

Les familles et leur patient « Alzheimer » ou « Spécificités du vécu des familles et du patient Alzheimer et implications par rapport aux soins infirmiers »

S. DE BREUCKER

Points essentiels

- La maladie d'Alzheimer est la démence la plus fréquemment diagnostiquée. Elle est connue dans la société comme une maladie d'évolution lente et inexorable, qui se manifeste à la fois par une altération des fonctions cognitives et par des troubles psychocomportementaux.
- La prise en charge de l'Alzheimer doit débiter par une annonce au patient et à sa famille.
- La maladie a des effets physiques et psychiques sur l'aidant, qui souffre plus souvent d'anxiété, de dépression, d'éthylisme, et présente un risque accru de mortalité.
- Le soutien aux aidants consiste à assurer une éducation sur la maladie : une étude a démontré que la formation adéquate des aidants principaux permet de retarder l'institutionnalisation de près de 300 jours, mais aussi de diminuer le risque de dépression chez l'aidant.
- Le traitement consiste donc en une approche globale où médicaments et approche non-pharmacologique doivent coexister.

L'admission aux urgences se justifie plus par l'incapacité structurelle ou humaine à gérer le patient que par la pathologie elle-même : le service des urgences devient le seul échappatoire à des situations de « rupture » au domicile, alors que le motif d'admission le plus fréquent est somatique. L'état confusionnel aigu est d'ailleurs

Correspondance : Dr Sandra De Breucker – Hôpital Erasme – ULB, service de gériatrie – 808, Route de Lennik – 1070 Bruxelles. Tél. : 00 32 2 555 49 14. Fax : 00 32 2 555 48 27.
E-mail : Sandra.De.Breucker@erasme.ulb.ac.be

de loin le symptôme le plus fréquent. Il constitue un facteur prédictif péjoratif de l'évolution de l'autonomie.

Il est dès lors essentiel de recourir à un dépistage systématique de la confusion par un outil simple et fiable appelé CAM (Confusion Assessment Method).

La nécessité pour le personnel des urgences de connaître les origines de la maladie, sa progression, ses symptômes doit s'illustrer dans leur capacité à communiquer et à traiter efficacement les patients déments.

Le séjour de ces patients en salle d'urgence peut se prolonger par le manque de disponibilité des lits d'aval et par le manque de compétence gérontologique de l'unité d'accueil, le temps passé par les équipes d'urgence à chercher des places d'hospitalisation est autant de temps perdu à soigner les malades.

1. Introduction

En France, comme à peu près partout ailleurs en Europe et dans le monde, la maladie d'Alzheimer affecte une proportion importante de la population. Ceci ne fera que croître encore dans les années futures, car, chacun le sait, notre population vieillit et l'espérance de vie augmente en parallèle.

On estime aujourd'hui le nombre de cas en France à un million de personnes, dont la plupart sont des femmes. Environ 225 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année (1).

La maladie d'Alzheimer est donc une maladie fréquente et dont l'impact sur le plan psycho-socio-familial ne doit pas être négligé. Elle véhicule dans la société l'image très négative d'une maladie d'évolution lente, inexorable, qui fait non seulement perdre l'intégrité physique, mais surtout intellectuelle.

Voilà pourquoi l'accueil du patient Alzheimer et de sa famille aux urgences nécessite une attention particulière : en tant que soignant, la prise en charge de ces patients doit comprendre les soins de base, mais aussi une écoute aux familles et un professionnalisme qui impliquent une bonne connaissance de cette maladie.

2. La maladie d'Alzheimer

Il s'agit de la démence la plus fréquemment diagnostiquée (70 %). C'est une affection neurodégénérative, qui se manifeste à la fois par une altération des fonctions cognitives et par des troubles psychocomportementaux. Elle est due à la perte anormale des neurones impliqués dans la mémoire antérograde, par accumulation de substance bêta-amyloïde ou par dégénérescence des neurofibrilles neuronales (accumulation de protéine tau). Son évolution est lente et insidieuse. Elle débute en général par une perte de la mémoire immédiate ou des faits récents (le patient ne se souvient plus du livre qu'il a lu, qui vient de téléphoner, ce qu'il a

mangé,...), ce qui peut engendrer des difficultés dans la vie quotidienne (le patient peut oublier de manger, de payer ses factures, de prendre ses médicaments,...).

Ensuite, des problèmes d'orientation spatio-temporelle apparaissent : le patient a des difficultés à gérer ses rendez-vous, perd ses repères, par exemple pour trouver son chemin en rue. Il peut présenter des erreurs de jugement (il s'habille avec des vêtements d'hiver en été, paye son pain avec un billet de 500 euros, met ses lunettes dans le frigo,...), des problèmes de pensée abstraite (difficultés de calcul, pour jouer aux cartes, pour lire l'heure,...). Des problèmes de langage peuvent survenir, parfois précocement (oubli des mots simples, perte de la compréhension du sens des phrases ou de certains mots). Mais ce qui aggrave les troubles cognitifs et induit un épuisement de l'aidant, ce sont les troubles du comportement pouvant se manifester comme une perte de l'esprit d'entreprise (appelée aussi apathie, c'est à dire un manque d'initiative pour effectuer les tâches quotidiennes,...), ou des changements de personnalité (irritabilité, idées paranoïdes, délire de persécution), des changements de l'humeur et du comportement (anxiété, dépression, agressivité, troubles de l'appétit, errance, etc.). En fin d'évolution, des signes neurologiques se développent : pertes d'équilibre, troubles de la marche, risque accru de chutes.

Le diagnostic de la maladie repose sur plusieurs critères (2). Tout d'abord, l'anamnèse du patient et de sa famille (cf. ci-dessus), les antécédents personnels et familiaux. Les tests biologiques doivent se limiter à certains tests pouvant être utiles pour exclure les affections qui peuvent interférer avec les compétences cognitives du patient : carence en vitamine B9 (acide folique), B12, hypo/hyperthyroïdie, hypo/hypercalcémie, hypo/hyperglycémie, examen hématologique, insuffisances rénale et hépatique. Les tests sérologiques de la syphilis, la borréliose et l'HIV doivent être envisagés chez patients à risque ou présentant une clinique suggestive.

L'évaluation des fonctions cognitives se fait en 2 temps : d'abord, on effectue le dépistage par un test validé : par exemple, le score Mini Mental State Examination (MMSE) : un score en dessous de 24/30 signe la présence de troubles cognitifs ; les tâches évaluant l'orientation, la mémoire immédiate sont celles qui sont précocement atteintes dans l'Alzheimer. Ensuite pour ceux dont le dépistage met en évidence des troubles cognitifs, l'évaluation approfondie par un neuro-psychologue peut mettre en évidence des déficits cognitifs multiples et déterminer quelle forme de la maladie le patient présente.

L'imagerie anatomique du cerveau (CT scanner, imagerie par résonnance magnétique) vient compléter la mise au point. Elle permet d'exclure les causes potentiellement traitables (tumeurs cérébrales), de mettre en évidence des causes associées (lésions vasculaires). Elle donne également des informations anatomiques essentielles au diagnostic de la maladie d'Alzheimer telle l'atrophie de l'hippocampe. L'imagerie fonctionnelle (Pet Scan FDG, SPECT) peut donner un aperçu de la consommation de marqueurs isotopiques qui fait défaut dans des

zones précises du cerveau de ces patients : régions temporales et pariétales, cortex cingulaire postérieur, précunéus. Elle permet de faire le diagnostic différentiel avec les autres démences en cas de présentation atypique.

Enfin, la ponction lombaire est un outil complémentaire qui permet de confirmer le diagnostic en cas de présentation atypique : un taux abaissé de β -amyloïde 42 et un taux élevé de protéine Tau sont fréquemment retrouvés.

La prise en charge de l'Alzheimer doit débiter par une annonce au patient et à sa famille. Le diagnostic peut prendre du temps, ainsi il est important de tenir compte de l'anxiété de l'attente mais aussi de l'anxiété liée à l'annonce pour juger du bon moment. La grande majorité des patients présentant une démence débutante et 75 % des aidants souhaitent que les proches soient informés du diagnostic, cela permet alors au patient d'asseoir son autonomie de décision. Plusieurs informations claires doivent être données au moment de l'annonce, sur la maladie, son évolution attendue, ses comorbidités, la nécessité de mettre en place des aides telles une assistance sociale, une réhabilitation cognitive, de la kinésithérapie, de la logopédie, etc. Il est important d'aborder les sujets médico-légaux comme la conduite automobile, la nécessité de mettre en place un gestionnaire de biens. Le soutien aux aidants consiste à assurer une éducation sur la maladie, que ce soit pour les bases ou par un vrai cours appelé « psychoéducation ». Une étude a démontré que la formation adéquate des aidants principaux permet de retarder l'institutionnalisation de près de 300 jours (3), mais aussi de diminuer le risque de dépression chez l'aidant (4). Une étude réalisée aux États-Unis a mis en évidence une diminution significative du nombre d'hospitalisations, de la durée de séjour des patients déments lorsqu'une structure d'aide formelle était mise en place pour assister les aidants à la prise en charge quotidienne de leur proche (5).

Le traitement consiste donc en une approche globale où médicaments et approche non-pharmacologique doivent coexister. Actuellement, 2 grandes classes de médicaments sont disponibles : les inhibiteurs des cholinestérases ou IACHÉ (donépézil, rivastigmine, galantamine) et les antagonistes des récepteurs de la NMDA (mémantine). Quoique ces médicaments n'aient qu'un effet mineur sur l'évolution (ralentissement de la maladie de quelques mois et préservation de l'autonomie au stade léger à modéré (6), amélioration des troubles psycho-comportementaux comme la psychose et l'apathie), les IACHÉ sont actuellement recommandés dans les formes légères à modérées de la maladie. Une étude réalisée en France a montré que les patients traités par IACHÉ entrent plus tardivement en institution de soins que les patients non traités (7). La mémantine quant à elle a un effet protecteur de la mémoire plus marqué dans les stades modérés à sévères, et semble également avoir un impact sur la gestion de certains troubles du comportement (8). L'association des deux classes de médicaments semble prometteuse, mais des études complémentaires sont nécessaires pour pouvoir le démontrer clairement. Le traitement des troubles psycho-comportementaux de la démence doivent tout d'abord identifier les facteurs déclenchants et/ou aggravants, comme les facteurs environnementaux, les affections organiques (douleur, constipation, infections), les médicaments (anticholinergiques,

antalgiques), la dépression. Il existe de multiples approches non médicamenteuses qui peuvent aider à diminuer ces symptômes, par exemple l'aromathérapie, la musicothérapie, l'exercice physique, etc. En dernier recours, l'usage des psychotropes (*i.e.* les neuroleptiques) peut s'avérer nécessaire, mais toujours aux doses les plus petites et le moins longtemps possible, afin d'éviter les effets secondaires (parkinsonisme, chutes, risque cardiovasculaire et de diabète accrus pour les nouveaux antipsychotiques).

3. Le fardeau de l'aidant

Au vu de ce qu'est réellement la maladie d'Alzheimer, il paraît clair que les aidants principaux, en général les conjoints ou les enfants, mais parfois aussi les voisins, les soignants à domicile, sont les « victimes collatérales » de cette maladie. Ils sont également appelés « aidants informels » car ils n'ont pas souvent pas l'information suffisante pour prendre en charge cette maladie. D'ailleurs, les aidants principaux sont en général ceux qui décident de consulter, parce qu'ils souffrent, s'épuisent sans avoir pu mettre un mot sur ce qu'ils vivent.

Les réactions de la famille au diagnostic de démence d'un parent se manifeste à plusieurs niveaux. Tout d'abord, au niveau de la charge familiale. Le poids de la maladie d'Alzheimer sur la famille est très important. La prise en charge a des effets physiques et psychiques sur l'aidant qui souffre plus souvent d'anxiété, de dépression, d'éthylisme, et présente un risque accru de mortalité. Traiter la dépression de ces aidants semble avoir un impact sur l'évolution du malade lui-même (4).

Ensuite, la famille doit supporter les symptômes de la maladie d'Alzheimer. Les réactions de la famille peuvent être un déni, une attitude trop protectrice, le maternage, ou encore un surinvestissement dans les soins. Les relations avec les soignants ne sont par conséquent pas toujours paisibles. Des conflits peuvent éclater entre le patient, la famille et l'institution, surtout quand la famille ressent de la culpabilité et est ambivalente par rapport à la charge que génère la prise en charge de leur parent dément. Une importance toute particulière doit être accordée au soutien à la famille. Avant l'institutionnalisation, l'aidant familial doit être soutenu dans le cadre du suivi du patient. Des médicaments à visée cognitive et des psychotropes peuvent réduire les troubles du comportement. Le plus important est d'organiser et d'adapter les aides à domicile. Mais après l'institutionnalisation, l'aidant doit toujours être suivi. La fin de vie et la mort sont particulièrement difficiles, parce que la compréhension des sentiments et des sensations de la personne démente demeure inconnue.

La démence est une des causes les plus fréquentes de décès décrit aux États-Unis. Si tout le monde s'accorde pour dire qu'il s'agit d'une affection chronique, elle est rarement reconnue comme une maladie terminale quand elle évolue. Une étude américaine a suivi plus de 300 patients déments avancés vivant en maison de retraite et leurs proches pendant 18 mois. Durant cette période, 55 % sont morts. 41 % ont développé une pneumonie, 52 % un épisode fébrile, 85 % avaient des

problèmes pour se nourrir seuls. Parmi les problèmes urgents, 46 % ont présenté de la dyspnée, 39 % de la douleur. Dans les 3 derniers mois de vie, 40 % ont connu l'acharnement thérapeutique tel l'hospitalisation, le passage injustifié par une salle d'urgences ou une alimentation artificielle. Les patients dont les proches étaient clairement informés du pronostic et de l'évolution inéluctable de la maladie ont quant à eux connu une fin de vie plus digne, sans prise en charge agressive (9). Cela souligne le rôle crucial du médecin traitant et de la formation continue du personnel soignant en maison de retraite (10).

4. Le patient dément au service des urgences

Lors de l'admission au service des urgences, le climat d'inquiétude induit par des pathologies souvent aiguës rend complexe la prise en charge des patients déments et de leur famille. En effet, le plus souvent, l'admission aux urgences se justifie plus par l'incapacité structurelle ou humaine à gérer le patient que par la pathologie elle-même : le service des urgences devient le seul échappatoire à des situations de « rupture » au domicile ou même dans les institutions souvent peu dotées en moyens et notamment en personnel. Les aidants sont encore trop peu écoutés, ou ont peur de s'exprimer car ils culpabilisent de ne plus pouvoir porter leur parent « à bout de bras » lorsqu'une affection aiguë survient. Souvent aussi, le souhait du placement en institution n'est pas évoqué aux urgences par les familles (11).

Le motif d'admission le plus fréquent est somatique. Dans une étude prospective menée à Toulouse par l'équipe de Bruno Vellas en 2001, les 2 principaux motifs d'admission des patients déments d'Alzheimer aux urgences étaient les troubles du comportement (26,3 %) et les chutes (18,6 %) (12).

Une étude rétrospective réalisée au Royaume-Uni entre 2002 et 2007 a montré que les patients déments (20 % de démences d'Alzheimer, 11 % de démences vasculaires, 69 % de démences non définies dans le dossier médical) étaient plus fréquemment admis par le service des urgences que les patients non-démants. Peu de ces patients ont comme diagnostic aux urgences « démence » (6-10 %), la plupart sont hospitalisés pour des affections somatiques telles une syncope, une broncho-pneumonie, une infection urinaire ou une déshydratation, et ce de façon significativement plus fréquente que les patients non-démants (13).

Une grande étude française, REAL.FR, menée par l'équipe de Bruno Vellas à Toulouse a suivi pendant un an un groupe de 516 patients atteints d'une maladie d'Alzheimer légère à modérée. 27 % d'entre eux furent hospitalisés durant l'année de suivi. Les facteurs prédictifs d'une hospitalisation étaient (par ordre croissant de significativité) : d'abord l'épuisement des aidants (score > 20 à l'échelle de Zarit), la perte d'autonomie de base dans au moins 1 item de l'échelle de Katz ou 2 items de l'échelle d'autonomie instrumentale de Lawton, la présence d'au moins 2 affections intercurrentes, la dépression, la prise d'au moins 3 médicaments, les comportements désinhibés, la confusion, la sévérité de la maladie (échelle de Reisberg > 5), et le recours à domicile à des aides extérieures

(14). Après 2 ans de suivi, les facteurs prédictifs d'une hospitalisation étaient la dépendance pour les activités de base de la vie journalière (Katz), le burn out de l'aidant principal, et le score de gravité des troubles psychocomportementaux (échelle Neuropsychiatric Inventory, NPI) (15).

L'état confusionnel aigu est de loin le symptôme le plus fréquent. La confusion survient plus fréquemment chez le patient atteint d'une démence, mais peut aussi être un symptôme annonciateur qui mènera au diagnostic de démence ultérieurement. Elle se caractérise par une altération de la vigilance ou à l'inverse une agitation psychomotrice, une inversion du rythme jour-nuit, une distorsion de la réalité induisant une « perplexité anxieuse », et une perte des repères dans le temps et l'espace. La confusion aux urgences constitue un facteur prédictif péjoratif de l'évolution de l'autonomie : selon une étude de Vida, les patients confus perdent plus leur autonomie que ceux qui n'ont pas présenté de confusion (16). Aux urgences, l'environnement est particulièrement propice à la confusion : l'attente interminable, l'absence de lumière du jour, l'absence de repères temporels, la désorganisation des collations, la difficulté d'évoquer ses plaintes sont autant de facteurs favorisant la survenue de la confusion. Il est dès lors essentiel de recourir à un dépistage systématique de la confusion par un outil simple et fiable appelé CAM (Confusion Assessment Method) (17).

De plus, le personnel soignant manque de temps pour récolter les informations nécessaires et communiquer de façon efficiente avec ces patients, pour permettre un déshabillage au calme, qui ne suscite pas l'hostilité. Un accueil plus rapide, des locaux calmes, donnant sur l'extérieur (lumière du jour), dotés d'une horloge, d'un calendrier devraient être envisagés. Les brancards à barrière, avec un matelas confortable devraient être proposés. Il ne faut pas non plus sous-estimer la capacité des soignants travaillant aux urgences à communiquer avec ces patients déments : l'article de S. Eder pointe avec justesse la nécessité pour le personnel des urgences de connaître les origines de la maladie, sa progression, ses symptômes afin de communiquer et de traiter efficacement ces patients déments (18).

La contention est un problème qui soulève des considérations éthiques mettant souvent l'infirmier des urgences dans une situation délicate : par souci de « bien faire, de respecter l'autonomie et d'éviter le paternalisme, comment justifier que la contention physique évite au patient de se blesser ou de blesser autrui ? » (19)

Enfin, le séjour de ces patients en salle d'urgence peut se prolonger par le manque de disponibilité des lits d'aval et par le manque de compétence gériatologique de l'unité d'accueil (le motif le plus fréquent d'appel aux équipes mobiles de gériatrie est la confusion : il est difficile pour des équipes non qualifiées de soigner correctement un patient qui se rebiffe contre les soins sans avoir recours à la sédation ou à la contention physique). Le temps passé par les équipes d'urgence à chercher des places d'hospitalisation est autant de temps perdu à soigner les malades.

La prise en charge de ces patients nécessite une approche pluridisciplinaire, fondement de la prise en charge gériatrique. Or, seulement 20 % des hôpitaux français disposent d'un service de gériatrie. Il faut sensibiliser les dirigeants

hospitaliers à développer des unités de gériatrie aiguë dans les hôpitaux disposant d'un service d'urgences (11).

Au niveau médical, l'urgentiste peut faire appel à ses confrères gériatres pour intégrer le mieux possible l'affection actuelle dans les spécificités gériatriques des patients déments.

Il est essentiel de définir un trajet de soins pour le patient dément, qui prendrait en compte tous les acteurs, depuis le domicile jusqu'à l'hôpital.

5. Proposition d'un trajet de soins du patient dément

Le premier acteur est le médecin traitant du patient (10). Il porte une lourde responsabilité qui consiste à tenir les proches informés de l'évolution de la maladie, de ses complications et à prévenir les situations de crise vectrices d'anxiété et d'épuisement. Une crise est un épisode de désorganisation aiguë avec apparition de symptômes menant le patient et ses aidants à faire appel à un système de soins en urgence. Elle réfère à une rupture de continuité de la personne (20). Elle est en général confiée aux soins du psychiatre en salle d'urgences, mais il faut garder à l'esprit que la prise en charge doit rester multidisciplinaire.

Ainsi, éviter l'admission inopportune dans un service d'urgence est une façon adaptée de ne pas aggraver un état de crise.

Lorsque le problème est non urgent, une réorientation par le service de tri vers la consultation de gériatrie ou l'hôpital de jour gériatrique permet d'éviter l'encombrement des urgences et l'attente inutile.

Lorsque l'affection est subaiguë, le médecin traitant qui réfère son patient devrait disposer d'un contact privilégié avec le médecin spécialiste qui traite le patient à l'hôpital (neurologue, gériatre) afin de programmer l'hospitalisation et éviter le passage aux urgences. Un renforcement de l'aide à domicile ou de la surveillance en institution est parfois nécessaire pour laisser le temps aux soignants de s'organiser.

En cas d'urgence vraie, une lettre reprenant les antécédents principaux, le traitement actuel, les intolérances médicamenteuses éventuelles et un rapport de liaison des soins à domicile permet de connaître l'état antérieur du patient et de relativiser certaines attitudes déjà présentes. Mais il est aussi essentiel d'établir un contact privilégié avec l'unité de soins d'accueil, et cela passe par une communication franche, sans « enjolivation » de la situation actuelle, connaître au mieux l'état du patient permet de l'accueillir dans de meilleures conditions.

6. Conclusion

La maladie d'Alzheimer est une affection fréquente, qui deviendra épidémique dans les années à venir. Aucun soignant ne peut donc actuellement se targuer de ne jamais prendre en charge des déments si ce n'est en pédiatrie... il est donc

impératif de mieux connaître cette maladie, afin d'accueillir ces patients au mieux, et de soutenir leurs aidants, souvent épuisés par cette affection chronique encore mal connue et mal reconnue.

Références

1. Alzheimer's Disease Scientific, medical and societal implications: synthesis and recommendations. Collective expert report Inserm (French National Institute for health and medical research) from <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alzheimer>.
2. Hort J., O'Brien J.T., Gainotti G., Pirttila T., Popescu B.O., Rektorova I., Sorbi S., Scheltens P. On Behalf of the EFNS Scientist Panel on Dementia. EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer's disease. *Eur J Neurol.* 2010 ; 17 : 1236-48.
3. Mittelman M.S., Haley W.E., Clay O.J., Roth D.L. Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *Neurology* 2006 ; 67 : 1592-9.
4. Mittelman M.S., Brodaty H., Wallen A.S., Burns A. A three-country randomized controlled trial of a psycho- social intervention for caregivers combined with pharmacological treatment for patients with Alzheimer disease: effects on caregiver depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008 ; 16 : 893-904.
5. Shelton P., Schraeder C., Dworak D., Fraser C., Sager M.A. Caregivers' utilization of health services: results from the Medicare Alzheimer's Disease Demonstration, Illinois site. *J Am Geriatr Soc.* 2001 ; 49 (12) : 1600-5.
6. Gillette-Guyonnet S., Andrieu S., Cortes F., Nourhashemi F., Cantet C., Ousset P.J., Reynish E., Grandjean H., Vellas B. Outcome of Alzheimer's disease: potential impact of cholinesterase inhibitors. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2006 ; 61 (5) : 516-20.
7. Becker M., Andel R., Rohrer L., Banks S.M. The effect of cholinesterase inhibitors on risk of nursing home placement among medicaid beneficiaries with dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2006 Jul-Sep ; 20 (3) : 147-52.
8. Gauthier S., Loft H., Cummings J. Improvement in behavioural symptoms in patients with moderate to severe Alzheimer's disease by memantine: a pooled data analysis. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008 ; 23 : 537-45.
9. Mitchell S.L., Teno J.M., Kiely D.K., Shaffer M.L., Jones R.N., Prigerson H.G., Volicer L., Givens J.L., Hamel M.B. The clinical course of advanced dementia. *N Engl J Med.* 2009 Oct 15 ; 361 (16) : 1529-38.
10. Villars H., Oustric S., Andrieu S., Baeyens J.P., Bernabei R., Brodaty H., Brummel-Smith K., Celafu C., Chappell N., Fitten J., Frisoni G., Froelich L., Guerin O., Gold G., Holmerova I., Iliffe S., Lukas A., Melis R., Morley J.E., Nies H., Nourhashemi F., Petermans J., Ribera Casado J., Rubenstein L., Salva A., Sieber C., Sinclair A., Schindler R., Stephan E., Wong R.Y., Vellas B. The primary care physician and Alzheimer's disease: an international position paper. *J Nutr Health Aging.* 2010 ; 14 (2) : 110-20.
11. Alzheimer et maladies apparentées : traiter, soigner et accompagner au quotidien. Robert Moulias, Marie-Pierre Hervy, Catherine Ollivet, Xavier Emmanuelli. Elsevier Masson, 2005 : 508 p.
12. Nourhashemi F., Andrieu S., Sastres N., Ducassé J.L., Lauque D., Sinclair A.J., Albarède J.L., Vellas B.J. Descriptive analysis of emergency hospital admissions of patients with Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2001 ; 15 (1) : 21-5.

13. Natalwala A., Potluri R., Uppal H., Heun R. Reasons for hospital admissions in dementia patients in Birmingham, UK, during 2002-2007. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2008 ; 26 (6) : 499-505.
14. Balardy L., Voisin T., Cantet C., Vellas B. Predictive factors of emergency hospitalisation in Alzheimer's patients: results of one-year follow-up in the REAL.FR Cohort. *J Nutr Health Aging*. 2005 ; 9 (2) : 112-6.
15. Voisin T., Andrieu S., Cantet C., Vellas. Predictive factors of hospitalizations in Alzheimer's disease: a two-year prospective study in 686 patients of the REAL.FR study. *BJ Nutr Health Aging*. 2010 ; 14 (4) : 288-91.
16. Vida S., Galbaud du Fort G., Kakuma R., Arsenault L., Platt R.W., Wolfson C.M. An 18-month prospective cohort study of functional outcome of delirium in elderly patients: activities of daily living. *Int Psychogeriatr*. 2006 ; 18 (4) : 681-700.
17. Monette J., Galbaud du Fort G., Fung S.H., Massoud F., Moride Y., Arsenault L., Afilalo M. Evaluation of the Confusion Assessment Method (CAM) as a screening tool for delirium in the emergency room. *MGen Hosp Psychiatry*. 2001 ; 23 (1) : 20-5.
18. Eder S. The Alzheimer's challenge. *Emerg Med Serv*. 2005 ; 34 (6) : 99-103.
19. McBrien B. Exercising restraint: clinical, legal and ethical considerations for the patient with Alzheimer's disease. *Accid Emerg Nurs*. 2007 ; 15 (2) : 94-100.
20. Michon A. Crisis intervention in dementia. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2006 ; 4 (2) : 121-5.