clinicienne spécialisée doit détenir un diplôme de deuxième cycle.
4. Une certification en gérontologie s'avère un atout.
5. Il existe deux moyens d'évaluation : les outils formels et les signes vitaux gériatriques qui guident les éléments à évaluer.
6. L'horaire de travail privilégié apparaît comme celui des heures d'affaires soit, du lundi au vendredi de 8h00 à 16h00.
7. Ses partenaires, intervenants multidisciplinaires œuvrent à l'urgence ou au sein d'une équipe de consultation gériatrique.
8. Parmi les facteurs facilitant, la formation du personnel sur la gériatrie s'avère incontournable.
9. L'approche gériatrique doit être partagée par tout le personnel.
10. L'infirmière gériatrique doit posséder des qualités personnelles tant la polyvalence et des habiletés de communication.

L'importance du rôle de l'infirmière dans l'évaluation gériatrique compréhensive de la personne est bien documentée. Cette évaluation gériatrique systémique peut se définir de la manière suivante :

Un processus diagnostique interdisciplinaire à multiples facettes qui vise l'identification des besoins spécifiques de la personne âgée. Cette évaluation systémique comprend les dimensions biologiques, psychologiques, cognitives et sociales. Elle permet l'élaboration d'un plan de traitement visant le maintien de la capacité fonctionnelle de la personne âgée fragile. Ce plan de traitement se veut intégré et coordonné pour le traitement et le suivi à long terme.<sup>1,2</sup> Il s'agit de la pierre angulaire des soins gériatriques<sup>3</sup> ou le cadre structural des soins gériatriques.<sup>1</sup>

Ses intentions sont de deux ordres, soit une intention fonctionnelle basée sur une restauration optimale de l'autonomie pour réduire les conséquences des problèmes de santé dans la vie quotidienne et une intention préventive favorisant une intervention précoce afin de retarder les problèmes fonctionnels et l'hébergement institutionnel conséquent.

Les bénéfices associés à cette approche sont nombreux et ont été relevés à maintes reprises. Les voici :

- Réduction des risques de déclin fonctionnel<sup>3-5 6</sup>
- Réduction des visites à l'urgence<sup>6</sup>
- Optimisation de l'efficacité des soins et services dispensés
- Planification proactive des congés<sup>6</sup>
- Réduction de la durée moyenne de séjour (DMS)<sup>6</sup>
- Réduction des admissions en hébergement<sup>6,7</sup>
- Augmentation des références aux services communautaires<sup>6</sup>
- Augmentation de la satisfaction des usagers et du personnel<sup>6</sup>

Les multiples facettes de cette évaluation systémique sont également bien connues :<sup>7</sup>

- Les habiletés fonctionnelles
- Les besoins en aides techniques
- Le besoin de recourir aux aidants
- Les médicaments consommés
- La nutrition
- Des mesures préventives
- La cognition
- Les affects
- L'abus de substance
- L'équilibre et l'histoire de chutes
- Les habiletés sensorielles
- Les capacités physiques
- Les souhaits et satisfaction
- Domicile

Le tableau suivant présente les qualités de cette infirmière, son rôle et ses fonctions en relation avec l'évaluation gériatrique compréhensive ou systémique.

Infirmière gériatrique	Données probantes	Commentaires
<p><b>Qualités, rôles et fonctions</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Titres fréquents <ul style="list-style-type: none"> <li>– Infirmière clinicienne spécialisée en gériatrie ou en gériatrie <sup>8,9</sup></li> <li>– Infirmière de liaison en gériatrie <sup>1</sup></li> </ul> </li> <li>▪ Connaissances <ul style="list-style-type: none"> <li>– Processus de vieillissement et de ses effets sur la santé et la maladie lui permettant l'identification des facteurs de risque afin d'intervenir de manière proactive <sup>1,10</sup></li> <li>– Connaissance des soins palliatifs et, des directives avancées de soins <sup>1,3</sup></li> <li>– Connaissance des ressources à l'interne et des ressources externes du système de soins <sup>10</sup></li> <li>– Connaissance de la recherche et utilisation des données probantes <sup>1,10</sup></li> </ul> </li> <li>▪ Habiletés cliniques <ul style="list-style-type: none"> <li>– Identification des personnes âgées à haut risque <sup>5,6,11 12</sup></li> <li>– Évaluation avancée afin de consolider les connaissances <sup>1</sup></li> <li>– Interventions de soins complexes avec le patient et sa famille <sup>1</sup></li> <li>– Développement de standards de soins et de protocoles en soins infirmiers afin de permettre l'avancement de la pratique <sup>3,10,13</sup></li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une revue systématique récente rapporte : <sup>6</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les interventions d'évaluation comprenant une planification du congé et, les demandes de consultations sont les plus communes</li> <li>– L'efficacité de ces interventions est bien démontrée</li> <li>– Une ambiguïté existe dans la littérature quant aux caractéristiques de l'infirmière effectuant ces interventions</li> <li>– La complexité de ces évaluations gériatriques en soins infirmiers amène une difficulté à effectuer des études de types "Essai randomisé contrôlé" (ERC).</li> </ul> </li> <li>▪ Recommandations tirées des écrits pour diminuer l'utilisation de l'urgence <ul style="list-style-type: none"> <li>– Augmenter l'intégration des soins de première ligne</li> <li>– Cibler les patients à haut risque</li> <li>– Uniformiser les indicateurs qui définissent un retour précoce à l'urgence - 30 jours ou 2 mois. <sup>5</sup></li> </ul> </li> <li>▪ Le projet OPTIMAH - <b>OPTIM</b>isation des soins aux personnes <b>Â</b>gées à l'<b>H</b>ôpital du CHUM <sup>2,13</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Projet dirigé par une infirmière clinicienne spécialisée – conseillère en soins infirmiers spécialisés en gériatrie</li> </ul> </li> </ul>

Infirmière gériatrique	Données probantes	Commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacités d'écrire des ordonnances cliniques comme le retrait d'une sonde vésicale ou changer le niveau d'activités <sup>10</sup></li> <li>▪ Leader / modèle de rôle <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enseignement aux infirmières quant au développement des connaissances sur les syndromes gériatriques <sup>1,9,12,14</sup></li> <li>- Consultante clinique / rôle conseil dans des situations complexes – identification des facteurs de risques ou de ses déclencheurs <sup>1</sup></li> <li>- Soutien pour la planification du congé lorsque c'est nécessaire incluant les demandes de consultations et les services d'aide à domicile <sup>1,9</sup></li> <li>- Effectue la planification du congé <sup>7</sup></li> <li>- Effectue un suivi après le départ <sup>7,12</sup></li> <li>- Soutien au personnel de l'urgence <sup>1</sup></li> <li>- Soutien au personnel des unités de soins <sup>1</sup></li> <li>- Élaboration d'un plan de traitement <sup>1</sup></li> <li>- Promotion de la dignité dans les soins <sup>3</sup></li> <li>- Avocate pour les personnes âgées vulnérables <sup>3</sup></li> <li>- Personne ressource pour les autres professionnels</li> <li>- Personne ressource pour les membres de l'équipe de gériatrie</li> <li>- Promotion de l'approche gériatrique auprès de tout le personnel <sup>10</sup></li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rôle primordial des infirmières étant donné la place prépondérante qu'elles occupent durant l'hospitalisation</li> </ul>

Infirmière gériatrique	Données probantes	Commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Coordination / Liaison               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultations avec d'autres services professionnels (physio, ergo, orthophoniste)<sup>10</sup></li> <li>- Facilitateur pour la collaboration interdisciplinaire<sup>3,10</sup></li> <li>- Facilitateur pour l'accès rapide à des services gériatriques à l'interne ou à l'externe<sup>12</sup></li> <li>- Liaison entre l'urgence, les unités de soins et les ressources communautaires<sup>7,12</sup></li> </ul> </li> </ul>	
<b>Outils utilisés *</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Instruments d'évaluation               <ul style="list-style-type: none"> <li>- HARP - Profil de risque déterminé à l'admission<sup>15</sup></li> <li>- SHERPA – Score Hospitalier d'Évaluation du Risque de Perte d'Autonomie<sup>16</sup></li> <li>- SEISAR – Évaluation et Intervention Standardisées des Aînés à Risque<sup>17,18</sup></li> <li>- SMAF – Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle<sup>18</sup></li> </ul> </li> <li>■ Signes vitaux gériatriques               <ul style="list-style-type: none"> <li>- AINÉES<sup>2,19</sup></li> <li>- SPICES<sup>8,19</sup></li> </ul> </li> <li>■ Autres suggestions d'outils d'évaluation reliés à des problèmes gériatriques spécifiques<sup>20</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Liste regroupant une variété d'outils utilisés et leurs descriptions<sup>21</sup></li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fiches cliniques mises en ligne par le MSSS – Approche AINÉES<sup>13</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autonomie – Déclin fonctionnel dans les AVQ</li> <li>- Autonomie – Syndrome d'immobilisation</li> <li>- Intégrité de la peau – Plaie de pression</li> <li>- Nutrition – Dénutrition</li> </ul> </li> </ul>

\* La description détaillée des outils se retrouvent dans la recension "Outils de repérage et d'évaluation de la vulnérabilité chez les personnes âgées : tableaux comparatifs" – C. Harrisson version du 18 février 2011.

Infirmière gériatrique	Données probantes	Commentaires
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nutrition – Déshydratation</li> <li>- Élimination – Constipation et fécalome</li> <li>- Élimination – Incontinence urinaire</li> <li>- État cognitif- Agitation dans les démences</li> <li>- Sommeil – Insomnie</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aide- mémoire mis en ligne par le MSSS- Approche AINÉES</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interventions systématiques en salle d’urgence pour toute la clientèle âgée <sup>22</sup></li> </ul>
<b>Horaire de travail</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Scénario 1 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lundi au vendredi <sup>1,2,20,23,24</sup></li> <li>- Heures : 8 h – 16 h <sup>20,23,24</sup></li> </ul> </li> <li>■ Scénario 2 <sup>25</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 8h00 – 20h00</li> </ul> </li> <li>■ Scénario 3 <sup>14</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lundi au vendredi : 8 h – 16 h</li> <li>- Service de soirée ou de fin de semaine</li> <li>- En dehors des heures : dans les 24 heures suivant le congé</li> <li>- Service 24/7 : objectif à atteindre</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le succès d’un projet Ontarien <sup>†</sup> - une infirmière clinicienne spécialisée en gériatrie à l’urgence (période de 6 mois en 1996) <sup>12</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une augmentation des références passant de 13 en douze mois à 185 en 6 mois</li> <li>- Identification efficace des usagers à haut risque</li> <li>- Une diminution des admissions</li> <li>- Identification des pratiques contribuant au déclin fonctionnel</li> <li>- Identification des besoins de formation du personnel de l’urgence : Syndromes gériatriques et services disponibles</li> </ul> </li> <li>■ Les recommandations <sup>12</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmenter la présence de l’infirmière clinicienne spécialisée à chaque quart de travail</li> <li>- Ajout d’une infirmière pour la formation du personnel</li> </ul> </li> </ul>

<sup>†</sup> Ces résultats se réfèrent au scénario 3.



Infirmière gériatrique	Données probantes	Commentaires
		<ul style="list-style-type: none"> <li>En 2009, au total 80 infirmières cliniciennes spécialisées en gériatrie à l'urgence dans la province<sup>14</sup></li> </ul>
<b>Formation/expérience</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formation académique<sup>1,12</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>Infirmière diplômée</li> <li>Niveau maîtrise</li> <li>Certification en soins infirmiers gériatriques (souhaitable)<sup>† 26</sup></li> </ul> </li> <li>Expérience<sup>1,12</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>En soins gériatriques</li> <li>Reconnue comme une experte</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Partenaires<sup>§</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Milieu urbain <ul style="list-style-type: none"> <li>Équipe de gériatrie basée à l'urgence<sup>3,27,28</sup></li> <li>Équipe de consultation gériatrique<sup>1,9</sup></li> <li>Infirmières ressources<sup>8,27</sup></li> <li>Infirmière en suivi systématique de clientèle âgée<sup>2</sup></li> <li>Infirmières - chargés de projet OPTIMAH<sup>2</sup></li> <li>Infirmières cliniciennes spécialisées - oncologie, psychiatrie<sup>1</sup></li> <li>Infirmières de l'urgence</li> <li>Médecin de l'urgence</li> <li>Partenaires du réseau – ressources communautaires</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le nombre de consultations en gériatrie augmente avec la présence d'une infirmière clinicienne spécialisée<sup>1 12</sup></li> <li>CHUM – Approche AINÉES du groupe OPTIMAH<sup>2</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>Six infirmières en suivi systématique de clientèle âgée</li> <li>Une infirmière en suivi systématique de personnes âgées est présente à l'urgence de l'hôpital Notre-Dame 5 jours/semaine</li> <li>Deux chargés de projet – définition et implantation des interventions pour la clientèle âgée</li> </ul> </li> </ul>

† La certification canadienne est un titre obtenu volontairement qui amène une reconnaissance des compétences basée sur des exigences précises sur la pratique, l'apprentissage continu et des tests fondés sur des examens. Ce titre est renouvelable aux 5 ans.

§ Une recension des écrits sera faite spécifiquement à la composition des équipes de gériatrie

Infirmière gériatrique	Données probantes	Commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Milieu rural <sup>27</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>– L’infirmière clinicienne spécialisée est parfois remplacée par une infirmière-ressource en gériatrie</li> <li>– Réseau d’infirmières ressources en gériatrie (Ontario)</li> <li>– Infirmières de l’urgence</li> <li>– Physiothérapie sur consultation</li> <li>– Ergothérapie sur consultation</li> <li>– Médecin de la communauté</li> <li>– Médecin de l’urgence</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L’infirmière ressource <ul style="list-style-type: none"> <li>– Intérêt et connaissances dans les soins aux personnes âgées vulnérables <sup>8,27</sup></li> <li>– Se réfère à l’infirmière clinicienne spécialisée lorsque c’est possible <sup>8</sup></li> <li>– Habiletés pour l’identification et les soins aux personnes âgées à risque de déclin fonctionnel durant l’hospitalisation <sup>8,27</sup></li> <li>– Modèle de rôle pour ses pairs <sup>8,27</sup></li> <li>– Lien essentiel entre les infirmières en soins primaires et l’infirmière clinicienne spécialisée <sup>8</sup></li> <li>– Coordination des soins et services requis <sup>27</sup></li> <li>– Facilitateur pour la collaboration multidisciplinaire et interdisciplinaire <sup>3,10</sup></li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>Nous sommes tous des anges avec une seule aile, ce n'est que lorsque nous nous aidons les uns les autres, que nous pouvons voler !</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Florence Nightingale</i></p>
<b>Facteurs facilitant</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Communication interprofessionnelle efficace <sup>1</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Réunion d’équipe quotidienne pour la revue des cas complexes</li> <li>– Réunion hebdomadaire – revue des patients</li> </ul> </li> <li>▪ Plan de développement <ul style="list-style-type: none"> <li>– Priorités : connaître ses forces et ses faiblesses <sup>2,28,29</sup></li> <li>– Formation du personnel <sup>2,12,14</sup></li> <li>– Chargés de projets <sup>2</sup></li> <li>– Implication de tout le personnel <sup>1,2, 14,19</sup></li> </ul> </li> </ul>	

Infirmière gériatrique	Données probantes	Commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Environnement               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Aménagement favorisant le maintien de l'autonomie fonctionnelle <sup>2,13,29</sup></li> </ul> </li> </ul>	
<b>Ressources</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Il existe plusieurs ressources de formation</li> <li>▪ Il existe des groupes d'intérêt et il est recommandé d'encourager le partage d'information entre les infirmières ayant un intérêt en gériatrie <sup>26,30,31</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Liens vers quelques ressources de formation               <ul style="list-style-type: none"> <li>– <a href="http://www.geronurseonline.org">www.geronurseonline.org</a></li> <li>– National Institute on Aging : <a href="http://www.nia.nih.gov">www.nia.nih.gov</a></li> <li>– Emergency Nurses Association of Ontario (EANO) : <a href="http://www.ena.on.ca">www.ena.on.ca</a></li> <li>– American Association of College of Nursing: <a href="http://www.aacn.nche.edu/education/Hartford/resources.htm">www.aacn.nche.edu/education/Hartford/resources.htm</a></li> <li>– Gerontological Advance Practice Nurse SIG: <a href="http://www.ngna.org/committees/gerontological-adv-practice-nurse-sig.html">www.ngna.org/committees/gerontological-adv-practice-nurse-sig.html</a></li> <li>– Carte interactive – Regional Geriatric Program of Toronto (RGP) : <a href="http://rgp.toronto.on.ca/gem">http://rgp.toronto.on.ca/gem</a></li> <li>– Association des infirmières et infirmiers du Canada : <a href="http://www.cna-aiic.ca/CNA/nursing/certification/default_f.aspx">www.cna-aiic.ca/CNA/nursing/certification/default_f.aspx</a></li> <li>– Association québécoise des infirmiers et infirmières en gérontologie : <a href="http://www.aqiig.org">www.aqiig.org</a></li> <li>– Gerontological Advance Practice Nurse SIG : <a href="http://www.ngna.org/committees/gerontological-adv-practice-nurse-sig.html">www.ngna.org/committees/gerontological-adv-practice-nurse-sig.html</a></li> </ul> </li> </ul>

## Références bibliographiques

1. Harvey P, Wilson D. The role of the specialist nurse in an acute assessment and liaison service. *Nursing older people*. 2009;21(10):24-28.
2. Groupe OPTIMAH, CHUM. 2011. *Adapter les soins hospitaliers à la clientèle âgée: l'expérience OPTIMAH du CHUM*. Montréal.
3. Ellis G, Langhorne, P. Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients. *British Medical Bulletin*. 2005;71:45-59.
4. McCusker J, Dendukuri N, Tousignant P, Verdon J, Poulin de Courval L, Belzile E. Rapid two-stage emergency department intervention for seniors: impact on continuity of care. *Acad Emerg Med*. 2003;10(3):233-243.
5. McCusker J, Verdon J. Do geriatric interventions reduce emergency department visits? A systematic review. *Journal of Gerontology : medical sciences*. 2006;61A(1):53-62.
6. Fealy G, McCaron M, O'Neil D, et al. Effectiveness of gerontologically informed nursing assessment and referral interventions for older persons attending the emergency department: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2009(Janvier):934-945.
7. Mion LC, Palmer RM, Meldon SW, et al. Case findings and referral model for emergency department elders: a randomized clinical trial. *Annals of emergency medicine*. 2003;41(1):57-68.
8. Inouye SI, Acampora D, Miller RL, Fulmer T, Hurst MS, Cooney LM. The Yale Geriatric Care Program: A Model of Care To Prevent Functional Decline in Hospitalized Elderly Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1993;41:1345-1352.
9. Hastings SN, Heflin MT. A systematic review of interventions to improve outcomes for elders discharged from the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2005;12(10):978-986.
10. Benedict L, Holder C. Clinical nurse specialist practice within the acute care for elders interdisciplinary team model. *Clinical Nurse Specialist*. 2006;20(6):248-251.
11. Aminzadeh F, Byszewski A, Dalziel WB. Comprehensive geriatric assessment. *Journal of Gerontological Nursing*. 2002;28(6-13).
12. Ministry of Health & Long term Care, Ontario. Geriatric emergency management: Providing quality geriatric patient care in the emergency department 2000.
13. MSSS. Cadre de référence sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier - Fiches cliniques Ministère de la santé et des services sociaux du Québec; 2011.
14. Regional Geriatric Program of Toronto, Ontario. A collaborative model for service delivery in the Emergency Department: RGP; 2009:1-8.
15. Sager MA, Rudberg MA, Jalluddin M, et al. Hospital admission risk profile (HARP): Identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness and hospitalization. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1996;44:251-257.
16. Cornette P, Swine C, Malhomme B, Gillet JB, Meert P, D'Hoore W. Early evaluation of the risk of functional decline following hospitalization of older patients: development of a predictive tool. *European Journal of Public Health*. 2005;16(2):203-208.
17. Verdon J, McCusker J. Approche intégrée en deux étapes auprès des aînés au département d'urgence: Dépistage, évaluation et intervention. Montréal 2009.

18. Hébert R, Desrosiers J, Dubuc N, Tousignant M, Guilbeault J, Pinsonnault E. Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). *La Revue de Gériatrie*. 2003;28(4):323-336.
19. Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, eds. *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier* 2010.
20. Basic D, Conforti DA. A prospective, randomised controlled trial of an aged care nurse intervention within the emergency department. *Australian Health Review*. 2005;29(1):51-59.
21. Ryan D, Kirst J. References to some of the evidence bearing on the assessment tools in use across RGP specialized geriatric services teams in Ontario: RGP of Ontario; 2005:14.
22. Institut universitaire de gériatrie de Montréal, CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Interventions systématiques en salle d'urgence pour toute la clientèle âgée : aide-mémoire: MSSS; 2011.
23. Hegney D, Buikstra E, Chamberlain C, et al. Nurse discharge planning in the emergency department: a Toowoomba, Australia, study. *Journal of Clinical Nursing*. 2006;15:1033-1044.
24. Basic D, Conforti D, Rowland J. Standardised assessment of older patients by a nurse in an emergency department. *Australian Health Review*. 2002;25(4):50-58.
25. Caplan GA, Williams AJ, Daly BD, Abraham K. A randomized controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department-the DEED II study. *J Am geriatr soc*. 2004;52:1417-1423.
26. AIIC. La profession infirmière au Canada: Certification de l'AIIC. 2011. Accessed 14 mars, 2011.
27. Parsons E. Geriatric Emergency Management. *5th Annual geriatric emergency management conference* 2009.
28. MSSS. Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Diagnostic organisationnel: Première étape d'une démarche de transformation. : Ministère de la santé et des services sociaux du Québec; 2011.
29. Wong K, Whitehead G, Liu B, Regional geriatric program of Toronto. A summary of senior friendly care in Toronto central LHIN hospitals 2010.
30. Stierie L, Mezey M, Schumann MJ, et al. Professional development: The nurse competence in aging initiative: Encouraging expertise in the care of older adults. *Nursing Center*. 2006;106(9):93-96.
31. McCusker J, Jacobs P, Dendukuri N, Latimer E, Tousignant P, Verdon J. Cost-effective of a brief two-stages emergency department intervention for high-risk elders: results of a quasi-randomized controlled trial. *Annals of emergency medicine*. 2003;41(1):45-56.