

## Compte rendu

### Conseil d'Administration du CNP de Gériatrie (CA)

#### de la Commission scientifique, pédagogique et éthique de l'ODPC de Gériatrie (SPE) des représentants des sociétés régionales (SR) et filiales (SF) de la SFGG

27 novembre 2014 - JASFGG, Cité des Sciences et de l'Industrie, Paris

**Présents** : Joseph-John BARANES (SPE), Isabelle BEREDER (SR), Gilles BERRUT (ODPC), Sylvie BONIN-GUILLAUME (SR), Marc COHEN (CA, SPE), Olivier DRUNAT (SPE), Jean-Luc FANON (SR), Yvette GIACCARDI (CA), Lidvine GODAERT-SIMON (SR), Olivier HANON (CA,SPE), Nicole JACQUIN-MOURAIN (CA), Claude JEANDEL (CA, SPE), Christian LE PROVOST (CA), Renaud MARIN LA MESLEE (CA), Jean-Marc MICHEL (SF), Yves PASADORI (ODPC), Michel SALOM (SR), Denise STRUBEL (CA), Yves WOLMARK (SR)

**Absents et excusés** : Astrid Aubry (SPE), André BARREL (SR), François BLANCHARD (SF), Marc BONNEFOY (SR), François BONNEVAY (SR), Patrice BROCKER (SR), Yves CARTEAU (SPE), Pierre CATTEAU (SR), Philippe CHAMBRAUD (SPE), Philippe CHASSAGNE (CA, SPE), Isabelle CIBOIS-HONORAT (SPE), Jean-Pierre CLEMENT (SF), Xavier CNOCKAERT (SR), Pascal COUTURIER (SR), Georges DAHAN (SPE), Thierry DANTOINE (SF), Anne DAVID-BREARD (CA), Christophe DE JAEGER (CA), Benoît de WAZIERES (SPE, SR), Guillaume DESCHASSE (SF), Jean-Louis DUCOS (CA), Olivier DUPONT (SPE), Gaël DUREL (SPE), Anne-Marie DUROCHER (SR), Jacques GAUCHER (SR), Xavier GERVAIS (SPE), Sylvie HAULON (SR), Brigitte HOLLE (CA), Houria IDIRI (SF), Alain LION (CA), Pierre LUTZLER (SPE), Gérard LYON (SPE), Véronique MAILLAND-PUTEGNAT (SR), Evelyne MALAQUIN-PAVAN (SPE), Marie-Agnès MANCIAUX (SPE,SR), Philippe MARISSAL (CA), Nathalie MAUBOURGUET (CA), Stéphan MEYER (CA,SPE), Micheline MICHEL (SPE), Olivier MICHEL (SR), Georges MOREL (SR), Régine MOUSSIER-DUBOST (SR), Fati NOURHASHEMI (SR), Bernard ODDOS (CA), Bernard PLANQUES (CA), Muriel RAINFRAY (SR), Serge REINGEWIRTZ (SR), Odile REYNAUD-LEVY (CA), Vincent RIALLE (SF), Olivier SAINT-JEAN (CA), Philippe SAUVAGE (SR), Thibault SIMON (SR), Dominique SOMME (SPE), Nathalie TAILLEZ (SR), Jean-Philippe THIEBAULT (SR), Emmanuel VASSEUR (SPE), Paul-Julien VENTURINI (SR), Corine ZINETTI (SR)

### Ordre du jour

- 1 - Les organisations CNP et ODPC de gériatrie : rappel
- 2 - Le guide Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Agées *Claude Jeandel, Olivier Hanon*
- 3 - Questions d'actualité :
  - Avancée de la nomenclature des actes des gériatres libéraux *Nicole Jacquin-Mourain*
  - Prescriptions en EHPAD : encadrement, droit de prescription des médecins coordonnateurs, iatrogénie *Renaud Marin La Meslée et Yvette Giaccardi*
  - Solvabilisation de l'hébergement en EHPAD
- 4 - Promotion du rôle du gériatre : Projet d'assises de gériatrie
- 5 - PAERPA : Point sur les expérimentations des Parcours des PAERPA  
2e Congrès des Parcours des PAERPA, 9-10 avril 2015 *Claude Jeandel*
- 6 – Autres points de réflexion du CNP de gériatrie
- 7 - DPC : Point sur les DPC des JASFGG *Yves Passadori*  
DPC PAERPA : Agrément de l'ODPC de gériatrie. Organisation dans les régions concernées
- 8 - DPC des sociétés régionales et filiales de la SFGG :  
Rôles respectifs des sociétés régionales et filiales de la SFGG et de l'ODPC de gériatrie
- 9 - Place de la commission scientifique, pédagogique et éthique de l'ODPC

À cette session organisée à la fin des Journées annuelles de la SFGG étaient conviés les membres du CA du CNP de gériatrie, les membres de la Commission scientifique, pédagogique et éthique de la SFGG, et les représentants des sociétés régionales et filiales de la SFGG.

## **1 – CNP et ODPC de gériatrie (rappel)**

**Le CNP de gériatrie** - Au sein de la FSM sont regroupées 46 spécialités médicales reconnues par un DES ou un DESC 2, organisées en Conseil National Professionnels de spécialité répondant à la charte de la FSM. Les différentes composantes représentatives de tous les modes d'exercice de la gériatrie se sont ainsi fédérées autour du CPGF pour constituer le Conseil national professionnel de gériatrie. 7 organisations nationales sont ainsi représentées à part égale au bureau (1 membre), au CA (2 membres titulaires, 1 suppléant) et dans l'assemblée générale.

- Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG)
- Collège National des Enseignants en Gériatrie (CNEG)
- Syndicat National de Gérontologie Clinique (SNGC)
- Syndicat National des Gériatres et Généralistes Intervenant en EHPAD (SNGIE)
- Association Nationale des Gérontologues et Gériatres Libéraux (ANGGEL)
- Syndicat des Médecins Coordonnateurs en EHPAD affilié à la Confédération des Syndicats de Médecins Français (CSMF-SMC EHPAD)
- Fédération Française des Associations de Médecins Coordonnateurs (FFAMCO)

**L'ODPC de gériatrie** - Un Organisme de Développement Professionnel Continu de gériatrie a été créé aux côtés du CNP, dans des conditions similaires de représentation de ses instances constitutives. Une commission scientifique, pédagogique et éthique formée de membres de l'ODPC et du CNP lui a été adossée. Il est enregistré auprès de l'Organisme de Gestion du DPC (OGDPC), et est ainsi habilité à assurer des formations dans le cadre du DPC. Son agrément par la Commission Scientifique Indépendante (CSI) de l'OGDPC interviendra, comme pour les autres ODPC de spécialité, après validation des premières sessions de DPC.

## **2 – Le Guide P.A.P.A. (Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Agées)**

Ce guide est issu d'une collaboration CNP de gériatrie et SFGG. A l'origine destiné aux médecins exerçant en EHPAD, il a été élargi aux praticiens du domicile, les besoins étant les mêmes.

Ce guide de prescription rassemble 42 fiches de pathologies ou situations cliniques. Chaque fiche didactique expose les principes qui doivent s'appliquer aux patients âgés de 75 ans et plus, quel que soit leur lieu de vie (domicile, EHPAD...), sur 2 ou 3 pages et selon le plan:

- But du traitement
- Moyens thérapeutiques (classes/familles...)
- Indications
  - ce qui doit impérativement être ordonné
  - ce qui doit impérativement être évité ou proscrit
  - ce qui doit être discuté au cas par cas
- Précautions d'emploi et critères de surveillance.

Ce guide est évolutif : une actualisation est prévue tous les 2 ans, une déclinaison sous format numérique pourrait être endossée par le HAS.

10 000 exemplaires de ce guide en format de poche ont été imprimés. Ils seront envoyés gracieusement aux médecins et aux pharmaciens, sur renseignement d'un formulaire de demande, qui permettra la constitution d'un fichier, notamment de médecins coordonnateurs, avec en perspective le livre blanc des médecins coordonnateurs.

### 3 – Questions d'actualités

#### Nomenclature des actes en gériatrie libérale

La nomenclature des actes des gériatres libéraux n'a pas évolué depuis 4 ans maintenant, malgré des interventions réitérées et récemment renouvelées auprès des ministères, assurance maladie, conseil de l'ordre, et la recherche du soutien des syndicats représentatifs de la spécialité et des syndicats de généralistes (SML, CSMF, FMF), y compris dans leur section d'anciens à titre de consommateurs de soins. MG France, contacté, n'a pas donné suite, mais assure de sa neutralité (*Renaud Marin La Meslée*).

Au vu de la demande croissante liée au vieillissement de la population et des orientations de maintien à domicile des personnes âgées, il est regrettable que la gériatrie libérale ne soit pas reconnue par une tarification convenable (actuellement 25 € la consultation d'une heure environ et 33 € la visite à domicile d'1h30 en moyenne). Les jeunes gériatres de vocation libérale sont poussés à s'installer en « médecine générale à tendance gériatrique », déniaient leur qualification.

Si la gériatrie libérale est impactée, c'est aussi le cas de certains hôpitaux libéraux et des centres de santé, ces derniers ayant toutefois obtenu une augmentation du tarif de consultation de 5 €.

Le rapport Couraud-Privot, relatif à la réforme du 3<sup>e</sup> cycle, classe la gériatrie en médecine de recours, c'est-à-dire de deuxième intention. Cela autoriserait en ville une tarification de spécialité, mais ce recours ne correspond pas à la pratique habituelle des médecins généralistes, anxieux de voir leur périmètre restreint avec l'arrivée de nouvelles spécialités soutenue par les DES (médecine d'urgence, gériatrie ...).

Par ailleurs, sur le site AMELI, la spécialité « gériatre » (N°34) a maintenant disparu et est classée parmi les Médecine à Exercice Particulier (MEP), au rang des ostéopathes, acupuncteurs ...

→ Un recours du CNP de gériatrie auprès de la Fédération des Spécialités Médicales s'impose.

Quelle stratégie pour convaincre les tutelles d'un modèle d'accès plus direct aux gériatres libéraux, avec une rémunération décente, étant entendu que l'exercice de la gériatrie n'est pas un exercice particulier de la médecine générale ? Au-delà de la question de la nomenclature, se pose la question de la place du gériatre libéral dans le système de santé.

→ Une commission (*cf infra*) est chargée de rédiger un argumentaire autour des éléments suivants :

- La clause de médecine de recours semble maintenant irréversible.
- L'annonce de l'extension des droits de prescription du médecin coordonnateur, par la secrétaire d'Etat aux Personnes Âgées et à l'Autonomie, lors des Assises du Médecin coordonnateur le 26 novembre, permet d'envisager un nouveau rôle pour le gériatre libéral, choisi comme médecin traitant et médecin coordonnateur (dans les EHPAD à budget partiel, où il est libéral, au contraire des EHPAD à budget global où il est salarié). Sa compétence gériatrique apportera efficacité et confort dans l'EHPAD. Mais le gériatre de ville disposera-t-il du temps nécessaire pour assurer cette fonction ?

- La maison de santé, promise à se généraliser, dans un contexte d'organisation de services en pleine mutation, peut aussi être le lieu d'exercice de gériatrie libérale à privilégier. La piste des parcours PAERPA est aussi à valoriser.
- Une actualisation des éléments chiffrés présentés lors des demandes antérieures sera effectuée : types de consultations assurées, temps nécessaire, ...

### **Prescriptions du médecin coordonnateur**

Les nouvelles missions du médecin coordonnateur contenues dans le décret du 5 septembre 2011 sont explicitées dans la circulaire du 7 décembre 2012. Mais 10 ans après son institution, ce métier n'a toujours pas trouvé son modèle de fonctionnement.

Des annonces, qui rencontrent les préoccupations portées à l'ordre du jour de cette réunion, ont été faites par la ministre Laurence Rossignol lors des Assises du Médecin coordonnateur qui se déroulaient les 25 et 26 novembre, à la veille de cette réunion.

### **Encadrement des prescriptions**

L'encadrement des prescriptions des médecins traitants est inscrit dans les nouvelles missions du médecin coordonnateur. Cela suppose qu'il contrôle la conformité de la prescription de ses confrères aux recommandations de bonnes pratiques gériatriques, sa responsabilité s'étendant déjà à leur diffusion. Mais quelle est sa légitimité pour ce faire ? Son positionnement est rendu difficile, déontologiquement et parce qu'il ne dispose d'aucune autorité fonctionnelle.

Le médecin coordonnateur est responsable de la *iatrogénie* dans l'établissement, alors que son droit de prescription est limité aux situations d'urgence, de définition d'ailleurs floue et souvent simple renouvellement d'ordonnance. Le médecin coordonnateur n'est pas l'interne de garde du médecin traitant ! Certes, il doit veiller à ce que le dossier médical du résident soit renseigné par son médecin traitant. Mais qui est responsable des prescriptions enregistrées ?

Lors des Assises du médecin coordonnateur, la secrétaire d'Etat a évoqué la disparition de la *commission de coordination gériatrique*, dont le décret précise qu'elle doit réunir 2 fois par an l'ensemble des personnels libéraux et salariés intervenant dans l'établissement, en particulier dans un objectif de prévention de la iatrogénie. Plusieurs enquêtes récentes montrent en effet que les médecins généralistes ne s'y investissent pas.

Il conviendrait de redéfinir ce qu'on attend de cette commission et le montant de la rétribution des participants libéraux.

### **Droit de prescription des médecins coordonnateurs**

L'annonce du droit de prescription des médecins coordonnateurs apparaît comme une initiative personnelle de la ministre ; aucun texte en préparation n'évoquerait l'extension de leur cadre de prescription ni leur substitution au médecin traitant.

Cette extension présente un intérêt évident, outre les considérations économiques : garantissant un exercice total aux médecins coordonnateurs, leur recrutement sera plus aisé ; par leur formation à la gériatrie, les règles de bonnes pratiques seront mieux appliquées.

Cette évolution devra tenir compte de la diversité des EHPAD, et leur laisser la liberté de s'autodéterminer, selon leur localisation, leur environnement géographique, leur financement ...

Au préalable, un temps minimal de présence de médecin par résident devra être apprécié, comme le long séjour a pu l'obtenir. La circulaire de 2004 précise un mi-temps minimum pour 30 patients d'USLD (la circulaire de 2007 : 1 PH pour 50 lits). Le PMP moyen était alors de 230 patients, alors qu'il est aujourd'hui de 198. Le ratio s'établirait à 1 temps plein de médecin traitant pour 75 à 80 lits.

Par ailleurs, une rémunération adaptée du médecin coordonnateur prescripteur devra être étudiée.

Enfin, cette avancée implique d'importants changements législatifs et administratifs, dont on ne peut faire fi, touchant les codes de la santé publique, de l'action sociale, de la sécurité sociale ...

### **Solvabilisation de l'hébergement**

La secrétaire d'Etat a aussi annoncé l'extension prochaine de **la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement** au volet EHPAD.

Plus de 30 départements sont au bord de la cessation de paiement du fait du poids des aides diverses (APA, aide sociale à l'hébergement (ASH)...) qui requièrent une considérable contribution des conseils généraux. Le prix médian en EHPAD représente en effet 1,5 fois le montant de la retraite médiane. Cela profile la fermeture des établissements à but non lucratif, qui hébergent les personnes âgées les plus malades et les plus handicapées.

Le devenir des EHPAD est ainsi mis en question. Les groupes privés lucratifs désertent le sol français, « la manne étant épuisée », et exercent un lobbying efficace, amenant à un moratoire sur la construction des EHPAD.

➔ Un rendez-vous sera sollicité auprès du cabinet de la ministre, pour évoquer la place du gériatre libéral et le statut du médecin coordonnateur dans le contexte évolutif actuel.

La commission, chargée du dossier et d'élaborer des propositions est constituée de :

Gilles Berrut (CNEG, ODPC) / Claude Jeandel (CNP)

Yvette Giaccardi (SMC-CSMF EHPAD)

Nicole Jacquin-Mourain (ANGGEL)

Renaud Marin La Meslée (SNGIE, émanation de MG France)

Michel Salom (SNGC)

Nathalie Maubourguet (FFAMCO)

## **4 – Promotion de la profession de gériatre**

La profession de gériatre se révèle méconnue du grand public, voire négative, alors qu'elle promeut des notions de prévention, de lutte contre la fragilité ... Lorsqu'il est consulté, c'est trop tardivement en général.

Afin de répondre à ce déficit d'image, Claude Jeandel propose d'organiser une **rencontre avec la presse à l'occasion des prochaines Assises de gériatrie**, prévues sur une journée à Paris, au cours du 1<sup>e</sup> semestre 2015, et dont les contenus sont en cours de définition par les différentes constituantes du CNP. Les médias seront conviés à interviewer des représentants des différents modes d'exercice de la gériatrie, des patients et des étudiants.

## **5 – PAERPA**

Après le succès du 1<sup>e</sup> congrès Parcours des PAERPA, le prochain congrès aura lieu les 8 et 9 avril 2015 à Montpellier.

Il est parrainé par le ministère qui lui a accordé le logo Parcours des aînés, et est organisé cette année en partenariat avec le Collège de Médecine générale et le concours des deux grandes organisations nationales de pharmaciens.

Le programme synoptique figure sur le site [www.parcoursdesante-paerpa.com](http://www.parcoursdesante-paerpa.com)

Ce congrès est adossé au congrès Gérosanté CIPPEG ([www.gerosante.com](http://www.gerosante.com)) qui abrite le 1<sup>e</sup> congrès Pratiques Professionnelles et Efficience en EHPAD. Le programme s'articule autour de retours

d'expériences d'EPP, et de l'évaluation de bonnes pratiques concernant nutrition, sport-activité physique, thérapeutique médicamenteuse et TNM, avec une illustration sur la douleur.

Le prochain CIPPEG s'intéresse aussi à la consultation de gériatrie et valorise la médecine gériatrique ambulatoire : équipes mobiles extrahospitalières ou en lien avec un plateau ambulatoire ; articulation entre EMG et structures extérieures ; focus hospitalisation de jour et télémédecine.

## **6 – Autres points de réflexion du CNP de gériatrie**

- Articulation entre le CNP et le « monde soignant » ; préciser les relations médecins/soignants, avec l'ouverture de l'université aux soignants, et les soignants étant dans le champ de l'ODPC.
- Plan maladies neurodégénératives : y faire valoir la gériatrie.
- Oncogériatrie : défendre la spécificité gériatrique. Une rencontre avec l'INCA est à prévoir.

## **7 – DPC de l'ODPC de gériatrie**

### **Programmes DPC des JASFGG 2014**

Les 2 programmes « Evaluation et prise en charge de la douleur de la personne âgée » et « Optimisation thérapeutique chez les personnes âgées - bonnes pratiques, anticoagulants » mis en œuvre lors des journées annuelles sont deux phases test pour l'ODPC de gériatrie. Ils utilisent (pour la douleur), les principes pédagogiques de MobiQual.

Ces programmes répondent au format suivant :

- partie cognitive : session cognitive présentielle de 3h30
  - quizz avant et après la session présentielle,
  - session présentielle avec débat,
  - exigence de 3 messages-clés à restituer.
- analyse des pratiques professionnelles : méthode HAS par comparaison : audit de 10 dossiers avant et après la session présentielle.
- réponses en ligne avant la session et dans les 2 mois suivant.
- validation du programme par l'ODPC au mois de janvier.

L'objectif de visibilité et de participation est atteint, avec 100 participants par programme. Tous ont pu répondre en ligne au quizz préalable à la session présentielle et, malgré quelques difficultés de compréhension, on peut estimer l'ergonomie du processus satisfaisante.

L'évaluation définitive pourra être faite après analyse des participations aux séquences quizz et APP avant/après, permettant de valider ces programmes et la méthodologie employée, pour leur utilisation dans d'autres circonstances.

### **Programmes DPC PAERPA**

Un autre programme de DPC a été déposé auprès de l'OGDPC, dans le cadre des formations des personnels des Parcours PAERPA. L'ODPC de gériatrie est l'un des 13 organismes référencés sur une trentaine de candidats.

Le programme de l'ODPC de gériatrie « Apprendre à Travailler Ensemble en Pluri-professionnalité pour optimiser le parcours de santé des PAERPA (programme ATEP) », répond à un cahier des charges précis, et concerne les 9 régions d'expérimentation des Parcours PAERPA.

À noter que les DPC PAERPA bénéficient d'une enveloppe spécifique de l'ODPC.

Ce sont les ARS qui choisiront leur organisme de DPC, sur réponse à une adaptation du cahier des charges à leurs particularités régionales.

Le programme proposé utilise les ressources pédagogiques de MobiQual. Il est de type mixte cognitif/présentiel, avec 2 journées de présentiel cognitif et 2 demi-journées d'analyse des pratiques professionnelles.

L'équipe de formation doit être composée de : un gériatre (EMG, SFGG), un généraliste (désigné par l'UFR), un pharmacien (désigné par l'URPS), un kiné (désigné par URPS) un IDE (de la CTA), un travailleur social (de la CTA) et un gériatre d'un territoire extérieur (connaissance des Parcours PAERPA, SFGG).

➔ L'ODPC de gériatrie devra s'appuyer sur les ressources gériatriques des neuf régions concernées pour identifier les compétences et les moyens organisationnels locaux. Chacune des sociétés régionales est ainsi appelée à proposer une équipe de formation (comme l'a déjà fait la Société Gériatologique de l'Est).

Il leur est aussi demandé de se rapprocher des ARS des territoires d'expérimentation en quête d'un organisme de DPC.

Un courrier dans ce sens a été adressé le 14 novembre 2014 aux représentants des sociétés régionales concernées.

## **8 – Les DPC des sociétés régionales et filiales**

La complexité de la demande d'agrément a conduit l'ODPC de gériatrie à mettre son numéro d'agrément (enregistrement actuellement) à la disposition des sociétés régionales et des filiales de la SFGG. L'objectif est aussi d'éviter la multiplication des demandes d'ODPC pour la spécialité, et de privilégier le rattachement à l'organisme national reconnu par les 7 composantes du CNP de gériatrie.

Pour rappel, ce ne sont pas les programmes qui sont agréés, mais les organismes. Il revient à l'organisme agréé de veiller au respect de la conformité de ses programmes.

### **Quels programmes ?**

Les programmes des journées annuelles peuvent être adaptés au format des congrès des sociétés régionales (une journée, moindre nombre de participants). Le modèle méthodologique APP/audit des journées annuelles, avec une session présentielle de 3h30 - la durée minimum obligatoire, ne pourra pas forcément être reproduit d'autres modalités seront à envisager-

Plusieurs demandes d'assistance à l'organisation de DPC sont parvenues à l'ODPC de gériatrie :

- pour les journées de l'association PERSE, sur les escarres (Nathalie Salles)
- pour les journées de l'Association des Hôpitaux de jour (Jean-Marc Michel)
- pour la Société Rhône-alpine de gériatrie, sur la mémoire (Pierre Krolak-Salmon)
- pour la Société Gériatologique de Normandie (Philippe Chassagne).

Par ailleurs, les sociétés régionales, sollicitées par leurs sociétés filiales locales pourront faire remonter leurs programmes à l'ODPC de gériatrie, après avoir évalué leur éligibilité au DPC. A cet effet, des programmes-type pourraient leur être communiqués.

### **Rôles respectifs de l'ODPC de gériatrie et des sociétés régionales et filiales de la SFGG**

L'ODPC de gériatrie n'est pas structuré pour apporter un service complet aux sociétés régionales et filiales.

L'ODPC de gériatrie apportera ses compétences méthodologiques. Un cahier des charges précisera la méthodologie (APP/cognitif, établissement des questionnaires, ...). L'ODPC se chargera du contrôle du programme, de son inscription sur le site de l'OGDPC et des attestations de DPC.

Un équilibre organisationnel et économique est à trouver entre l'ODPC et les sociétés régionales organisatrices de congrès.

- ➔ Une réunion avec les représentants des sociétés régionales est envisagée début 2015 pour **bâtir un modèle organisationnel, et économique.**

En amont, l'IGAM (Yvette Giaccardi) et la Société régionale d'Ile de France (Yves Wolmark) se proposent de réfléchir au modèle économique à mettre en place.

- ➔ Enfin, un **séminaire pédagogique « méthodes et outils »** sera organisé pour les promoteurs potentiels de formations DPC (formation des concepteurs, et formation des formateurs), couplé aux Assises de la gériatrie.

## **9 – Place de la commission scientifique, pédagogique et éthique**

Jusqu'à présent, la commission scientifique, pédagogique et éthique était envisagée comme ressources de formation possibles (concepteurs, formateurs, experts). Un rôle lui est confié : la validation des programmes, et la conception des programmes.

- ➔ **Une réunion de la commission scientifique, pédagogique et éthique** de l'ODPC de gériatrie est prévue en janvier 2015, afin de préciser les contours de ses missions.