

Pertinence des soins en gériatrie

Les 5 situations sur lesquelles médecins et patients devraient s'interroger

Cliquez sur les titres pour voir l'argumentaire

1

Antipsychotiques

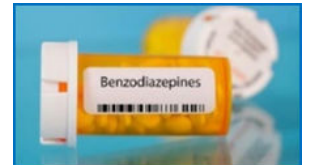
En cas de symptômes psycho-comportementaux chez une personne atteinte d'un trouble neurocognitif majeur (syndrome démentiel), les antipsychotiques ne doivent être prescrits qu'en dernier recours et pour une durée définie.



2

Benzodiazépines

En cas d'usage d'anxiolytiques ou d'hypnotiques (benzodiazépines et apparentés) depuis plus de 3 mois, une dynamique de déprescription doit s'engager à partir d'un échange avec le patient (consultation dédiée, consultation IDE, entretien pharmaceutique...)



3

Inhibiteurs de la pompe à protons

Tout traitement par inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) au long cours (défini par une durée de prescription supérieure à 8 semaines) doit faire l'objet d'une dynamique de « déprescription » si aucune indication ne persiste.



4

Analyse d'urine

En l'absence de symptômes cliniques urinaires, il n'y a d'indication ni à une analyse d'urine ni à un traitement antibiotique



5

Décision partagée

Dès les premiers jours d'hospitalisation ou d'entrée en EHPAD, un dialogue sur la nature des soins ou de l'accompagnement à mettre en place doit s'instaurer avec la personne concernée, et avec son entourage si elle le souhaite, afin que ces soins ou accompagnement reposent sur les besoins et attentes de la personne.



ANTIPSYCHOTIQUES

En cas de symptômes psycho-comportementaux chez une personne atteinte d'un trouble neurocognitif majeur (syndrome démentiel), les antipsychotiques ne doivent être prescrits qu'en dernier recours et pour une durée définie.



ARGUMENTAIRE :

Les troubles psycho-comportementaux sont fréquents chez les patients atteints d'un syndrome démentiel. L'agitation, les délires, les hallucinations, l'agressivité verbale ou physique sont les principaux motifs de prescription d'antipsychotiques chez ces patients.

Or, il est démontré que l'utilisation des antipsychotiques (1, 4, 8), même sur une courte durée, est associée à un risque de mortalité plus élevé et à des effets indésirables tels que : syndrome parkinsonien, accident vasculaire cérébral, chutes, somnolence, etc... Selon les études récentes, ces effets secondaires semblent atténués avec les antipsychotiques atypiques tels que l'aripiprazole et la rispéridone (3). Leur effet sur les troubles psycho-comportementaux semble par ailleurs modeste (2, 4).

Les interventions non pharmacologiques doivent être privilégiées (5,6). Selon la situation de la personne (sévérité des troubles, lieu de vie, accessibilité), elles peuvent inclure les activités thérapeutiques et occupationnelles, la psychothérapie, ainsi que le soutien et la formation des aidants et/ou des soignants. Un échange avec l'entourage du patient et/ou avec l'équipe pluridisciplinaire le cas échéant est recommandé.

Si un traitement est introduit, une déprescription (arrêt ou diminution de dose) peut être tentée à 3 mois, l'évolution spontanée des troubles psycho-comportementaux liés à la démence étant souvent favorable. Il n'y a pas de données probantes concernant les modalités de sevrage (7, 10). Un suivi des symptômes après arrêt du traitement devra être effectué, avec mise en place si besoin d'intervention non médicamenteuse (9)

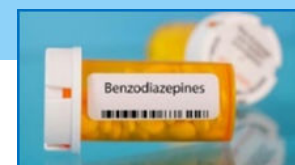
Un outil de déprescription des antipsychotiques est accessible pour le prescripteur (algorithme de déprescription des antipsychotiques) (11).

Bibliographie

- (1) Yunusa I, Alsumali A, Garba AE, Regestein QR, Eguale T. Assessment of Reported Comparative Effectiveness and Safety of Atypical Antipsychotics in the Treatment of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Network Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2019 Mar 1;2(3):e190828. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.0828. PMID: 30901041; PMCID: PMC6583313.
- (2) Smeets CHW, Zuidema SU, Hulshof TA, Smalbrugge M, Gerritsen DL, Koopmans RTCM, Luijendijk HJ. Efficacy of antipsychotics in dementia depended on the definition of patients and outcomes: a meta-epidemiological study. J Clin Epidemiol. 2018 Sep;101:17-27. doi: 10.1016/j.jclinepi.2018.05.004. Epub 2018 May 18. PMID: 29782995.
- (3) Farlow MR, Shamlan TA. Benefits and harms of atypical antipsychotics for agitation in adults with dementia. Eur Neuropsychopharmacol. 2017 Mar;27(3):217-231. doi: 10.1016/j.euroneuro.2017.01.002. Epub 2017 Jan 19. PMID: 28111239.
- (4) Jalil J, Nazarian P, von Walter HF. Polypharmacy in Treatment of Behavioral Issues in Dementia-Use of Atypical Antipsychotics. Clin Geriatr Med. 2022 Nov;38(4):641-652. doi: 10.1016/j.cger.2022.05.006. Epub 2022 Sep 11. PMID: 36210081.
- (5) Bessey LJ, Walaszek A. Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Curr Psychiatry Rep. 2019 Jul 1;21(8):66. doi: 10.1007/s11920-019-1049-5. PMID: 31264056.
- (6) Ton J, Ramji J, Allan GM. Antipsychotics for agitation in dementia. Can Fam Physician. 2018 May;64(5):369. PMID: 29760258; PMCID: PMC5951653.
- (7) Bravo-José P, Sáez-Lleó CI, Peris-Martí JF. Deprescribing antipsychotics in long term care patients with dementia. Farm Hosp. 2019 Jul 1;43(4):140-145. English. doi: 10.7399/fh.11217. PMID: 31276444.
- (8) Nørgaard A, Jensen-Dahm C, Wimberley T, Svendsen JH, Ishtiaq-Ahmed K, Laursen TM, Waldemar G, Gasse C. Effect of antipsychotics on mortality risk in patients with dementia with and without comorbidities. J Am Geriatr Soc. 2022 Apr;70(4):1169-1179. doi: 10.1111/jgs.17623. Epub 2022 Jan 14. PMID: 35029305.
- (9) Van Leeuwen E, Petrovic M, van Driel ML, De Sutter AI, Vander Stichele R, Declercq T, Christiaens T. Withdrawal versus continuation of long-term antipsychotic drug use for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Apr 1;3(3):CD007726. doi: 10.1002/14651858.CD007726.pub3. PMID: 29605970; PMCID: PMC8407230.
- (10) Harrison, S.L., Cations, M., Jessop, T. et al. Approaches to Deprescribing Psychotropic Medications for Changed Behaviours in Long-Term Care Residents Living with Dementia. Drugs Aging 36, 125–136 (2019). <https://doi.org/10.1007/s40266-018-0623-6>
- (11) Deprescribing.org [En ligne]. Algorithme de déprescription des antipsychotiques (AP). 2018 [cité le 26 mars 2024]. Disponible : AP-deprescribing-algorithms-2018-French.pdf

BENZODIAZEPINES

En cas d'usage d'anxiolytiques ou d'hypnotiques (benzodiazépines et apparentés) depuis plus de 3 mois, une dynamique de déprescription doit s'engager à partir d'un échange avec le patient (consultation dédiée, consultation IDE, entretien pharmaceutique...)



ARGUMENTAIRE :

Les anxiolytiques (benzodiazépines et apparentés) présentent de nombreux effets indésirables à court (chute, fractures...) comme moyen long termes (troubles cognitifs...) qui doivent être connus des patients et de leurs aidants (1, 2). Les benzodiazépines s'accompagnent de mécanismes de tolérance et de dépendance au-delà de 3-4 semaines d'utilisation(3). Leur durée d'utilisation doit être la plus courte possible et ne doit pas dépasser quatre semaines pour les troubles du sommeil et douze pour les troubles anxieux (4). Ils sont néanmoins utilisés en France par près d'une personne sur 5 après 65 ans et la moitié des patients traités le sont à long terme. La déprescription (arrêt ou diminution de dose) doit donc être envisagée avec le patient en cas d'usage prolongé supérieur à 3 mois. Même une réduction de dose peut avoir des effets bénéfiques et doit être encouragée. Le processus de déprescription est difficile à réaliser, et il est freiné par de nombreuses barrières tant du côté du patient que du prescripteur (5). Afin d'augmenter les chances de parvenir à une déprescription effective et pérenne, une stratégie pluri professionnelle et personnalisée doit être élaborée avec le patient, impliquant par exemple l'éducation thérapeutique et les mesures médicamenteuses et non médicamenteuses (hygiène de vie, psychothérapie,)(6). Si le patient n'est pas en mesure de participer à cette démarche, il est nécessaire d'y associer sa personne de confiance ou son entourage. Des algorithmes de déprescription existent pour accompagner cette démarche (7) (voir la boîte à outils correspondante).

En cas de pathologie anxiodépressive, les antidépresseurs type ISRS (inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine) ont une balance bénéfique/risque plus favorable que les benzodiazépines au long cours (8).

Bibliographie

1. Tseng LY, Huang ST, Peng LN, Chen LK, Hsiao FY. Benzodiazepines, z-Hypnotics, and Risk of Dementia: Special Considerations of Half-Lives and Concomitant Use. *Neurotherapeutics*. 2020 Jan;17(1):156-64.
2. Finkle WD, Der JS, Greenland S, Adams JL, Ridgeway G, Blaschke T, et al. Risk of fractures requiring hospitalization after an initial prescription for zolpidem, alprazolam, lorazepam, or diazepam in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2011 Oct;59(10):1883-90.
3. Kennedy KM, O'Riordan J. Prescribing benzodiazepines in general practice. *Br J Gen Pract*. 2019 Mar;69(680):152-3.
4. HAS [En ligne]. Bon usage des médicaments. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété. 2018 [cité le 2 avril 2023]. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-07/fiche_bum_benzodiazepines_anxiete_cd_27062018.pdf
5. Evrard P, Péteïn C, Beuscart JB, Spinewine A. Barriers and enablers for deprescribing benzodiazepine receptor agonists in older adults: a systematic review of qualitative and quantitative studies using the theoretical domains framework. *Implement Sci IS*. 2022 Jul 8;17(1):41.
6. Soni A, Thiyagarajan A, Reeve J. Feasibility and effectiveness of deprescribing benzodiazepines and Z-drugs: systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2023;118(1):7-16.
7. Pottie K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski CA, Welch V, et al. Déprescription des agonistes des récepteurs des benzodiazépines. *Can Fam Physician*. 2018 May;64(5):e209-24.
8. Simone CG, Bobrin BD. Anxiolytics and Sedative-Hypnotics Toxicity [En ligne]. StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; 2022 [cité le 7 février 2023]. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562309/>

ANALYSE D'URINE

En l'absence de symptômes cliniques urinaires, il n'y a d'indication ni à une analyse d'urine ni à un traitement antibiotique



ARGUMENTAIRE :

Les symptômes cliniques urinaires sont : mictions impérieuses, fréquentes ou douloureuses, brûlures mictionnelles, douleur sus-pubienne, apparition ou aggravation d'une incontinence urinaire. Lorsqu'ils sont associés à une présence de bactéries dans les urines, il y a infection urinaire et un traitement par antibiotique est alors justifié.

Le dépistage et le traitement de la colonisation urinaire sans symptômes cliniques ne sont pas recommandés chez les personnes âgées, sauf situations particulières (antibioprophylaxie précédent certains actes de chirurgie ou de médecine interventionnelle).

Les colonisations urinaires sans symptômes cliniques sont fréquentes chez les personnes âgées, institutionnalisées ou non, notamment chez les femmes. Elles ne sont pas associées à une augmentation de la mortalité ou de la morbidité. A l'inverse, les traitements des colonisations urinaires sans symptômes cliniques peuvent s'avérer problématiques : effets indésirables des traitements antibiotiques, émergence de germes résistants, etc.

L'analyse d'urine ne doit être réalisée chez un patient porteur de sonde urinaire à demeure que si celui-ci présente des symptômes cliniques urinaires.

Bibliographie

1. Abrutyn E, Mossey J, Berlin JA, Boscia J, Levison M, Pitsakis P, et coll. « Does asymptomatic bacteriuria predict mortality and does antimicrobial treatment reduce mortality in elderly ambulatory women? » Ann Intern Med. Le 15 mai 1994; 120(10):827-33.
2. Ouslander JG, Schapira M, Schnelle JF, et al. Does eradicating bacteriuria affect the severity of chronic urinary incontinence in nursing home residents? Ann Intern Med 1995; 122:749-54.
3. Cai T, Nesi G, Mazzoli S, et coll. Asymptomatic bacteriuria treatment is associated with a higher prevalence of antibiotic resistant strains in women with urinary tract infections. Clin Infect Dis. 2015 Dec 1;61(11):1655-61. doi: 10.1093/cid/civ696.
4. Köves B, Cai T, Veeratterapillay R, et coll. Benefits and Harms of Treatment of Asymptomatic Bacteriuria: A Systematic Review and Meta-analysis by the European Association of Urology Urological Infection Guidelines Panel. Eur Urol. 2017 Dec;72(6):865-868. doi: 10.1016/j.eururo.2017.07.014.
5. Krzyzaniak N, Forbes C, Clark J, et coll. Antibiotics versus no treatment for asymptomatic bacteriuria in residents of aged care facilities: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract. 2022 May 6;72(722):e649-58. doi: 10.3399/BJGP.2022.0059.
6. Caron F, Galperine T, Flateau C, et coll. Practice guidelines for the management of adult community-acquired urinary tract infections. Med Mal Infect, 48 (2018), 327-358.
7. SFAR. Recommandations formalisées d'Experts. Actualisation de recommandations. Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle (patients adultes). 2018 [cité le 26 mars 2024]. Disponible : <https://sfar.org/wp-content/uploads/2018/07/Antibioprophylaxie-RFE-mise-a-jour-2018.pdf>
8. Zhang Q, Liu L, Sun W, et coll. Research progress of asymptomatic bacteriuria before arthroplasty: A systematic review. Medicine (Baltimore). 2018 Feb;97(7):e9810. doi: 10.1097/MD.00000000000009810.

DECISION PARTAGEE

Dès les premiers jours d'hospitalisation ou d'entrée en EHPAD, un dialogue sur la nature des soins ou de l'accompagnement à mettre en place doit s'instaurer avec la personne concernée, et avec son entourage si elle le souhaite, afin que ces soins ou accompagnement reposent sur les besoins et attentes de la personne.



ARGUMENTAIRE :

Au cours d'une hospitalisation (en établissement ou à domicile) ou d'un séjour en EHPAD, la personne âgée participe aux choix thérapeutiques ou d'accompagnement qui la concernent (1). Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle aura choisie librement ou par ses proches (2). Les avantages et inconvénients, à court et à plus long terme, des soins ou accompagnement envisagés doivent être expliqués à la personne, en s'adaptant à son degré de connaissance, et à ses capacités de compréhension et de réceptivité (3). Une attention est à porter au langage non verbal, a fortiori si la personne présente des troubles cognitifs (4). Un acte de soins ne peut être pratiqué qu'avec le consentement de la personne (5). Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits en rédigeant ses directives anticipées concernant, notamment, la fin de vie (6,7). Le dialogue ainsi construit, incluant les proches dans la mesure où la personne le souhaite, permettra d'élaborer un plan de soins personnalisé au plus proche des besoins et attentes de la personne concernée (8, 9).

Bibliographie

1. Peter Scalia, Marie-Anne Durand, Julia L. Berkowitz, Nithya P. Ramesh, Marjan J. Faber, Jan A.M. Kremer, Glyn Elwyn, The impact and utility of encounter patient decision aids: Systematic review, meta-analysis and narrative synthesis, Patient Education and Counseling, Volume 102, Issue 5, 2019, Pages 817-841, ISSN 0738-3991, <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.12.020>.
2. Loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie - Article 9
3. Pel-Littel RE, Snaterse M, Teppich NM, Buurman BM, van Etten-Jamaludin FS, van Weert JCM, Minkman MM, Scholte Op Reimer WJM. Barriers and facilitators for shared decision making in older patients with multiple chronic conditions: a systematic review. BMC Geriatr. 2021 Feb 6;21(1):112. doi: 10.1186/s12877-021-02050-y. PMID: 33549059; PMCID: PMC7866443.
4. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. Ann Intern Med. 2011 Jul 19;155(2):97-107. doi: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005. PMID: 21768583.
5. Code de la Santé Publique - Article L 1111-4 [En ligne]. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721056
6. HAS [En ligne]. Les directives anticipées concernant les situations de fin de vie. 2016 [cité le 26 mars 2024]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2619437/fr/les-directives-anticipees-concernant-les-situations-de-fin-de-vie
7. Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie
8. Stoop A, Lette M, Ambugo EA, Gadsby EW, Goodwin N, MacInnes J, Minkman M, Wistow G, Zonneveld N, Nijpels G, Baan CA, de Bruin SR; SUSTAIN consortium. Improving Person-Centredness in Integrated Care for Older People: Experiences from Thirteen Integrated Care Sites in Europe. Int J Integr Care. 2020 Jun 26;20(2):16. doi: 10.5334/ijic.5427. PMID: 32607103; PMCID: PMC7319083.
9. Kogan AC, Wilber K, Mosqueda L. Person-Centered Care for Older Adults with Chronic Conditions and Functional Impairment: A Systematic Literature Review. J Am Geriatr Soc. 2016 Jan;64(1):e1-7. doi: 10.1111/jgs.13873. Epub 2015 Dec 2. PMID: 26626408.

INHIBITEURS DE LA POMPE A PROTONS

Tout traitement par Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP) au long cours (défini par une durée de prescription supérieure à 8 semaines) doit faire l'objet d'une dynamique de « déprescription » si aucune indication ne persiste.



ARGUMENTAIRE :

Les IPP sont efficaces et restent bien tolérés à court terme quand ils sont prescrits dans le respect des indications, doses et durée de traitement. Cependant, une étude de l'Assurance Maladie de 2019 montre un large mésusage de ces traitements (40-80% des patients), prescrits dans des situations non justifiées ou pour des durées trop longues (1). Ces traitements peuvent entraîner des effets indésirables, notamment lorsqu'ils sont prescrits à long terme ; citons les fractures ostéoporotiques, les infections à clostridium difficile, les pneumopathies, les déficits en vitamine B12 et en magnésium et l'insuffisance rénale chronique (2, 3, 4, 5).

Les traitements par IPP doivent donc être régulièrement réévalués. En l'absence d'indication définitive, ou si la dose prescrite n'est pas adaptée, un arrêt ou une adaptation de dose doivent être proposés au patient (6).

La démarche de déprescription doit s'appuyer sur un dialogue avec le patient pour l'informer de l'intérêt et des risques d'une déprescription, afin d'aboutir à une décision partagée (7). Plusieurs stratégies peuvent être proposées, telles que l'arrêt simple, la diminution progressive des doses ou la prescription à la demande. Des conseils hygiéno-dietétiques doivent accompagner la déprescription, des traitements symptomatiques (antiacides) peuvent être proposés (8).

Bibliographie

1. HAS [En ligne]. Les IPP restent utiles mais doivent être moins et mieux prescrits. 2020 [cité le 26 mars 2024]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3213773/fr/les-ipp-restent-utiles-mais-doivent-etre-moins-et-mieux-prescrits
2. Schoenfeld AJ, Grady D. Adverse Effects Associated With Proton Pump Inhibitors. JAMA Intern Med. 2016 Feb;176(2):172-4.
3. Maes ML, Fixen DR, Linnebur SA. Adverse effects of proton-pump inhibitor use in older adults: a review of the evidence. Ther Adv Drug Saf. 2017 Sep;8(9):273-297.
4. Gomm W, von Holt K, Thomé F, Broich K, Maier W, Fink A, et al. Association of Proton Pump Inhibitors With Risk of Dementia: A Pharmacoepidemiological Claims Data Analysis. JAMA Neurol. 2016 Apr;73(4):410-6.
5. Zhang P, Li Z, Chen P, Zhang A, Zeng Y, Zhang X, Huang Q, Liu D, Qi S, Mao C. Regular proton pump inhibitor use and incident dementia: population-based cohort study. BMC Med. 2022 Sep 1;20(1):271. doi: 10.1186/s12916-022-02478-y. PMID: 36045363; PMCID: PMC9434890
6. Targownik LE, Fisher DA, Saini SD. AGA Clinical Practice Update on De-Prescribing of Proton Pump Inhibitors: Expert Review. Gastroenterology. 2022 Apr;162(4):1334-1342. doi: 10.1053/j.gastro.2021.12.247. PMID: 35183361. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35183361/>)
7. Thompson W, Black C, Welch V, Farrell B, Bjerre LM, Tugwell P. Patient values and preferences surrounding proton pump inhibitor use: a scoping review. Patient. 2018;11(1):17-28. doi: 10.1007/s40271-017-0258-4.
8. Farrell B, Pottie K, Thompson W, Boghossian T, Pizzola L, Rashid FJ, Rojas-Fernandez C, Walsh K, Welch V, Moayyedi P. Deprescribing proton pump inhibitors: Evidence-based clinical practice guideline. Can Fam Physician. 2017 May;63(5):354-364. PMID: 28500192; PMCID: PMC5429051.
9. HAS - Ameli [En ligne]. Inhibiteurs de la pompe à protons. 2022 [cité le 26 mars 2024]. Disponible : <https://www.ameli.fr/loire-atlantique/medecin/exercice-liberal/memos/troubles-digestifs/prise-charge-suivi/inhibiteurs-pompe-protons-ipp>

Pertinence des soins en gériatrie

Les 5 situations sur lesquelles médecins et patients devraient s'interroger

Ces 5 recommandations et leur argumentaire ont été élaborés par un groupe de travail de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) piloté par Pr CORVOL Aline (gériatre, CHU de Rennes) et auquel ont participé :

- Pr BEUSCART Jean-Baptiste, gériatre, CHU de Lille
- Dr BOUREAU Anne-Sophie, gériatre, CHU de Nantes
- Dr DESCHASSE Guillaume, gériatre, CHU Amiens-Picardie
- Dr FESTOU Benjamin, gériatre, CHU de Limoges
- Dr FOUCART-CARON Saskia, gériatre, Hôpital Franco-Britannique de Levallois-Perret
- Dr FRANCE GUYOT Mathilde, pharmacienne, CH des Monts du Lyonnais
- Dr GILBERT Thomas, gériatre, CHU de Lyon
- Dr GUERVILLE Florent, gériatre, CHU de Bordeaux
- Dr JOMARD Nathalie, gériatre, CH des Monts du Lyonnais
- LAIGLE Francine, représentante des usagers
- LAFORET Alain, représentant des usagers
- Dr LAHAYE Clément, gériatre, CHU de Clermont-Ferrand
- LEMAITRE Marie-Annick, représentante des usagers
- Dr LIUU Evelyne, gériatre, CHU de Poitiers
- Dr MARQUANT Bénédicte, gériatre, CHU Amiens-Picardie
- MASSOT Mireille, représentante des usagers
- Dr MENAND Emilie, gériatre, CHU de Rennes
- Dr OIRY Nolwenn, gériatre, EHPAD Saint-Louis, CHU de la Réunion
- Pr SOMME Dominique, gériatre, CHU de Rennes
- Dr SANCHEZ Manuel, gériatre, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
- Dr PASSADORI Yves, gériatre, Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse et Sud Alsace
- Dr VILLAIN Cédric, gériatre, CHU de Caen