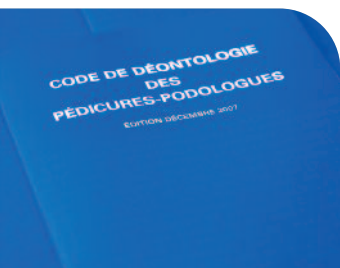




P. 17
en régions
**CABINET INONDÉ
DANS LE VAR**

P. 18
gros plan
**LA GOUVERNANCE
DES A.R.S.**



P. 20
déCodage
**NOUVELLE
INSTALLATION**



P. 22
juridique
**L'ENTREPRENEUR
INDIVIDUEL À
RESPONSABILITÉ
LIMITÉE**



dossier

DÉMOGRAPHIE PROFESSIONNELLE UN NOUVEL OUTIL AU SERVICE DES PÉDICURES-PODOLOGUES

Répartition géographique de nos confrères, âge des praticiens, situations d'exercice... Où en est notre profession ? Comment évolue-t-elle ? Quels choix s'offrent à nos jeunes diplômés ? Bien que ces questions soient essentielles à plus d'un titre, il n'existait pas, jusqu'à aujourd'hui, d'outil pratique et fiable permettant de renseigner ces informations. Considéré comme un chantier prioritaire par l'Ordre dès sa création, le sujet a fait son chemin et aboutit aujourd'hui à la mise à disposition des conseils régionaux de l'Ordre d'un outil exclusif et spécifique pour mieux renseigner et servir notre profession et nos professionnels.

Un intérêt historique pour la démographie professionnelle

Si la question de la démographie préoccupe nos instances depuis plus de deux décennies, la profession ne disposait pas jusqu'à présent de données précises.

Ainsi, le fichier ADELI, seule liste de référence disponible, regroupait nominativement les professionnels inscrits comme pédicures-podologues. Cette liste n'offrait pas les meilleures garanties d'exhaustivité ni de fiabilité. Il y avait un manque total de relation entre les différents services d'État responsables de notre profession. Et, par ailleurs, la bonne

tenue des mises à jour dépendait du soin que voulait bien porter chaque professionnel, sans contrepartie ni contrainte, aux opérations d'affiliation, de désaffiliation ou même de modification d'adresse professionnelle. Si l'inscription pouvait représenter une démarche naturelle car obligatoire, signaler l'interruption ou la modification de son activité semblait moins spontané. Lors des dernières élections ordinaires, la liste recensait ainsi plus de 13.000 professionnels, là où plus sûrement ils avoisinaient les 9.000 ! Par ailleurs cette liste ne distinguait pas les cabinets secondaires des cabinets principaux, et ne faisait pas la différence entre titulaire, collaborateur ou remplaçant...



© G. Foinet / Beside

Comme vous le lirez dans les colonnes de Repères 14, la rentrée est riche en actualités après des congés estivaux qui je l'espère vous ont été profitables. Outre les dispositions législatives de la loi HPST qui se mettent en place, c'est par une nouveauté propre à notre profession que débute cette rentrée : la mise en place d'un outil

d'étude et d'analyse de la démographie professionnelle. Une petite révolution en soi pour la profession. En effet, nous sommes la première profession paramédicale à se doter d'un tel outil, et la troisième parmi les professions de santé, après les pharmaciens et les chirurgiens-dentistes.

Pourquoi une révolution ? Parce que pour la première fois depuis que notre profession existe, nous allons pouvoir disposer de données fiables, complètes, évolutives et exploitables à bien des usages. En effet, Podemo, puisque c'est ainsi qu'a été baptisée cette application informatique, est la pierre angulaire de notre système d'information démographique : d'une part, les données spécifiques qu'il exploite sont issues de notre Tableau de l'Ordre partagé des pédicures-podologues (TOP2P) et sont - à ce titre - exactes et constamment mises à jour ; et d'autre part, ces données sont exploitées en superposition avec celles de la population générale (données de l'INSEE). En clair, cela signifie que nous pouvons désormais, à tout instant, disposer d'une image exacte de la répartition de nos professionnels au sein de la population française.

Mais une révolution pour quoi faire, me direz-vous ? D'abord et avant tout pour nous aider à nous installer dans les meilleures conditions d'exercice possibles en parfaite connaissance du bassin de vie projeté (données socioéconomiques de la population), de son équipement sanitaire (hôpitaux, maisons de retraite...) et des confrères déjà installés. Pour, objectivement et avec impartialité, aider à la prise de décisions (autorisation d'ouverture, maintien ou non de cabinets secondaires, recentrage d'activité...). Pour informer nos institutions de la situation et l'évolution de notre profession. Pour alimenter le futur Répertoire partagé des professions de santé (RPPS) de données parfaitement à jour. Pour informer les Conseils régionaux politiques et les agences régionales de santé de la répartition de l'offre de soins en pédicurie-podologie sur leur territoire et sur le bien-fondé éventuel d'autorisation de création de nouveaux instituts de formation (dans la limite des quotas actuels bien évidemment). Ainsi cette nouvelle carte du paysage professionnel doit nous aider à mieux nous connaître. N'est-ce pas là un point essentiel pour mieux gérer les intérêts de notre profession et les services à rendre aux patients, ceci entre nous et au sein de notre société en constante évolution ?

Bernard BARBOTTIN

actualités

UN AN APRÈS LA LOI HPST... PUBLICATION DES TEXTES D'APPLICATION DE L'ÉTÉ 2010

Un an après la parution de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009, près de 200 décrets d'application étaient attendus, une centaine sont d'ores-et-déjà parus, et l'été 2010 a été propice à la publication de certains au Journal officiel. Voici les principaux concernant directement la profession de pédicurie-podologue...

➤ Coopération entre professionnels de santé

Les articles L. 4011-1 à L. 4011-3 du Code de la santé publique (CSP) issus de l'article 51 de la loi HPST prévoient la faculté, pour les professionnels de santé, de conclure un protocole de coopération interdisciplinaire impliquant des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganisation de leurs modes d'intervention auprès des patients. Un tel protocole doit avoir été autorisé par le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) sur avis conforme de la Haute Autorité de santé (HAS).

L'arrêté du 21 juillet 2010 relatif au suivi de la mise en œuvre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé et à la décision d'y mettre fin est paru au Journal officiel n°175 du 31 juillet 2010. Celui-ci prévoit que « les professionnels de santé qui ont adhéré à un protocole de coopération s'engagent à effectuer un suivi de sa mise en œuvre effective ». Ce suivi porte sur les indicateurs définis dans le protocole autorisé par le directeur général de l'ARS. Le résultat du suivi est transmis à l'ARS et à la Haute Autorité de santé (HAS) au cours de la première année de leur adhésion et selon la périodicité prévue dans le protocole. L'Agence régionale de santé s'assure du respect de cette périodicité.

À tout moment au cours de l'application d'un protocole, les professionnels de santé qui ont adhéré à celui-ci ont l'obligation de signaler au directeur général de l'Agence régionale de santé les difficultés d'application rencontrées, notamment lorsque les indicateurs validés par la Haute Autorité de santé dépassent le seuil d'alerte qui leur est affecté ou qu'il survient des événements indésirables. Le directeur général de l'Agence régionale de santé en informe la Haute Autorité de santé. Il peut également solliciter l'avis de la Haute Autorité de santé sur les conditions d'une éventuelle poursuite ou interruption du protocole.

Les instances ordinales compétentes, les organisations professionnelles reconnues représentatives au sens de l'article L. 162-33 du Code de la sécurité sociale et les organisations professionnelles qui siègent au Haut Conseil des professions paramédicales et qui disposent d'un représentant au niveau régional peuvent transmettre au directeur général de l'Agence régionale de santé, dans le respect des dispositions réglementaires, les éléments dont elles disposent portant sur les difficultés d'application d'un protocole. Si la situation l'exige, le directeur général de l'Agence régionale de santé, ou son représentant, peut demander aux professionnels concernés de détailler les difficultés de mise en œuvre du protocole.

Le directeur général de l'Agence régionale de santé peut diligenter toutes mesures de vérification sur place en faisant intervenir les agents mentionnés aux articles L. 1421-1 et L. 1435-7 du CSP.

En termes de sanctions :

En application de l'article L. 4011-3 du Code de la santé publique, l'Agence régionale de santé peut décider de mettre fin à un protocole autorisé ou à une adhésion à un protocole autorisé.

La décision de mettre fin à un protocole autorisé peut être prise dans les cas suivants :

- le besoin de santé constaté lors de l'autorisation du protocole n'est plus avéré ;
- lorsque le suivi des indicateurs, notamment les résultats constatés au regard des objectifs du protocole, de la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient et des soins, de l'impact organisationnel et de l'impact économique, n'est pas concluant ou que les difficultés d'application ont été signalées par les professionnels de santé concernés ;
- en cas d'avis émis en ce sens par la Haute Autorité de santé au regard des indicateurs de suivi.

La décision de mettre fin à une adhésion à un protocole autorisé peut être prise dans les cas suivants :

- lorsque des difficultés apparaissent dans la mise en œuvre du protocole autorisé ;
- lorsqu'un professionnel de santé qui a adhéré à un protocole de coopération demande son retrait, sans que celui-ci soit de nature à compromettre l'application du protocole ;
- lorsque la demande de retrait formulée par l'un des professionnels de santé qui a adhéré à un protocole est de nature à compromettre l'application du protocole ;
- en cas de non-respect du protocole, des règles et des conditions d'adhésion.

Lorsque le directeur général de l'Agence régionale de santé envisage de mettre fin à l'application d'un protocole, il en informe les professionnels de santé concernés et les invite à présenter leurs observations dans un délai qu'il fixe et qui ne peut excéder un mois. Les professionnels de santé concernés présentent leurs observations par écrit.

Le directeur général de l'Agence régionale de santé informe les professionnels de santé concernés, la Haute Autorité de santé, les instances ordinales compétentes, les organisations professionnelles reconnues représentatives au sens de l'article L. 162-33 du Code de la sécurité sociale et les organisations professionnelles qui siègent au Haut Conseil des professions paramédicales et qui disposent d'un représentant au niveau régional de sa décision de mettre fin à l'application d'un protocole. Les professionnels de santé concernés informent les patients de la fin d'application du protocole.

L'ARS doit assurer annuellement la diffusion du bilan annuel :

Le directeur général de l'ARS transmet à la Haute Autorité de santé et au ministre chargé de la santé un bilan annuel du suivi des protocoles dans la région. Ces informations sont également transmises aux ordres, aux unions régionales des professions de santé (URPS) concernés, aux employeurs si les

professionnels concernés sont salariés, aux organisations syndicales reconnues représentatives par la sécurité sociale, aux organisations professionnelles siégeant au Haut Conseil des professions paramédicales et disposant d'un représentant au niveau régional. De même, la HAS rédige un bilan de son activité relative aux protocoles de coopération qui comprend notamment une synthèse des difficultés rencontrées dans l'application des protocoles autorisés telles que transmises par les ARS. La Haute Autorité de santé transmet ce bilan au ministre chargé de la santé. Ce bilan est également communiqué aux conseils nationaux des ordres des professions de santé et au Haut Conseil des professions paramédicales.

L'arrêté modifie l'arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé. Il précise que les professionnels de santé qui demandent à adhérer à un protocole fournissent à l'ARS une attestation d'assurance de responsabilité civile professionnelle couvrant les activités décrites dans le protocole considéré qui ont vocation à être effectuées par le professionnel de santé exerçant à titre libéral ou qui relève d'une situation qui ne peut être qualifiée d'exercice libéral ou salarié.

Retrait des professionnels :

Le professionnel qui a adhéré à un protocole de coopération peut demander son retrait auprès du directeur général de l'Agence régionale de santé par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée au moins trois mois avant la date effective du retrait. Il en informe dans le même délai et sous la même forme les autres professionnels adhérents au protocole de coopération. Le directeur général de l'Agence régionale de santé informe les instances régionales ou interrégionales des ordres concernés et l'union régionale des professions de santé concernée des retraits d'adhésion.

Textes de référence :

L'arrêté du 21 juillet 2010 relatif au suivi de la mise en œuvre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé et à la décision d'y mettre fin paru au Journal officiel n°175 du 31 juillet 2010.
Celui-ci complète et modifie l'arrêté du 31 décembre 2009.

➤ Éducation thérapeutique du patient (ETP) : mode d'emploi

Inscrite dans le Code de la santé publique par la loi du 21 juillet 2009 - HPST (art L. 1161-1 à L. 1161-4), l'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à « rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie » ou comment mieux connaître sa maladie pour mieux la gérer ! Cet été, les textes d'application de la loi ont été publiés. Ils encadrent

la mise en œuvre des programmes d'ETP et précisent les conditions d'autorisation, le cahier des charges à respecter et les compétences requises.

Un programme d'ETP doit être mis en œuvre par au moins deux professionnels de santé de professions différentes, régies par les dispositions des livres I^{er} et II et des titres I^{er} à VII du livre III de la quatrième partie du CSP. Lorsque le programme n'est pas coordonné par un médecin, l'un de ces deux professionnels de santé est un médecin. Les membres des associations de patients agréées par le Ministère de la Santé peuvent également participer à ces actions. La demande d'autorisation d'un programme d'ETP est adressée en recommandé avec avis de réception au directeur général de l'ARS dans le ressort territorial de laquelle le programme est destiné à être mis en œuvre. Lorsque le programme relève de la compétence territoriale de plusieurs agences régionales de santé, la demande est transmise au directeur général de l'une d'entre elles. Le directeur de l'ARS qui prend la décision en informe les autres agences.

Le dossier comprend des informations relatives :

- aux objectifs du programme et à ses modalités d'organisation ;
- aux effectifs et à la qualification du coordonnateur et des personnels intervenant dans le programme ;
- à la population concernée par le programme ;
- aux sources prévisionnelles de financement.

La composition du dossier de demande d'autorisation est fixée par arrêté du 2 août 2010. L'autorisation est délivrée pour une durée de quatre ans renouvelable et ses conditions de mise en œuvre font l'objet d'un contrôle par l'ARS. Le programme doit être conforme au cahier des charges fixé par arrêté et précisant en particulier les éléments relatifs au programme lui-même, à sa coordination, aux règles de confidentialité et de déontologie, ainsi qu'aux modalités d'évaluation des actions menées. Le directeur général de l'ARS peut retirer l'autorisation délivrée si le programme ne répond plus aux conditions requises.

Un second décret fixe, pour sa part, les compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient et précise aussi que, pour participer à ces programmes, les professionnels de santé - médecins, sages-femmes et pharmaciens, mais aussi les professions paramédicales : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, diététiciens... doivent disposer d'un certain nombre de compétences : compétences relationnelles, compétences pédagogiques et d'animation, compétences méthodologiques et organisationnelles et, enfin, compétences biomédicales et de soins. Un arrêté du 2 août 2010 publie le référentiel des compétences requises, autrement dit la liste précise des capacités et savoir-faire nécessaires pour participer à la démarche.

Textes de référence (au JO du 4 août 2010) :
Décret n°2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions

d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient.

Décret n°2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.

Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.

Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation.

► Dispenses d'épreuves accordées aux sportifs de haut niveau

Un décret précise que des dispenses d'épreuves pour l'admission dans les instituts de formation en masso-kinésithérapie, en pédicurie-podologie, en ergothérapie et en psychomotricité peuvent être accordées à des sportifs de haut niveau par une Commission d'admission des sportifs de haut niveau. Un arrêté fixe les conditions et limites dans lesquelles sont accordées ces dispenses. La Commission d'admission des sportifs de haut niveau se réunit, à l'initiative de son président, au moins deux fois par an.

Elle est instituée auprès du ministre chargé de la Santé et est composée :

- du directeur général de l'offre de soins ou de son représentant qui assure la présidence et a voix prépondérante en cas de partage égal des voix ;
- du directeur des sports ou de son représentant ;
- du directeur de l'Institut national des sports et d'éducation physique ou de son représentant ;
- d'un représentant des directeurs techniques nationaux ;
- d'un représentant de chaque profession et d'un représentant des instituts de formation pour chaque filière de formation concernée par les dispenses des épreuves d'admission, désignés par le directeur général de l'offre de soins.

Un arrêté précise par ailleurs que les sportifs de haut niveau figurant sur la liste des sportifs, entraîneurs, arbitres et juges sportifs de haut niveau (premier alinéa de l'article L. 221-2 du Code du sport) et satisfaisant aux conditions fixées par l'article 2 de l'arrêté du 23 décembre 1987 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'État d'ergothérapeute, de laborantin d'analyses médicales, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien peuvent être dispensés des épreuves prévues à l'article 7 de ce même arrêté pour l'admission dans les instituts de formation en masso-kinésithérapie, en pédicurie-podologie, en ergothérapie et en psychomotricité par la Commission d'admission des sportifs de haut niveau (article D. 4381-90 du Code de la Santé publique). Les décisions de dispenses d'épreuves d'admission mentionnent l'année scolaire et l'institut de formation pour lesquelles elles ont été délivrées. Le nombre de sportifs de haut niveau pouvant être dispensés des épreuves d'admission ne peut excéder 15 par an pour l'admission dans les instituts de

formation en pédicurie-podologie. Les dispenses délivrées ne sont valables que pour l'année et l'institut de formation pour lesquelles elles ont été délivrées. Les articles 20 à 22 de l'arrêté du 2 octobre 1991 relatif aux dispenses accordées à certains candidats en vue de la préparation au diplôme d'État de pédicure-podologue sont supprimés.

Textes de référence :

Décret n°2010-979 du 26 août 2010.

JO du 28 août 2010.

Arrêté du 26 août 2010, JO du 28 août 2010.

► L'Observatoire national de la démographie des professions de santé – ONDPS : une évolution très positive !

L'ONDPS, créé en 2003, voit ses missions définies par le Décret n°2010-804 du 13 juillet 2010. Sa première mission est de « rassembler et de diffuser les données relatives à la démographie des professionnels de santé et à l'accès aux soins ». Présidé par le professeur Yvon BERLAND, il est composé d'un Conseil d'orientation et de comités régionaux présidés par leur directeur d'Agence régionale de santé – ARS et incluant entre autres, le président du conseil régional de l'ordre de chaque profession de santé qui en est dotée, ou son représentant.

Autre nouveauté, l'Observatoire définit chaque année un programme qui détermine les thèmes et la composition des groupes de travail qu'il décide de constituer. Les ordres professionnels et les autres organisations représentant les professionnels intéressés sont associés à ces groupes de travail. Il réalise et pilote des travaux et en confie certains à des organismes extérieurs. Il utilise les informations statistiques des administrations et des institutions ordinales. Une évolution positive, qui donne sa place à notre profession !

► Signature d'un accord permettant la reconnaissance des diplômes infirmiers en France et au Québec

La ministre de la Santé, Roselyne BACHELOT, a signé le 13 août dernier un arrangement permettant la reconnaissance mutuelle des diplômes infirmiers en France et au Québec. Cet arrangement avait déjà été signé le 30 juin par la présidente française du Conseil national de l'Ordre des infirmiers et par la présidente de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, à l'occasion de la visite du premier ministre québécois, Jean CHAREST, et en présence du ministre des affaires étrangères, Bernard KOUCHNER. Pour obtenir la reconnaissance de ses qualifications professionnelles, l'infirmier français ou québécois devra être titulaire du diplôme d'État ou du titre de formation, être inscrit au Tableau de l'Ordre des infirmiers de son pays et réussir un stage d'adaptation de 75 jours en milieu clinique. Le contenu et les modalités de ce stage d'adaptation,

qui fera l'objet d'une évaluation, seront agréés par l'Ordre des infirmiers de chaque pays. Cet accord sera mis en œuvre par l'entrée en vigueur des mesures législatives et réglementaires nécessaires. Déjà, en novembre 2009, Roselyne BACHELOT et Jean CHAREST avaient signé des arrangements de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles entre ordres professionnels québécois et français, portant sur les professions de médecin, de sage-femme, de pharmacien et de chirurgien-dentiste. Dans la même lignée, l'Ordre national des pédicures-podologues est en contact avec l'Ordre des podiatres du Québec et espère bien poursuivre ces échanges en accueillant nos confrères canadiens dans le courant du mois d'octobre.

► Prix Revue du podologue 2010 RAPPEL

Les éditions Elsevier Masson invitent les pédicures-podologues à partager leur expérience en rédigeant un cas clinique (2 pages), à partir de leurs observations, et à valoriser ainsi leur profession par sa publication dans une revue professionnelle de référence, la Revue du podologue.

► Date limite de remise des textes : le 20 décembre 2010.

► Remise des prix : le 12 mars 2011 (Journée scientifique de la SOFPOD).

Les meilleurs articles seront récompensés et publiés dans la revue.

Pour recevoir un dossier d'inscription, veuillez contacter :

Dominique PIERRE-PRÉBOIS
Revue Professionnelles Elsevier Masson
62, rue Camille DESMOULINS
92442 Issy-les-Moulineaux cedex
Tél : 01 71 16 54 78 - Fax : 01 71 16 51 59
e-mail : d.pierreprebois@elsevier.com

Rectificatif

En page 16 du n°11 dans le cadre du dossier sur le Cabinet du pédicure-podologue en 2015, Repères avait stipulé qu'il existait des aides et dérogations pour financer les travaux d'accessibilité dans les cabinets de soins médicaux et paramédicaux dispensés par l'ANAH (Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat). Repères prie l'ANAH et ses lecteurs de bien vouloir excuser cette erreur car ces aides ne sont accordées que pour les logements et en aucun cas pour les locaux professionnels. Toutefois, en cas de locaux mixtes, les aides s'appliquent aux parties privatives.

BILAN COMPTABLE 2009

Dans la continuité de la politique comptable de l'Ordre, transparence et équité, le Conseil national, lors de sa séance plénière du 9 juillet 2010, a approuvé le bilan comptable 2009. Il en ressort un léger déficit de 58.742 euros imputable à un report du dernier versement trimestriel 2008 des frais de financement aux régions sur l'année 2009.



Il faut, en conclusion, savoir que la proposition du montant de nos cotisations annuelles n'est discutée qu'après vérification de tous ces étages.

L'année 2009 aura été marquée par deux faits majeurs :

- La certification sans aucune réserve des comptes annuels 2009 du Conseil national de l'Ordre des pédicures-podologues par le commissaire aux comptes nouvellement nommé et ce conformément à l'article L.4322-9 du Code de la santé publique. En effet, la loi HPST, relative à l'hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires, précise qu'un commissaire aux comptes devra chaque année certifier les comptes de l'institution et l'ONPP se réjouit de cette réforme qui entérine législativement une position voulue par notre instance dès sa création.

- La mise en place de deux ressources logistiques et informatiques capitales pour l'organisation de notre instance et de notre profession : le logiciel de gestion du Tableau de l'Ordre « TOP2P » et le logiciel de démographie professionnelle « PODEMO ».

Le poste le plus important reste celui des salaires et charges de l'ensemble des personnels (CNOPP et CROPP) pour 917 274 €. L'Ordre compte au Conseil national trois secrétaires au service administratif, une comptable et une aide-comptable au service comptabilité, trois juristes et une secrétaire polyvalente au service juridique et enfin une déléguée générale à la direction, soit 10 salariées et 23 secrétaires administratives en régions au 31 décembre 2009.

Les efforts de communication avec le lancement du site Internet, un bulletin ordinal « Repères », ou encore les grands dossiers étudiés en 2009 - tels la validation

des contrats professionnels, les questions de droit fiscal, les moyens de faire évoluer notre décret de compétences... - ont justifié les recours à des avocats, des juristes conseils dans le quotidien de la défense de notre profession. Ces frais sont inclus, entre autres, dans la ligne des dépenses « Autres achats et charges externes ».

Au terme de cet exercice 2009, et après trois années de fonctionnement, nous commençons à dégager une lisibilité sur l'avenir qui ne sera parfaite que vraisemblablement dans deux ou trois ans. Dans le cadre du projet d'agrégation de comptes, de nombreuses évolutions ont d'ores-et-déjà été apportées aux méthodes et principes comptables appliqués à l'ONPP. Pour 2009, la certification des comptes a porté sur les comptes du Conseil national, pour 2010, dès lors que le règlement de trésorerie de l'instance sera approuvé, nous parlerons bien de combinaison des comptes conformément aux normes comptables. •



► Pour une visibilité plus complète de l'action de l'ONPP en 2009, n'hésitez pas à consulter le rapport d'activité 2009 sur le site Internet www.onpp.fr

COMPTE DE RÉSULTAT 2009 (EN €)

« Les comptes annuels 2009 du Conseil national de l'Ordre des pédicures-podologues ont été certifiés, sans aucune réserve, par le commissaire aux comptes »

PRODUITS D'EXPLOITATION		Autres intérêts et produits assimilés	
Vente de marchandises		Reprises sur dépréciations, provisions et transferts de charges	
Production vendue		Différences positives de change	
Prestations de services	7 607	Produits nets sur cessions de valeurs mobilières de placement	53 408
MONTANT NET DES PRODUITS D'EXPLOITATION	7 607	TOTAL DES PRODUITS FINANCIERS	53 408
Production stockée		CHARGES FINANCIÈRES	
Production immobilisée		Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions	
Subventions d'exploitation	5 097	Intérêts et charges assimilées	25
Reprises sur amortissements, dépréciations, provisions et transferts de charges	111 750	Différences négatives de change	
Collectes		Charges nettes sur cessions de valeurs mobilières de placement	
Cotisations	2 943 710	TOTAL DES CHARGES FINANCIÈRES	25
Autres produits	28 196	2 - RÉSULTAT FINANCIER	
TOTAL DES PRODUITS D'EXPLOITATION	3 096 358	53 383	
CHARGES D'EXPLOITATION		3 - RÉSULTAT COURANT AVANT IMPÔT	
Achats de marchandises		- 118 157	
Variation de stocks (marchandises)		PRODUITS EXCEPTIONNELS	
Achats de matières premières et autres approvisionnements	7 840	Sur opérations de gestion	55 177
Variation de stocks (matières premières et autres approvisionnements)		Sur opérations en capital	
Autres achats et charges externes (Subventions versées aux CROPP, quotités, loyers et charges, gaz...)	2 127 193	Reprises sur dépréciations, provisions et transferts de charges	25 107
Impôts, taxes et versements assimilés	36 823	TOTAL DES PRODUITS EXCEPTIONNELS	80 284
Salaires et traitements	684 458	CHARGES EXCEPTIONNELLES	
Charges sociales	232 816	Sur opérations de gestion	17 885
Autres charges de personnel		Sur opérations en capital	671
Dotations aux amortissements sur immobilisations	102 425	Dotations aux amortissements, aux dépréciations et provisions	2 314
Dotations aux dépréciations sur immobilisations		TOTAL DES CHARGES EXCEPTIONNELLES	20 870
Dotations aux dépréciations sur actif circulant	75 282	4 - RÉSULTAT EXCEPTIONNEL	
Dotations aux provisions pour risques et charges		59 414	
Autres charges	1 062	Impôts sur les bénéfices	
TOTAL DES CHARGES D'EXPLOITATION	3 267 898	TOTAL DES PRODUITS	
1 - RÉSULTAT D'EXPLOITATION		3 230 051	
- 171 540		TOTAL DES CHARGES	
Quotes-parts de résultat sur opérations faites en commun		3 288 792	
Excédent attribué ou déficit transféré		5 - SOLDE INTERMÉDIAIRE	
Déficit supporté ou excédent transféré		- 58 742	
PRODUITS FINANCIERS		6 - EXCÉDENT OU DÉFICIT	
De participations		- 58 742	
Autres valeurs mobilières et créances de l'actif immobilisé			

Élections Ordinales

Appel à candidatures pour une élection complémentaire de membres suppléants au Conseil régional des pédicures-podologues du Languedoc-Roussillon

En application de l'article R. 4125-4 du Code de la santé publique, le CROPP Languedoc-Roussillon organise le mercredi 15 décembre 2010 une élection complémentaire de membres suppléants en son sein. **Il y a donc lieu d'élire 6 membres suppléants.**

Sont électeurs tous les pédicures-podologues inscrits au Tableau de l'Ordre de la région avant le 15 octobre 2010 et à jour de cotisation. Ils peuvent vérifier les inscriptions sur les listes électorales affichées au siège du CROPP Languedoc-Roussillon à compter de cette date et y apporter leurs éventuelles réclamations jusqu'au **samedi 23 octobre**. **Seuls sont éligibles** et peuvent faire acte de candidature les pédicures-podologues inscrits au Tableau de l'Ordre **avant le 15 décembre 2009** et à jour de cotisation.

Toute déclaration de candidature, revêtue de la signature du candidat, devra parvenir par lettre recommandée avec accusé de réception ou être déposée au **Conseil régional du lieu d'exercice du candidat**, 30 jours au moins avant le jour de l'élection, c'est-à-dire **avant le lundi 15 novembre 2010, 18 heures**. Les candidats devront indiquer leur adresse, leurs titres reconnus par l'Ordre, leur date de naissance, leur mode d'exercice et,

le cas échéant, leur qualification professionnelle et leurs fonctions dans les organismes professionnels. Ils pourront joindre à leur candidature une profession de foi, à l'attention des électeurs. Cette dernière, rédigée en français sur un feuillet unique en noir et blanc, au format de 21 x 29,7 cm, sera uniquement consacrée à la présentation du candidat et aux questions relatives à l'Ordre. **Le vote** aura lieu soit par correspondance et, dans ce cas, les bulletins de vote seront adressés au siège du Conseil régional, soit directement au siège du Conseil régional pendant une plage horaire d'un minimum de deux heures. Le dépouillement sera public.

Vote sur place le **15 décembre 2010 entre 8 heures 30 et 11 heures**, au **Conseil régional de l'Ordre des pédicures-podologues - Région Languedoc-Roussillon**
Maison des professions libérales, 285, rue Alfred Nobel - 34000 Montpellier

Tous les professionnels inscrits au Tableau de l'Ordre concerné recevront en temps voulu les informations et modalités pratiques du dépôt des candidatures, ainsi que le matériel de vote accompagné d'une notice explicative.



DÉMOGRAPHIE PROFESSIONNELLE UN NOUVEL OUTIL AU SERVICE DES PÉDICURES-PODOLOGUES

(SUITE DOSSIER)

► **Gilbert LACROIX**
63 ans, diplômé en 1976.
A exercé 10 ans à Saint-Gaudens avant de s'installer en libéral à Paris.
En retraite partielle depuis juillet 2010 en attente de la cession de son cabinet.

► **Matthieu FAUDEMÉR**
32 ans, diplômé en 2006.
Installé en libéral à Nogent-sur-Marne où il partage ses locaux avec un kinésithérapeute, après deux ans d'exercice - mixte également - à Clichy-sous-Bois.

/// Pour mener une étude démographique ou simplement avoir une vision générale de la profession, il fallait donc recourir à un autre fichier, celui de la CARPIMKO, Caisse de retraite des pédicures-podologues. La CARPIMKO recensait tous les professionnels s'acquittant de leur cotisation. Le système, sans être parfait, limitait les risques de doublon ou de reliquats : aucun praticien ou ayant droit ne désirant cotiser plus qu'il n'est nécessaire ! Depuis une dizaine d'années, les études démographiques s'appuient ainsi sur les chiffres fournis par la CARPIMKO qui renseignent l'âge des professionnels, leur nombre et leur département d'origine. Mais ces informations comportaient également leurs lacunes. Ces fichiers anonymes, dénombant les pédicures-podologues travaillant dans chaque département, ne permettaient pas de dresser un bilan détaillé de leur répartition géographique, sans compter que ces chiffres n'étaient disponibles que pour la France métropolitaine et la Corse. Enfin, le fichier ne rassemblait pas la totalité des praticiens puisqu'il regroupait les mono-professions installés en libéral, des praticiens pluri-professions pouvant s'être enregistrés à la Caisse sous une autre profession (infirmière / pédicure-podologue et kinésithérapeute / pédicure-podologue étant les plus particulièrement représentés). D'autre part, l'Ordre ne pouvait disposer en temps réel

de l'ensemble de ces données qui, après recoupement, n'étaient fiables qu'à 90% et ne représentait la profession que sur les années antérieures N-1 voire N-2. Une fois extraites les données de la liste ADELI modérées par le fichier CARPIMKO, toute réflexion démographique menée sur la profession dans l'hexagone requerrait la collecte des chiffres annuels de la population nationale publiés par l'INSEE... L'observation et l'analyse pouvaient alors seulement commencer !

PODEMO, un logiciel au service des pédicures-podologues

La difficulté de pouvoir disposer de données fiables et précises révèle la complexité qu'il y avait à mettre en place un ordre professionnel ! Il était du reste difficile de définir son périmètre et son identité sans un outil de recensement et de projection démographique irréprochable ! L'acquisition d'un logiciel professionnel adapté aux professions de santé, répondait à cette exigence. PODEMO, car tel est désormais son nom, propose une cartographie précise et complète de la répartition des pédicures-podologues sur le territoire. À cet effet et dans l'esprit des missions qui lui ont été confiées - notamment consultative et d'entraide -, l'Ordre s'est rapproché de la société Cartographie et Décision, spécialisée dans les logiciels cartographiques adaptés aux professions, notamment dans le secteur de la santé (voir ci-contre l'interview de son directeur).

► **Ludivine COUSYN**
24 ans, diplômée en 2010.
En collaboration 3 jours par semaine à Clamart et 2 jours par semaine à Courbevoie.
Souhaite devenir titulaire de son cabinet d'ici deux ans.

interview

Jean DE HÉDOUVILLE,
directeur de Cartographie
et Décision

Repères : Pouvez-vous nous présenter la société Cartographie et Décision et nous décrire son expérience dans le monde de la santé ?

Créée en 1986, spécialisée dans le traitement statistique et cartographique de l'information, la société **Cartographie et Décision** travaille depuis une quinzaine d'années dans le domaine de la santé pour mettre en évidence les problématiques d'offre et de demande de soins pour les établissements sanitaires et pour les professions médicales libérales. Cela concerne l'accès aux soins, l'analyse de l'activité des établissements, l'aménagement du territoire. Pour les professions médicales nous développons une application cartographique autour de **Geoconcept** pour analyser le maillage des praticiens (Ordre des pharmaciens, Ordre des chirurgiens-dentistes). Pour les hôpitaux et cliniques nous développons une application web (<http://hoscare.fr>) qui permet de visualiser l'activité détaillée de tous les établissements d'un territoire, leur profil d'activité, leur zone de recrutement et les flux entre établissements.

Repères : Quelles sont les propriétés du logiciel conçu pour les pédicures-podologues ?

PODEMO permet de recenser tous les professionnels de manière très précise : nom, prénom, coordonnées, âge et statut des praticiens. La géo localisation permet d'observer la densité des pédicures-podologues, de faire ressortir les excédents ou les déficits de praticiens, de voir les liens entre cabinets principaux et cabinets secondaires à l'échelle de la commune ou du bassin de vie. La notion de densité par bassin de vie est surtout intéressante en zone rurale, où la notion de distance et les nécessités de déplacement commandent l'accès aux services. Pour ces critères, nous disposons de nos propres bases de données sur la population médicale, les hôpitaux et les maisons de retraite que nous croisons avec celles de l'INSEE sur la population française communale et celles de l'Ordre des Pédicures-Podologues pour les praticiens.

Désormais opérationnel, PODEMO commence à recueillir et à croiser de multiples données. Il professionnalise et complète la démarche initiée il y a presque vingt ans tout en permettant d'approfondir la réflexion. Il est également un outil de bonne gouvernance. À l'heure de la réflexion sur les cabinets secondaires, de la montée de l'exercice en salariat ou en collaboration voir en société, l'Ordre peut à présent disposer d'informations précises aussi bien quantitativement que qualitativement ! La géo localisation offre en

effet une cartographie très fine (à l'échelle de la commune) de la répartition des professionnels sur un territoire. C'est ce qui a d'ailleurs motivé l'acquisition du logiciel PODEMO.

Géré, formaté et piloté par l'Ordre, PODEMO est également destiné aux professionnels eux-mêmes. Il apporte des réponses concrètes aux questions de nos confrères et les sensibilise aux problématiques de la profession (démographie déséquilibrée, profusion des cabinets secondaires, méconnaissance

« Un outil de cartographie des données professionnelles comme outil d'aide à la décision »

Repères : Pouvez-vous nous donner un exemple de requête ou d'analyse que PODEMO est capable de traiter ?

PODEMO est notamment un outil d'aide à l'installation. Aussi, à partir de ces multiples données, les instances ordinales disposeront d'éléments concrets pour guider le pédicure-podologue dans le choix du lieu de son installation. Par exemple rechercher les praticiens de plus de 60 ans dans une commune ou un bassin de vie déficitaire en praticiens. Ces données sont à disposition de l'utilisateur via son CROPP, le logiciel permettant d'effectuer autant d'extractions souhaitées en temps réel. On est encore dans la phase préliminaire d'état des lieux et de constitution de la base de données ; viendra ensuite le temps où l'Ordre pourra, en fonction de ces premiers éléments, affiner et spécifier ses requêtes et ses attentes. Mais les diverses requêtes et analyses effectuées à l'aide de PODEMO permettront aussi de combattre un certain nombre d'idées reçues !

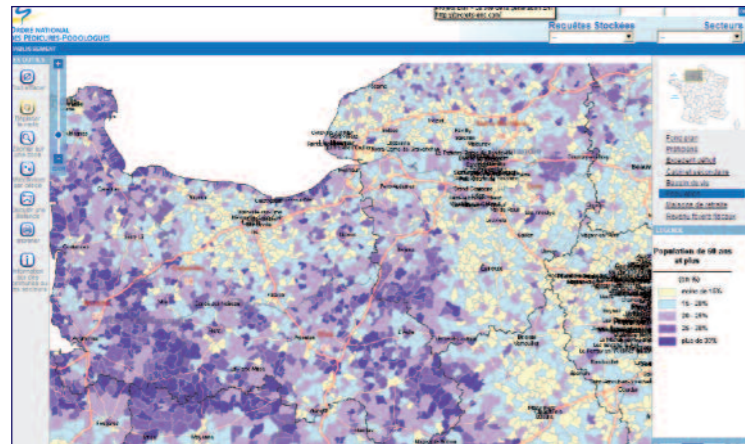
Repères : Comment s'est déployé le logiciel PODEMO ?

Notre travail s'est déroulé en trois temps. Une première phase consacrée à la définition d'un cahier des charges rédigé par l'Ordre en fonction de ses objectifs ; une seconde consacrée à l'état des lieux de la profession, fonction des orientations directrices du cahier des charges ; et enfin une dernière phase, encore en chantier de restitution, qui permet d'affiner les requêtes et les questionnements de l'Ordre, même si les premiers résultats apportent déjà des réponses claires. Cette troisième phase passera par une journée de formation à l'intention des membres des CROPP qui devra prendre en considération leurs spécificités en région.

Repères : Travaillez-vous aujourd'hui à de nouvelles évolutions du logiciel qui pourraient servir nos professionnels ?

Cartographie et Décision travaille sur les notions de temps d'accès à un professionnel, qui permet, sur un territoire, d'apprécier l'accessibilité d'un service et, par voie de conséquence, pour un praticien, d'évaluer, sur une distance convertie en temps de déplacement, le nombre d'habitants qui résident dans ce périmètre.

des nouveaux statuts choisis par les praticiens qui s'installent, etc.). Le lieu de l'installation, première préoccupation de tout pédicure-podologue qui se lance, peut se décider en cohérence avec le contexte sanitaire. Si l'usage direct du logiciel n'a pas été généralisé à l'ensemble des professionnels - le coût déjà élevé des licences exigeant de rester modeste, chaque instance ordinaire régionale en a l'accès pour l'ensemble des professionnels qu'il réunit. Ceux-ci doivent donc acquérir le réflexe de se rapprocher de leur CROPP et de recourir à PODEMO. Sa consultation est naturellement gratuite et pourra, à l'avenir, être complétée par des publications régulières sur le site de l'ONPP, ou sur les bulletins régionaux, de synthèses utiles à la compréhension de



► Exemple d'extraction du logiciel PODEMO
Part des populations de plus de 60 ans
en Basse Normandie

l'évolution démographique et géographique de la profession. La nécessité de se rapprocher de son CROPP pour accéder à PODEMO rappelle en outre son rôle de conseil parfois négligé par les professionnels. Notons que, pour les instances ordinaires en région, la consultation des données démographiques sur PODEMO est fixée à leur périmètre administratif et aux territoires périphériques situés à moins de 10 km au-delà. Ce qui n'empêche nullement tout pédicure-podologue de chercher à connaître la cartographie de plusieurs régions ; il lui suffit de s'adresser aux CROPP des différentes régions qu'il a sélectionnées pour sa future installation !

Un cahier des charges très précis

Si acquérir un tel logiciel rassurait l'Ordre sur la possibilité de détenir enfin des données précises et fiables, il a surtout été l'occasion d'approfondir la réflexion sur la démographie

professionnelle. Il a fallu en effet rédiger un cahier des charges à travers lequel exprimer des attentes : « *disposer d'éléments concrets [pour] :*

- *conseiller les professionnels lors de leur installation,*
- *[leur apporter] une aide à la décision en vue des dérogations pour le maintien ou la création des cabinets secondaires*
- *[avoir] une lisibilité pour chaque cabinet par rapport au praticien en exercice (titulaire, collaborateurs, remplaçants) et par rapport à la forme d'exercice. »*

Les ressources croisent les données issues des fichiers constitués des inscriptions au Tableau de l'Ordre des pédicures-podologues et celles détenues en propre par la société *Géoconcept*, extraites pour partie des fichiers de

VARIABLES INTÉGRÉES DANS LA CARTOGRAPHIE

• Les données par pédicures-podologues tirées du Tableau de l'Ordre

Identifiant national, nom, prénom, adresse d'exercice principal et éventuellement secondaire, le sexe, l'année de naissance, la fonction (libéral ou salarié, mixte), forme d'exercice et nom des associés si exercice en société, nom de l'éventuel collaborateur avec son lieu d'exercice et ses données personnelles)

• Diverses données extraites des fichiers de l'INSEE

- par communes

Code INSEE, le nom, la population municipale, l'évolution de la population, les personnes de plus de 60 ans, le revenu des ménages, la présence ou non d'une maison de retraite avec le nombre de lits ;

- par bassins de vie

Population du bassin, nombre de pédicures-podologues et densité de pédicure-podologue par habitant ;

- par maisons médicales

pourvues ou dépourvues d'un pédicure-podologue ;

- par maisons de retraite

avec le nom et les coordonnées de l'établissement, la démographie professionnelle et la densité des cabinets secondaires.

recensement de la population de l'INSEE. La cartographie est déployée sur la France et les DOM-TOM, sans négliger de faire apparaître les différents échelons administratifs (communes, communautés de communes, cantons, départements et régions). Techniquement, sa représentation par couleur permet une lecture lisible et efficace des critères isolés par l'Ordre. Le code couleur suit le "type" de cabinets (principaux / PP seul, principal avec collaboration / SEL / [multipraticiens] ou encore cabinets secondaires). Les effets de contraste de

luminosité permettent d'autre part de décrire la densité locale de professionnels en exercice.

Quelles applications concrètes ?

La rencontre avec l'Ordre des pharmaciens qui, le premier a expérimenté et développé l'usage d'un logiciel d'analyse de la démographie professionnelle (voir interview de Jean-Charles Rochard) a convaincu nos instances ordinaires de l'importance de disposer d'un tel outil. Ses nombreuses fonctionnalités dessinent en temps réel une véritable cartographie de la profession !

interview

« L'outil permet de donner des données fiables aux autorités de santé »

Jean-Charles ROCHARD
Secrétaire général de
l'Ordre en charge de l'étude
et de la valorisation de la
démographie des
pharmaciens



L'Ordre des pharmaciens a été la première profession de santé réglementée à se doter d'un logiciel d'analyse cartographique. Leur expérience et leurs conseils ont convaincu les instances ordinaires des pédicures-podologues à suivre leur exemple. Repères, revient avec Jean-Charles ROCHARD sur l'importance d'un tel outil pour l'accomplissement des missions de l'Ordre.

Repères : Pourquoi avoir choisi d'utiliser un logiciel d'analyse cartographique ?

L'approche cartographique, bien antérieure aux problématiques territoriales de la Loi HPST, répondait à la préoccupation première des pharmaciens d'évaluer et d'atteindre la desserte optimale de la population - notion inscrite dans le Code de la santé publique. Au départ, notre objectif était de pouvoir resituer les pharmaciens dans leur contexte d'exercice sanitaire, principalement dans leur relation aux médecins, aux établissements hospitaliers et aux établissements sanitaires et sociaux. Mais aussi par rapport, aux patients et, plus largement, à la population dans son ensemble. C'est un outil indispensable dans toute profession régulée dont le statut impose de veiller au déploiement homogène de ses membres sur le territoire. Voir les choses en photo, comme si on était en hélicoptère, donne aux phénomènes repérables dans l'espace un aspect très concret !

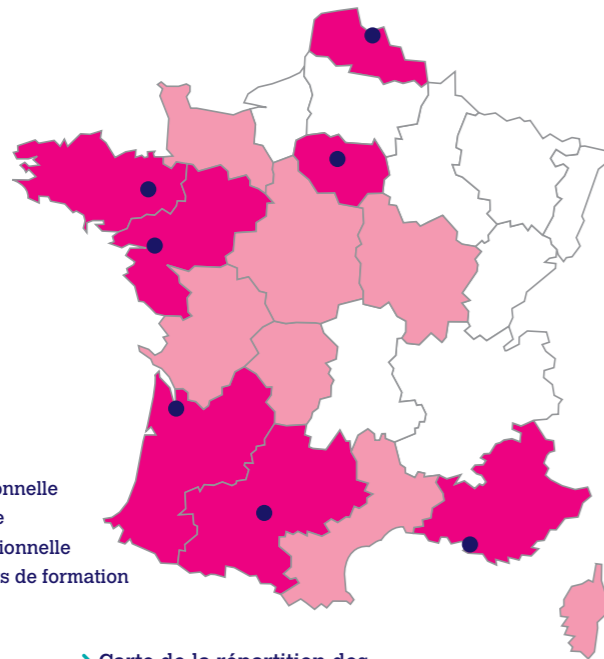
Repères : L'outil garde-t-il aujourd'hui toute sa pertinence ?

Les évolutions récentes nous ont donné raison : de l'autorisation légale (2007) de pouvoir transférer des officines d'un département à l'autre à la Loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST), disposer d'un outil permettant d'apprécier l'évolution démographique déficitaire ou excédentaire de chaque territoire répond plus que jamais aux missions de l'Ordre. Il nous permet d'émettre des avis autorisés sur les mouvements d'officines sur le territoire. Il peut

arriver aujourd'hui, lorsqu'il y a par exemple des avis à rendre sur l'implantation d'une officine, que nous alertions les pouvoirs publics sur un certain nombre d'éléments dont ils ne disposent pas ! Les pharmaciens, chirurgiens-dentistes et maintenant pédicures-podologues sont les seuls à utiliser un logiciel d'analyse cartographique. Lors de l'élaboration des futurs schémas ambulatoires par les agences régionales de santé, la cartographie de l'Ordre des pharmaciens pourrait utilement contribuer aux discussions.

Repères : En quoi l'outil s'inscrit-il dans les missions de l'Ordre ?

L'Ordre tient un rôle d'expert auprès du Ministère de la santé notamment dans la réflexion sur l'avenir des professionnels dans le schéma de santé publique. La mission d'un ordre est de participer à la préservation et à la promotion de la santé publique en exprimant en quoi sa profession y contribue. Nous avons à assumer un rôle d'expertise de nos métiers. L'outil permet de fournir des données fiables aux autorités de santé qui ne disposent pas, pour chaque profession, d'un tel tableau. Une telle vision n'est jamais figée et nous pouvons faire évoluer l'outil en fonction du contexte : dans l'optique des futurs schémas d'organisation sanitaire nous avons introduit une nouvelle approche avec le critère de « bassins de vie ». Il permet de comprendre les dépendances qui existent entre hôpitaux, maisons de retraite et professionnels de ville. On dessine des cartes permettant d'identifier des zones de médecins âgés en petit nombre et de pharmaciens âgés en petit nombre qui laissent prévoir une prochaine déprise médicale. Ce type d'informations croisées sont transmises au Ministère de la santé afin qu'il soit bien informé de l'existence de ces zones déficitaires. Car préparer l'avenir, c'est coproduire avec les autorités de santé le système de santé publique en l'adaptant aux besoins de la population dont chaque profession de santé connaît parfaitement la demande et les contraintes.



► Carte de la répartition des pédicures-podologues sur le territoire (Sources : PODEMO © 2010)

Une aide à l'installation

Pourquoi s'installer dans une région où il existe peu de possibilités de développement de la profession, alors que dans d'autres, les opportunités sont réelles ? Combien de fois cette réflexion, qui relève pourtant du bon sens, ne pouvait être apportée simplement parce que les professionnels ne disposaient d'aucun élément de réponse ! La consultation du logiciel PODEMO permettra au pédicure-podologue d'évaluer son installation dans les meilleures conditions. Les données exploitées par le logiciel permettent par exemple d'identifier, sur le territoire choisi, la zone où la densité de professionnels est la plus faible, celle où l'âge des praticiens laisse présager de prochains départs à la retraite synonymes d'opportunité de rachat de clientèle,

ou encore celle où la population présente des caractéristiques favorables à l'exercice de la pédicurie-podologie (fort pourcentage de personnes de plus de 60 ans et niveau de revenus suffisant par exemple). Le dimensionnement rural ou urbain de la clientèle sera également exposé. Le recours à la notion de **Bassin de vie**, terme technique utilisé par l'INSEE, permet de délimiter un périmètre cohérent d'activité. Cette notion définit en effet un territoire sur lequel la population trouve un nombre de services minimums : financiers, publics (collèges, lycées), mais aussi des commerces et certaines professions de santé. Elle répond très concrètement à la logique de recrutement de la clientèle (l'équipement proposé par le professionnel est suffisamment spécifique pour justifier que son déploiement dépasse en milieu rural le seul cadre de la commune). De même, il peut être intéressant pour un praticien d'identifier sur le terrain des équipes mutualisées de professionnels de santé avec lesquels il pourrait s'associer.

Aller à l'encontre d'un certain nombre d'idées reçues

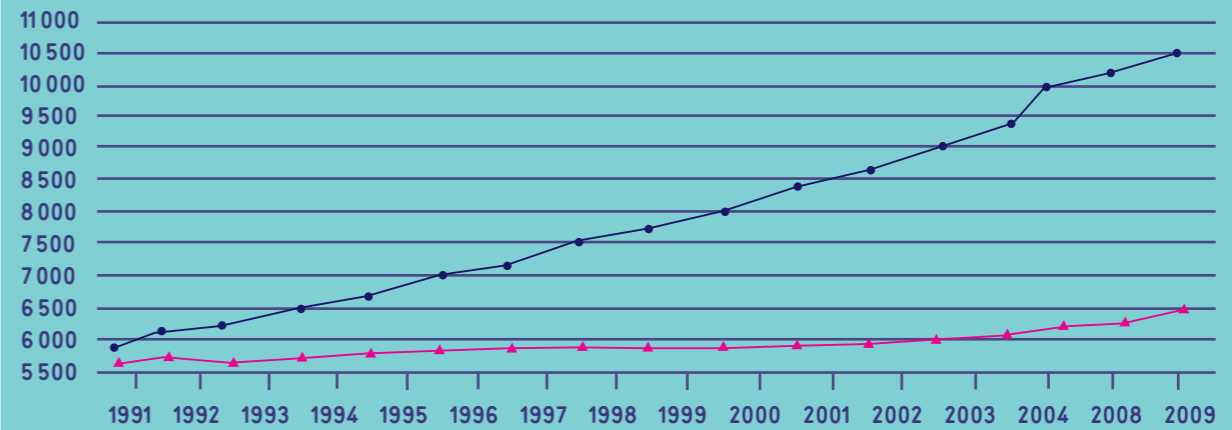
L'absence de données fiables et la réglementation récente d'une profession - somme toute déjà ancienne - peuvent expliquer la permanence de représentations fausses. L'assertion selon laquelle le seuil d'excellence d'occupation d'un territoire serait de 1 professionnel pour 6.000 habitants hante encore les esprits de nombre de nos confrères... Cet ordre de grandeur n'est en aucune façon représentatif, il peut juste être perçu comme un indicateur général s'il ne s'accompagne d'informations complémentaires telles que l'âge, le niveau de revenus ou la répartition de la population ! Dans les villes dorts, on a affaire à une

population qui ne consomme pas et qui, si nécessaire, fréquente les cabinets des professionnels de santé dans le lieu où elle exerce sa profession plutôt que dans celui où elle vit. C'est, du reste, pour cette raison que le logiciel a retenu le critère de Bassin de vie ! En revanche, certaines dérives déjà constatées peuvent trouver une illustration concrète propre à être communiquée avec plus de vigueur. La densité toujours plus forte de cabinets de pédicures-podologues ouverts à proximité des instituts de formation (se rapporter au tableau "Sur et sous population en régions"), devrait

L'explosion démographique de la profession de pédicure-podologue

Près de 6000 au début des années 90, le nombre de pédicures-podologues n'a cessé de croître au fil des années ! 8000 en 2000, près de 9000 en 2003, ils sont plus de 11000 en 2010... Si l'on analyse les deux dernières décennies, on constate qu'entre 1991 et 2001, le nombre de pédicures-podologues libéraux s'est accru de 1600 membres, et que le chiffre a doublé pour atteindre 3300 praticiens supplémentaires sur la décennie suivante. En se rapportant uniquement à l'accroissement

TABLEAU COMPARATIF DE L'ÉVOLUTION DE LA POPULATION GÉNÉRALE (HORS DOM-TOM) ET DU NOMBRE DE PÉDICURES-PODOLOGUES (1991-2009)



● Nombre de professionnels
▲ Population métropolitaine (base 10000)

inciter les jeunes diplômés à choisir d'autres localisations... Le logiciel PODEMO en apporte la double confirmation.

PODEMO est autant un outil d'aide à la décision pour les professionnels qu'un instrument de pilotage pour les instances ordinales dont la mission est d'anticiper les grandes évolutions de demain dans le but de protéger la profession. Le « *Gouverner c'est prévoir* », jadis proclamé par Emile GIRARDIN († 1881) prend ici tout son sens ! Le choix de PODEMO répond une fois encore à la volonté de communiquer davantage sur la réalité du terrain, permettant de construire, grâce à des données précises et nouvelles, une vision à long terme.

Ce projet a par ailleurs été particulièrement soutenu par Bernard BARBOTTIN, notre président national, dont la collecte méticuleuse de données démographiques sur les professionnels depuis plus de vingt ans permet aujourd'hui de dessiner la géographie de notre profession.

de la population française totale, la progression est spectaculaire et se dispense de tout commentaire (voir ci-dessus).

L'observation des variations de la population professionnelle à l'échelle hexagonale révèle que l'accroissement n'est pas uniforme. Les régions Île-de-France, Aquitaine et PACA connaissent des situations de surpopulation très marquées. Bretagne, Pays de la Loire, Languedoc-Roussillon et Nord-Pas de Calais ne sont pas en restes. À l'opposé, Lorraine et Rhône-Alpes et, dans une moindre mesure, Alsace, Auvergne, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté ou encore Haute-Normandie, présentent des situations de déficit de population professionnelle (voir schéma page 14).

L'augmentation de la population des pédicures-podologues est d'abord structurelle et s'explique par un solde positif entre les professionnels quittant la profession, départs en retraite pour la plupart, et ceux qui l'intègrent, à la sortie des études. Les éléments

ÉLÉMENTS STATISTIQUES SUR LES PÉDICURES-PODOLOGUES

Source CARPIMKO

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Âge moyen au départ en retraite	63,51	63,02	62,43	62,45	62,74	62,84
Revenu moyen	16 254	16 919	17 143	17 698	17 981	18 864
Progression nette des inscrits	266	289	318	333	380	312
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Âge moyen au départ en retraite	62,28	62,18	62,55	62,43	62,31	
Revenu moyen	19 037	19 910	20 246	20 405	21 761	22 749
Progression nette des inscrits	386	252	197	122	235	

SUR ET SOUS POPULATION RELATIVE EN FONCTION DU NOMBRE D'HABITANTS



statistiques récemment communiqués par la CARPIMKO reproduits dans le tableau page 12 en donnant un aperçu saisissant.

La combinaison des chiffres délivrés par la CARPIMKO et de ceux du tableau des professionnels inscrits à l'Ordre permet d'apprécier l'accroissement du nombre de pédicures-podologues : une progression nette de près de 3000 professionnels sur la dernière décennie ! La notion de progression nette

dénombre les 500 nouveaux professionnels à peine sortis de formation, auxquels sont soustraits ceux qui interrompent toute activité, de façon provisoire ou définitive - un solde très largement positif !

Plutôt stable sur la première décennie de 2000, l'âge de la retraite oscille autour de 62 ans (plus près de 63 ans dans la première partie). En l'absence de chiffres permettant une distinction par sexe, il est difficile en réalité d'apprécier la valeur d'âge moyen au départ à la retraite... Il faut prendre en compte le fait que la part de pédicures-podologues femmes arrêtant leur activité entre 10 et 15 ans après leur sortie de l'institut de formation semble significative. L'observation de la pyramide des âges l'indique assez nettement : les tranches d'âges 63 à 66 ans inclus regroupent une fois et demi le nombre de pédicures-podologues d'une tranche d'âge prise avant 1970 ! L'allongement de l'activité au-delà du seuil théorique indiqué par la CARPIMKO ne surprend personne à l'heure où le système des retraites traverse nombre d'incertitudes...

Un rajeunissement inquiétant

Notons la logique de localisation des cabinets dans le périmètre des instituts de formation offrant un paysage saturé, voire surpeuplé, de la cartographie des pédicures-podologues ! Sans compter que le nombre d'étudiants diplômés est toujours plus élevé chaque année : aux alentours de 530 en moyenne tous les ans alors qu'il n'existe pas, comme dans d'autres professions de santé, de *numerus clausus* et que la pratique des *quotas techniques* répond uniquement à des critères administratifs de sécurité : la capacité d'ouverture de locaux dans des conditions d'accueil et de sécurité légales (voir interview de M. LE NORMAND en encadré).

Une profession qui reste toujours très féminisée

Considérant qu'une pyramide des âges propose une photographie à un instant T d'une catégorie de population déterminée, la lecture de celle de la profession exprime visuellement deux tendances très fortes : celle déjà évoquée d'un étirement compact de la profession entre 22 et 62 ans et celle plus visible encore de sa très forte féminisation. Plus de la moitié des actifs ont moins de 40 ans, plus des trois quart moins de 50. Dans ce contexte, les espoirs de voir une décroissance du nombre de professionnels actifs semblent lointains. Seule une politique de compression des quotas techniques d'entrée dans les instituts de formation (nombre d'étudiants par année) permettrait de réguler le flux entrant sortant.

Ce sont les Conseils régionaux politiques qui ont en main la clé de cette équation... L'État leur a délégué la gestion des quotas techniques et des ouvertures d'instituts depuis plus de trois ans.

Les femmes pédicures-podologues sont non seulement deux fois plus nombreuses que leurs confrères de sexe masculin (près de 7200 pour 3500 en 2010), mais la tendance au global se maintient, si l'on considère qu'elles entrent plus tôt dans la carrière (il y a près de trois fois plus de pédicures-podologues de 23 ans de sexe féminin que de sexe masculin, cet écart se maintenant jusqu'à 25 ans). La répartition trois quarts/un quart connaît sur la tranche d'âge des trentenaires un rééquilibrage favorable aux hommes, jusque vers 37-38 ans,

interview

Gilles LE NORMAND, trésorier du Syndicat national des instituts de formation en pédicurie-podologie (SNIFPP), directeur de l'Institut de formation de Rennes (IFPPR), dresse un tableau de la démographie étudiante et revient sur les problématiques de démographie professionnelle à l'échelle de la région Bretagne.



Assiste-t-on à une augmentation du nombre de diplômés et quelle est la répartition fille/garçon ?

Entre 520 et 540 diplômés sortent chaque année des dix instituts de formation, 40% issus des 6 instituts provinciaux, 60% des 4 instituts parisiens. L'organisation géographique de l'enseignement a été influencée par l'historique de la formation des professionnels de santé. Le nombre de diplômés est stable depuis une dizaine d'années. On note, en revanche, une augmentation des inscrits à l'épreuve d'admission. Cet élément montre l'intérêt des jeunes pour notre profession. En 2010, pour l'Institut de Rennes, il y avait 605 candidats pour 38 places. La population des étudiants reste largement féminine. En première année, elle est constituée pour 66% de femmes et 33% d'hommes. Sur les effectifs de l'ensemble des trois années, on retrouve ce pourcentage deux tiers et un tiers.

Peut-on dire que la région Bretagne «souffre» de surpopulation professionnelle ?

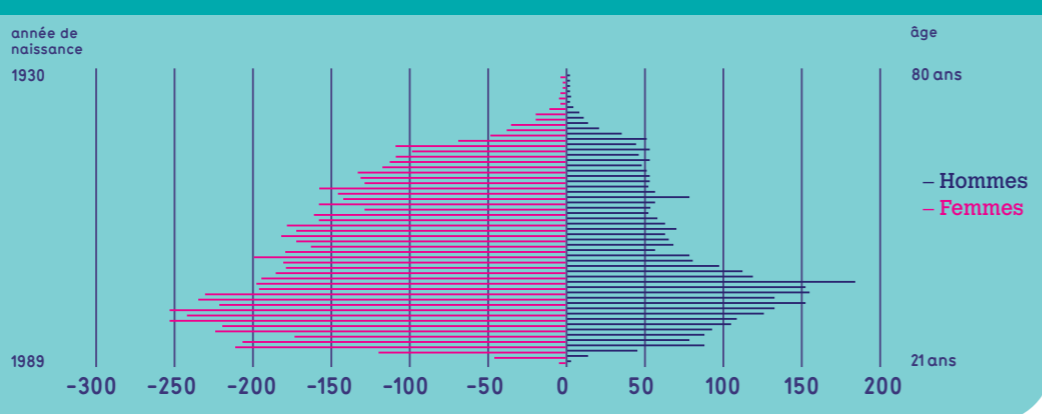
À l'Institut de Rennes, en première année, à peine un tiers des étudiants est issu de la région Bretagne, le reste de l'effectif venant des autres régions françaises. La région Bretagne n'est pas sous-peuplée puisqu'il y a actuellement 18 pédicures-podologues pour 100 000 habitants ce qui est légèrement au dessus de la moyenne nationale ! En conséquence, les nouveaux professionnels se dirigent peu vers la création de cabinet. Aujourd'hui, ils sont davantage dans une démarche de rachat, de collaboration et comme de nombreux jeunes diplômés, effectuent dans un premier temps des remplacements en région et dans la France entière. C'est pourquoi il y a un travail de sensibilisation réalisé au niveau de l'Institut, notamment dans le cadre de la définition de leur projet professionnel. Il ne s'agit pas

d'orienter leurs choix, mais de réfléchir avec eux à une stratégie d'installation cohérente. Nul doute que la possibilité d'avoir accès, par les CROPP et grâce au logiciel PODEMO, à toutes les données démographiques régionales, permettra de professionnaliser la démarche.

Existe-il, au niveau des instituts, des moyens de régulation de la démographie ?

Dans notre profession, il n'existe pas de quota professionnel national mais un agrément technique attribue une capacité d'accueil aux Instituts de formation. Depuis la Loi du 13 août 2004, il est délivré par le conseil régional pour cinq ans. Les critères retenus ne sont pas seulement fonction du contexte démographique mais prennent en compte le projet pédagogique et plus particulièrement les moyens humains et matériels des instituts en vue d'accueillir un certain nombre d'étudiants. Le contrôle relève de la collectivité territoriale en coordination avec les agences régionales de santé (ARS). Ce système que l'on retrouve également chez les ergothérapeutes rend la régulation de la démographie professionnelle peu lisible. Sachant enfin que pour les instituts privés, dont le financement est assuré par les scolarités des étudiants, il est nécessaire de pouvoir accueillir un nombre minimum d'étudiants afin de disposer de moyens techniques et humains suffisants au maintien d'un enseignement de qualité. C'est pourquoi, la question du seuil de cet agrément constitue un enjeu requérant, en région, une véritable collaboration entre tous les acteurs professionnels et institutionnels. Enfin, un conventionnement avec l'Université et le Conseil Régional va se mettre en place dans le cadre de la réforme des études, en lien avec le système LMD.

PYRAMIDE DES ÂGES DES PÉDICURES-PODOLOGUES



(36 ans correspondant à l'âge où l'écart femme/homme est le plus faible, 14 unités), avant que, assez brutalement, la différence soit à nouveau significative en faveur des femmes. Illustration par l'absurde de cette tendance, il n'y a que pour l'année de naissance 1932 que l'on trouve plus de pédicures-podologues hommes que femmes... Il y avait, en 2010, encore un praticien en exercice, aucune praticienne. Mais pour les années 1931 et 1930, les 4 derniers podologues encore inscrits sont des femmes !

Poids démographique et paupérisation professionnelle

À l'heure où la crise financière persistante menace le système des retraites et où la croissance économique rogne le pouvoir d'achat, l'augmentation régulière du nombre des pédicures-podologues doit faire l'objet d'une attention particulière dans un contexte professionnel déjà défavorable. Même si en dix ans leur revenu moyen a augmenté de 30%, passant de 16 254 € en 1999 à 22 749 € en

2010, le chiffre demeure bas (voir détail sur le Tableau des revenus moyens page 12). Les informations trop partielles de la CARPIMKO ne permettent pas d'analyser la répartition des revenus, par tranches d'âge, sexe ou encore statut professionnel. Il n'empêche que le niveau général reste bas : à titre de comparaison, en libéral, le revenu moyen annuel des kinésithérapeutes avoisine les 40 000 €, celui des infirmières dépasse les 37 000 € (chiffres INSEE) ! Dans la hiérarchie des professions médicales par revenu moyen déclaré, les pédicures-podologues se trouvent d'ailleurs situés à l'avant-dernière place, juste avant les orthoptistes !

On le comprend, la démographie constitue un véritable enjeu pour l'avenir de la profession (Lire l'interview du président de l'Ordre Bernard BARBOTTIN) et l'acquisition du logiciel PODEMO donne aux instances ordinales, en régions comme au national, un outil d'observation autant que de communication des grandes évolutions à l'œuvre ! ●

interview

« L'Ordre voulait mettre à la disposition des professionnels un outil d'aide et de conseil à l'installation »

Bernard BARBOTTIN,
Président de l'Ordre des
Pédicures-Podologues



Repères : Pourquoi l'Ordre attache-t-il tant d'importance à la cartographie des professionnels ?

D'une part, la loi HPST a recentré les missions de chaque ordre autour de la problématique de l'accès aux soins et d'autre part, l'Ordre des pédicures-podologues voulait mettre à la disposition des professionnels un outil d'aide et de conseil à l'installation. Nous sommes en effet confrontés à un certain nombre de déséquilibres démographiques dont la résolution ne peut se dispenser d'une analyse approfondie.

Repères : En quoi l'acquisition d'un tel outil est-elle devenue indispensable ?

Le logiciel PODEMO, qui permet d'extraire avec une très grande précision des photographies de la situation géographique et professionnelle des cabinets de pédicures-podologues, propose à nos confrères, via les CROPP, un véritable dispositif d'aide à l'installation. C'est aussi un outil de pilotage dans la réflexion sur l'accès aux soins en pédicurie-podologie puisqu'il peut en évaluer la qualité, fonction de la répartition des professionnels sur l'ensemble du territoire - France et Territoires et Départements d'Outre-mer compris. PODEMO est enfin un révélateur de certaines dérives démographiques de notre profession. Il pointe notamment les déséquilibres qui caractérisent la répartition des cabinets de

pédicures-podologues et qui suit celle des instituts de formation. De Lille à Marseille, en passant par Paris, Rennes, Nantes, Bordeaux et Toulouse, se dessine ainsi le cercle sur lequel se concentre cette surpopulation professionnelle.

Repères : Quel rôle l'Ordre entend-il vouloir jouer ?

L'Ordre dispose maintenant d'un outil qui lui permet de peser plus concrètement dans ce débat : il ne s'agit pas de s'opposer à l'ouverture de nouveaux instituts, mais de garantir une répartition homogène des cabinets sur le territoire, assurance pour l'avenir de maintenir, sinon d'améliorer, la qualité d'accès aux soins. Avec PODEMO, l'Ordre se donne les moyens de pouvoir sensibiliser les professionnels et au-delà les pouvoirs publics à la nécessaire régulation de la démographie professionnelle. Elle commence par une plus grande vigilance dans l'attribution des quotas d'agrèments techniques. Or aujourd'hui, les régions politiques sont seules à fixer le nombre d'étudiants dans chaque établissement, plus inquiétant, seules à décider de l'ouverture d'un institut de formation. Sur ces sujets, l'Ordre ne dispose que d'un avis consultatif. La question du quota d'agrèments techniques ne peut être indéfiniment élargie au gré des volontés politiques locales sans concertation avec les instances ordinales, c'est-à-dire sans l'implication de l'ensemble des pédicures-podologues.

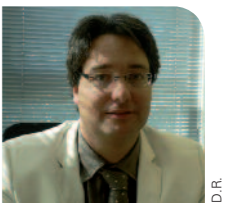
UN CABINET INONDÉ DANS LE VAR ÉLAN DE SOLIDARITÉ CHEZ LES PÉDICURES-PODOLOGUES

En juin dernier, le département du Var était victime d'inondations meurtrières. Des coulées de boues, d'une violence sans précédent, submergeaient les communes de la région et tout particulièrement la ville de Draguignan. Cette tragédie a également touché notre profession en la personne d'Arlette OUVREY dont le cabinet a été totalement inondé. Trois mois après la catastrophe, Repères revient sur les dégâts subis par notre consœur et rend hommage à tous ceux qui ont offert leur soutien et témoigné leur solidarité.



interview

M. MOYNE-BRESSAND
Président du CROPP
de PACA Corse.



Comment avez-vous été mis au courant des dommages subis par Madame OUVREY ?

À partir du mercredi suivant la catastrophe, nous avons, au Conseil régional de l'Ordre, entrepris de contacter nos confrères par téléphone. Dès jeudi, nous étions parvenus à les joindre tous. Nous savions que le cabinet de Madame OUVREY était situé dans le quartier de Draguignan le plus sinistré. Des confrères nous ont prévenu que son cabinet avait été sévèrement touché. M. Jean-Louis SORELLE - élu suppléant au CROPP PACA et président du SRPP (Syndicat régional des podologues de Provence) - a pu joindre Madame OUVREY sur son portable, ayant suivi une formation avec elle la semaine précédant les inondations. Par ailleurs, la voiture d'une consœur fut détruite, mais il n'y a pas eu d'autres dégâts constatés au niveau professionnel.

Quand Madame OUVREY a-t-elle pu redémarrer son activité de pédicure-podologue ?

Grâce à un ami, qui a mis gracieusement à sa disposition un local, et à l'Association des Fabricants et Distributeurs en Podologie, qui a prêté 8000 euros de matériels, Madame OUVREY a pu exercer à nouveau à partir du 17 août.

Nous remercions tous ceux qui ont manifesté leur solidarité, les professionnels qui ont joint directement Madame OUVREY, pour proposer leur aide et offrir leur soutien, et souhaitons à cette dernière de reprendre, au plus tôt, le cours normal de ses activités, tant professionnelles que privées.

Dans la nuit du mardi 15 au mercredi 16 juin, des pluies diluviennes s'abattent sur le département du Var provoquant les crues de l'Argens et de ses affluents. Le bilan est lourd : plus d'un milliard d'euros de dégâts, 44 communes touchées, des voitures charriées par les eaux, des cheptels entiers de bétails emportés par les flots. Mais ce n'est rien à côté des 25 décès causés par le désastre.

C'est à Draguignan, où l'eau est montée à plus de deux mètres, que Madame OUVREY avait installé son cabinet, au rez-de-chaussée de sa maison. La boue, qui a quasiment atteint le plafond (cf. photo ci-dessus), a dévasté l'intégralité de son plateau technique. Entre autres conséquences dramatiques de l'inondation, Madame OUVREY s'est retrouvée, du jour au lendemain, sans possibilité d'exercer son activité de pédicure-podologue.

L'information a rapidement circulé entre confrères et nombreux sont ceux à avoir manifesté leur solidarité. Les secrétaires et l'ensemble des élus du Conseil régional de l'Ordre des pédicures-podologues

de PACA Corse, présidé par Monsieur MOYNE-BRESSAND, ont coordonné l'action entre les différents acteurs de la solidarité (cf. interview ci-dessus).

Dans un premier temps, une consœur a pris en charge les consultations à domicile de Madame OUVREY pour assurer un suivi des soins jusqu'à ce que cette dernière reprenne son activité. Un ami de Madame OUVREY a mis à sa disposition des locaux pour installer un cabinet temporaire. Ce dernier fut équipé grâce au geste remarquable de l'Association des Fabricants

et Distributeurs en Podologie (AFDP) qui a prêté un plateau technique complet. L'AFDP ainsi qu'une consœur ont fourni des consommables en soins et en orthèses. Enfin, l'équipe de l'UNAP-SNP (Union nationale pour l'avenir de la podologie - Syndicat national des podologues) et son président Monsieur Nicolas LE COZ, ont lancé un appel aux dons auprès de leurs membres et ont pu remettre à Madame OUVREY une enveloppe contenant plusieurs chèques de dons. L'Ordre a naturellement exonéré Madame OUVREY de sa cotisation annuelle. ●

LA GOUVERNANCE DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ (ARS)

Dans Repères n°13, juillet 2009, un premier article a été consacré aux ARS avec une présentation générale de celles-ci et de leurs missions. Ce nouvel article est destiné à faire découvrir leur gouvernance organisée autour de différentes instances.

Le dispositif général de gouvernance qui inclut l'ensemble des acteurs locaux a été conçu de manière à satisfaire deux objectifs complémentaires : disposer d'un pilotage efficace des missions de l'agence, grâce à un exécutif ayant une réelle autorité sur la définition de la stratégie régionale de santé et sur sa mise en œuvre, et faire vivre un solide dispositif de concertation avec tous ceux qui seront concernés par les décisions à prendre.

Les ARS responsables du pilotage régional de la santé sont placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance-maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées. Dirigées par un **directeur général**, elles sont dotées d'un **conseil de surveillance**.

Les ARS agissent en concertation avec plusieurs instances : la **conférence régionale de la santé et de l'autonomie**, les **deux commissions de coordination des politiques publiques de santé et les conférences de territoire**.(*)

LE DIRECTEUR :

- > approuve les budgets des établissements ou projets ;
- > lance les procédures d'appel à projets ;
- > établit des contrats avec les établissements et les professionnels ;
- > anime la démocratie sanitaire dans la région.

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL

Nommé par décret en Conseil des ministres, il est responsable de la définition du projet régional de santé et de sa mise en œuvre. Pour accomplir sa mission, le directeur général de l'ARS est habilité à se concerter avec tous les acteurs de santé du territoire (hôpitaux, maisons de santé, médecins libéraux, services de transport sanitaire, établissements d'hébergement pour les personnes âgées...).

Il dispose de larges compétences. Il prépare et exécute notamment, en tant qu'ordonnateur, le budget de l'agence. Il arrête le projet régional de santé qui définit pour cinq ans les objectifs et les priorités régionaux de santé. Il établit des contrats avec les établissements et les professionnels de santé, notamment les coopérations entre professionnels de santé exposés dans l'arrêté du 21 juillet 2010. Au moins une fois par an, il rend compte, à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, de la politique régionale de santé et l'informe des suites qui ont été données à ses avis.

LE CONSEIL DE SURVEILLANCE (décret n°2010-337 du 31 mars 2010)

Le Conseil de surveillance de l'ARS est composé de 25 membres : représentants de l'État, membres des conseils d'administration des organismes locaux d'assurance-maladie, représentants des collectivités territoriales, personnalités qualifiées ainsi que de représentants des usagers.

La présidence du Conseil de surveillance est assurée par le préfet de région. Il approuve le budget de l'agence sur proposition du directeur général et émet un avis sur le plan stratégique régional de santé, les résultats des actions menées par l'ARS.

LA CONFÉRENCE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE (décret n°2010-348 du 31 mars 2010)

La conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) est un organisme composé de 100 membres au plus qui représentent les acteurs concernés par les politiques de santé dans la région, répartis en huit collèges : collectivités territoriales, usagers, partenaires sociaux, acteurs de la cohésion et de la protection sociale, acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé, offreurs de services de santé et personnalités qualifiées.

Par ses recommandations et ses avis, elle contribue à la définition de la stratégie de santé régionale décidée et conduite par l'ARS.

Cette CRSA est un lieu d'expression et de propositions qui traite des besoins de santé existants, des actions utiles pour améliorer la santé de la population et développer l'efficacité du dispositif régional de santé. C'est également un lieu de recherche du consensus sur la définition des priorités de santé adaptées aux particularités de la région.

Il s'agit d'une instance consultative, composée d'une commission plénière et de commissions spécialisées. Les avis de la CRSA sont rendus publics.

LES COMMISSIONS DE COORDINATION DES POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTÉ

(décret n°2010-346 du 31 mars 2010)

L'ARS n'est pas compétente sur tous les sujets de l'action publique touchant la santé de la population. Les services de l'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale agissent aussi dans ce domaine. Une coordination est donc nécessaire entre ces différentes autorités, afin de rechercher dans le strict respect des compétences de chacun, la cohérence d'ensemble de la stratégie et de l'action menée en faveur de la santé de la population.

Les commissions de coordination assurent l'exercice de cette fonction de coordination et de recherche des complémentarités utiles entre les stratégies en faveur de la santé relevant de la compétence des différentes autorités publiques. Elles sont au nombre de deux :

> **Une commission dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux**, composée de deux conseillers régionaux, du président du conseil régional ou son représentant, des représentants des communes et des groupements de communes, des services de l'État exerçant des compétences dans le domaine de l'accompagnement médico-social, des organismes de sécurité sociale et de protection de la santé au travail.

> **Une commission dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile**, composée de deux conseillers régionaux, du président du conseil régional ou son représentant, des représentants des communes et des groupements de communes, des services de l'État ayant des compétences dans le domaine de la prévention en santé,



d'organismes de sécurité sociale. La composition et les modalités de fonctionnement sont fixées par le décret n°2010-346 du 31 mars 2010).

LA CONFÉRENCE DE TERRITOIRE (décret n°2010-347 du 31 mars 2010)

Une autre strate de cette nouvelle organisation : la conférence de territoire. Instituée dans chacun des territoires de santé (infra-régionaux, régionaux ou interrégionaux) définis par le directeur de l'ARS, elle compte 50 membres au plus au sein de onze collèges représentant les acteurs locaux de la santé : établissements de santé, organismes œuvrant dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention ou en faveur de l'environnement et de la lutte contre la précarité, professionnels de santé libéraux, centres de santé, maisons de santé, pôles de santé et réseaux de santé, établissements assurant des activités de soins à domicile, services de santé au travail, collectivités territoriales, Ordre des médecins, usagers, personnalités qualifiées. Ces membres sont désignés sur proposition

des groupements et fédérations représentatifs des institutions sociales et médico-sociales.

La principale mission de la conférence de territoire est de mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique.

Les 26 ARS disposeront dans chaque département d'une délégation territoriale chargée de mettre en œuvre les politiques régionales de l'ARS et d'accompagner les acteurs locaux dans la mise en œuvre de leurs projets. ●

(*) Articles L. 1432-1 et suivants du Code de la santé publique.

NOUVELLE INSTALLATION INTERDICTION DE S'ÉTABLIR DANS L'IMMEUBLE OCCUPÉ OU LES LOCAUX QUITTÉS PAR UN CONFRÈRE

Les interdictions formulées par l'article 88 du Code de déontologie rappellent le pédicure-podologue aux règles élémentaires de bonne confraternité pour le choix de l'emplacement d'installation de son cabinet. Le professionnel ne peut en effet s'établir dans l'immeuble occupé ou les locaux quittés par l'un de ses confrères sans avoir reçu au préalable son consentement ou à défaut une autorisation du CROPP. Une telle disposition se retrouve d'ailleurs dans d'autres professions de santé, comme chez les kinésithérapeutes, les médecins ou encore les chirurgiens-dentistes, avec des nuances propres aux problématiques de démographie professionnelle et de besoins de la santé publique. Repères décrypte ici les conditions et les motifs de ces interdictions.

S'installer dans un immeuble déjà occupé par un confrère ?

L'interdiction est donc suspendue à la décision du pédicure-podologue déjà installé d'accorder ou non son autorisation. Dans le cas où un accord est trouvé entre les deux professionnels, et afin de se prémunir de toute éventuelle contestation ultérieure, il conviendra de le concrétiser par un écrit qui devra être adressé au CROPP. En cas de refus, le demandeur pourra se tourner vers les instances ordinales régionales qui auront à statuer sur ce différend. L'article du Code précise que la décision du CROPP doit répondre à des motifs exclusivement liés aux besoins locaux de la santé publique.

Le recours aux instances ordinales en cas de refus inscrit la démarche dans une logique conflictuelle voire contentieuse qui peut entraîner les professionnels dans une procédure de type administrative pouvant les conduire jusqu'au Conseil d'État. Certaines contestations dont les décisions font désormais jurisprudence ont été l'occasion

de préciser la définition qui doit être donnée à la notion d'« immeuble ».

Si elle désigne généralement un espace bâti identifié par une adresse postale avec une seule voie d'accès, elle peut perdre en revanche toute cohérence et toute précision lorsqu'il s'agit d'ensembles immobiliers où plusieurs immeubles sont groupés et portent la même adresse. Ainsi, l'adresse postale de résidence du professionnel comportera, outre le nom générique de la résidence, la dénomination distinctive du bâtiment qu'il occupe effectivement.

En pratique et sans contredire la liberté d'installation, le Conseil d'État a statué que les ensembles immobiliers, dès lors qu'il pouvait être établi que l'accès de chaque bâtiment menant au cabinet disposait d'un accès indépendant et ne comportait « aucune possibilité de communication intérieure » (l'Arrêt du Conseil d'État du 25 juillet 2001), ne pouvaient être considérés comme un même immeuble. Détenir une adresse postale différente n'est, en revanche,

pas considéré comme primordial par le Conseil d'État qui se contente d'une simple distinction entre les deux bâtiments.

Citons ainsi les démêlés entre deux praticiens de Rhône-Alpes, le premier contestant au second son installation à côté de son cabinet. Le plaignant a dû se rétracter, la mitoyenneté ne pouvant constituer un motif d'interdiction dès lors que chaque bâtiment dispose d'une entrée distincte et qu'il n'existe entre eux aucune possibilité de communication. Dans ce cadre défini par le Conseil d'État dans sa jurisprudence, le professionnel n'a donc pas besoin de recueillir l'accord de son confrère. Cette décision n'aurait pu en revanche s'appliquer sur un bâtiment à étages, l'escalier constituant une « possibilité de communication intérieure ».

In fine, l'article 88 du Code de déontologie prévient toute interprétation qui pourrait comporter un risque de confusion pour la patientèle se rendant dans un local professionnel existant mais qui pourrait

AU FIL DU TEMPS LA JURISPRUDENCE DU CONSEIL D'ÉTAT A DÉGAGÉ TROIS CRITÈRES ENCADRANT CETTE INTERDICTION :

> **Des entrées indépendantes**, 12 / 11 / 1997 : « Si les deux cabinets sont placés dans un même bâtiment et ils ne sont accessibles que par deux entrées indépendantes... ».

> **Une adresse postale différente**, 12 / 11 / 1997 : « (...) au surplus portant chacune un numéro d'adresse postale différent ».

> **Aucune possibilité de communication intérieure entre les deux bâtiments**, 25 / 07 / 2001 : « Les locaux professionnels (...) sont situés dans un même ensemble immobilier (...) mais qu'il n'existe aucune possibilité de communication intérieure entre [les] bâtiments ».



trouver un autre professionnel que celui initialement installé. Naturellement, chaque situation doit être examinée au cas par cas et il est prudent et conseillé de demander l'avis du CROPP avant d'engager toute démarche.

L'interdiction d'installation dans un immeuble déjà occupé par un confrère s'inscrit dans l'espace mais aussi dans le temps.

S'installer dans un local ou immeuble quitté par un pédicure-podologue ?

L'interdiction d'installation est étendue selon les mêmes modalités (approbation du praticien ou à défaut de celle du CROPP) aux locaux et immeubles qui ont abrité un pédicure-podologue parti dans les douze derniers mois. Il convient d'insister sur la nature du délai parfois mal interprété par certains professionnels. Dans l'article en référence du Code de déontologie, la mention « pendant l'année qui suit son

départ » doit se comprendre après les douze mois qui suivent son départ et non pas dans l'année civile qui, si un cabinet a été fermé en octobre, laisserait penser qu'une nouvelle ouverture serait possible dès le 1^{er} janvier de l'année suivante...

Dans cet exemple, le praticien devra attendre le mois d'octobre suivant pour exercer dans ses nouveaux locaux – la prise d'effet de ce délai commence à la date effective où le praticien a quitté son local ou immeuble.

Ce délai garantit l'équité professionnelle puisqu'il empêche tout nouveau pédicure-podologue de s'approprier la clientèle d'un confrère : au terme des douze mois, elle aura perdu de manière significative toute sa densité et le bailleur aura eu vite fait de remettre l'emplacement sur le marché. Cette période de latence contraindra le pédicure-podologue désirant s'installer de trouver un accord avec son confrère ! L'interdiction bénéficie donc autant aux

professionnels désirant effectuer un transfert de cabinet ou prendre leur retraite, qu'à ceux qui se sont vus contraints de fermer leur cabinet secondaire : elle peut en effet faciliter la revente de leur clientèle.

Enfin, comme pour la précédente interdiction, cette disposition vise à écarter la moindre confusion dans l'esprit du public quant à l'identité et l'origine du professionnel et de son exercice. ●

Le respect et la bonne application de l'article 88 du Code de déontologie sont indissociables de l'action des CROPP en ce domaine. Leurs décisions et leurs conseils doivent s'inscrire dans un esprit d'impartialité et motivés en connaissance des besoins locaux de la santé publique. La récente mise à disposition par l'Ordre national d'un logiciel de démographie baptisé « PODEMO » renforce leur pertinence en ce domaine.

LE STATUT DE L'ENTREPRENEUR INDIVIDUEL À RESPONSABILITÉ LIMITÉE (EIRL)

Tout entrepreneur individuel peut affecter à son activité professionnelle un patrimoine séparé de son patrimoine personnel, sans création d'une personne morale.

Définition de l'E.I.R.L.

La loi n°2010-658 du 15 juin 2010 relative à l'entrepreneur individuel à responsabilité limitée (ci-après « loi E.I.R.L. ») offre la possibilité aux entrepreneurs de protéger leurs biens personnels en cas de faillite.

Elle prévoit que « **tout entrepreneur individuel peut affecter à son activité professionnelle un patrimoine séparé de son patrimoine personnel, sans création d'une personne morale** ». (*)

Ce nouveau mécanisme, appelé **patrimoine d'affectation**, permet en effet à l'entrepreneur d'opérer une séparation juridique entre son patrimoine personnel et le patrimoine affecté à l'exercice de son activité professionnelle, seul ce dernier étant susceptible de servir de gage aux créanciers professionnels.

Qui peut opter pour l'E.I.R.L. ?

Le régime de l'E.I.R.L. est ouvert à tout entrepreneur indépendant qu'il soit commerçant, artisan, exploitant agricole ou **professionnel libéral**. L'E.I.R.L. est donc ouvert à tout entrepreneur individuel, **personne physique**. De fait, les personnes morales en sont exclues.

De quoi se compose le patrimoine affecté ?

Le patrimoine affecté comprend obligatoirement l'ensemble des biens, droits, obligations ou sûretés dont l'entrepreneur individuel est titulaire et qui sont nécessaires à l'exercice de son activité professionnelle ou qu'il utilise pour l'exercice de son activité professionnelle (matériel, bureau, ordinateur, emprunts, droit au bail, ...).

Pour compléter l'étendue de sa garantie, l'entrepreneur individuel peut décider d'affecter à son patrimoine professionnel des biens à usage mixte, c'est-à-dire à la fois professionnel et personnel comme par exemple un immeuble en partie dédié à l'activité, une voiture...

Il est également possible d'y affecter des biens communs ou indivis avec toutefois l'accord exprès du conjoint ou des coindivisaires (**), préalablement informés de la portée de leur engagement.

Les formalités nécessaires

L'adoption du statut de l'E.I.R.L. est matérialisée et officialisée par **le dépôt d'une déclaration d'affectation**. Ce dépôt est effectué auprès d'un organisme désigné en fonction de l'activité exercée. En d'autres termes, il s'agit pour les professionnels libéraux du greffe du tribunal de commerce (ou du tribunal de grande instance statuant en matière commerciale) de leur lieu d'implantation.

Que doit contenir la déclaration d'affectation ?

La déclaration d'affectation devra préciser l'objet de l'activité professionnelle concernée et comporter :

► **un état descriptif des biens, droits, obligations ou sûretés affectés à l'entreprise en nature, qualité, quantité et valeur.**

► **l'acte notarié en cas d'affectation d'un bien immobilier.** L'affectation d'un bien immobilier ou d'une partie d'un tel bien devra, en effet, être faite par acte notarié et publiée au bureau des hypothèques ou, dans les départements du Bas-Rhin, du

Haut-Rhin et de la Moselle, au livre foncier de la situation du bien.

► **le rapport d'évaluation** établi par un commissaire aux comptes, un expert-comptable, une association de gestion et de comptabilité ou un notaire en cas d'affectation de biens d'une valeur unitaire déclarée supérieure à un montant fixé par décret. L'évaluation par un notaire ne peut concerner qu'un bien immobilier.

► **le document justifiant que l'entrepreneur a obtenu l'accord exprès de son conjoint ou de ses coindivisaires** et les a informés préalablement sur les droits des créanciers lorsque tout ou partie des biens affectés sont des biens communs ou indivis.

Multiplicité de l'E.I.R.L.

Pour l'instant, il n'est possible que de créer un seul et unique patrimoine affecté et donc qu'un seul EIRL. Toutefois à compter du **1er janvier 2013**, un même entrepreneur individuel exerçant plusieurs activités pourra constituer pour chacune d'elles un patrimoine d'affectation.

Obligation d'information

Pour l'exercice de l'activité professionnelle à laquelle le patrimoine est affecté, l'entrepreneur individuel utilise une **dénomination** incorporant son nom, précédé ou suivi immédiatement des mots : « Entrepreneur individuel à responsabilité limitée » **ou des initiales** : « EIRL »

Régime fiscal

L'exercice professionnel sous forme d'EIRL relève en principe de l'impôt sur le revenu (IR) mais l'entrepreneur est autorisé à opter pour l'impôt sur les sociétés (IS). L'activité professionnelle exercée par l'EIRL fait

l'objet d'une comptabilité autonome qui devra être déposée chaque année au lieu d'enregistrement de la déclaration d'affectation.

► **Régime fiscal de droit commun de l'EIRL (IR) :** L'EIRL relève de plein droit de l'impôt sur le revenu. Le bénéfice fiscal réalisé par l'EIRL est imposable selon les règles applicables à la catégorie des revenus correspondant à la nature de l'activité exercée (commerciale, agricole ou libérale).

► **Régime fiscal optionnel (IS) :** le bénéfice réalisé par l'EIRL qui a opté pour l'impôt sur les sociétés, est imposée au taux réduit de 15 % jusqu'à 38.120€ de bénéfices et 33,33% au-delà.

Régime social

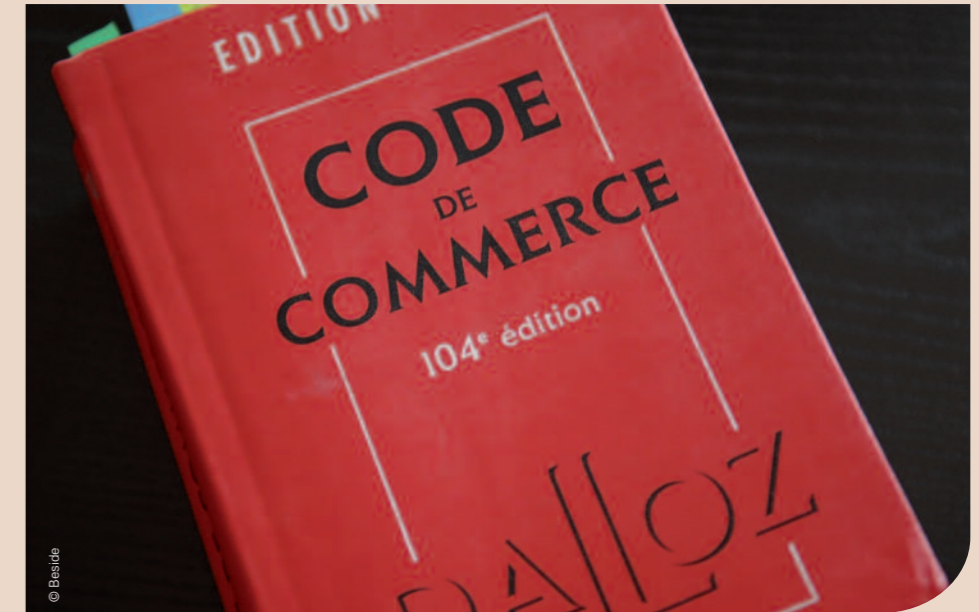
L'EIRL relève du **régime social des travailleurs non salariés**, qu'il relève de l'impôt sur le revenu ou qu'il opte pour l'impôt sur les sociétés. Néanmoins la base de calcul des cotisations sociales dues par l'entrepreneur dépendra de son régime fiscal.

► **Option à l'IR :** Les cotisations sociales sont calculées sur le bénéfice imposable de l'entreprise, comme c'est le cas pour l'ensemble des entrepreneurs individuels ; il n'y a donc pas de changement.

► **Option à l'IS :** Il s'agit de l'apport de la « loi EIRL ». Si l'entrepreneur individuel opte à l'IS, les cotisations sociales sont calculées sur le revenu d'activité pris en compte pour le calcul de l'impôt sur le revenu, donc sur sa rémunération.

La comptabilité de l'EIRL est elle soumise à une obligation de publicité ?

L'activité professionnelle à laquelle le patrimoine est affecté fait l'objet d'une comptabilité autonome qui devra être



déposée chaque année au lieu d'enregistrement de la déclaration d'affectation.

Formalités bancaires

L'entrepreneur EIRL est tenu d'ouvrir un compte bancaire exclusivement dédié à l'activité pour laquelle un patrimoine a été affecté.

Le statut de l'E.I.R.L. est-il déjà applicable ?

Non, il n'est pas encore opérationnel. L'article 14-I de la « loi E.I.R.L. » dispose que « à l'exception des articles 2, 3, 6 et 9 à 13, la présente loi entre en vigueur **à compter de la publication de l'ordonnance** prévue au I de l'article 8 ». L'ordonnance à laquelle il est fait référence est celle que le Gouvernement devra publier en vue d'adapter au patrimoine affecté de l'EIRL les dispositions du Code de commerce relatives à la prévention et au traitement des difficultés des entreprises et aux responsabilités et sanctions encourues par l'entrepreneur à cette occasion.

Le statut de l'E.I.R.L. devrait entrer en vigueur le 1er janvier 2011.

L'intérêt essentiel de ce nouveau statut réside dans la possibilité pour l'entrepreneur individuel d'isoler son patrimoine professionnel et les risques y afférent, de son patrimoine personnel, tout en conservant l'exploitation directe de son activité et sans passer par les formalismes d'une société. ●

(*) Articles L. 526-6 à L. 526-21 du Code de commerce.
(**) Celui qui est dans l'indivision avec une ou plusieurs autres personnes. Ce qui peut être le cas des héritiers, des époux ou des indivisions volontaires.

EXERCICE PROFESSIONNEL

“ Je m’apprête à reprendre un cabinet, quelles sont les démarches importantes ? „

➤ **Concernant la clientèle**, pour tout rachat de cabinet, il faut se poser et répondre à plusieurs questions, évaluer les risques et prévoir l’avenir : quelles sont les raisons de départ du cédant ? Combien de confrères se sont installés autour du cabinet et depuis quand ? Quel est l’âge et l’évolution de la population locale, les activités sociaux-économiques du secteur ? De même, pour définir l’indemnité de cession d’une clientèle, il faut demander les déclarations fiscales des trois dernières années, faire un comparatif des dépenses de fonctionnement sur trois ans (loyers, EDF...). et prévoir dans le contrat une clause de non concurrence et de non réinstallation. L’indemnité de reprise sera calculée suivant les us et coutumes actuelles de la profession, sur la moyenne des trois derniers chiffres d’affaires. Il ne faut pas oublier de présenter la promesse de vente au Conseil régional pour obtenir l’agrément de l’Ordre, puis transmettre le contrat de cession une fois la vente établie, sous les conditions de l’article L. 4113-9 du Code de la santé publique. Le contrat de cession doit également être présenté par l’acheteur à la Recette des impôts dans les 30 jours suivant la cession. Des droits d’enregistrement sont dus aux tarifs en vigueur, le contrat de cession devant indiquer le professionnel qui supportera les frais d’enregistrement.

➤ **Pour les locaux**, il faut être particulièrement prudent et faire notamment attention aux conditions de reprise du bail professionnel (durée restant sur le bail existant ou conditions de signature d’un nouveau bail, transformation du local) et à l’accord du propriétaire pour d’éventuels travaux d’agencement...

➤ **Pour déterminer le prix de cession du matériel**, il faut consulter les livres d’immobilisations et d’amortissements, établir une liste estimative du matériel d’occasion (valeur vénale). De même, le cédant peut être indemnisé des aménagements, spécifiques à l’activité, réalisés dans le local professionnel.

➤ **Concernant le personnel**, il faut prendre en compte le principe de droit qui est le maintien du contrat de travail. Toutefois, la jurisprudence reconnaît un droit au licenciement avant ou après le transfert de l’activité, essentiellement pour des raisons économiques.

“ Quelles sont alors les formalités juridiques ? „

Il s’agit de vérifier que la promesse de cession comporte : un prix distinguant le prix du matériel de la clientèle, la liste du matériel cédé, une clause suspensive relative à l’autorisation du service de l’urbanisme, nécessaire pour la transformation en local professionnel (ou mixte), une demande de prêt, une demande d’agrément en tant

que fournisseur de petits appareillages, une autorisation de création de cabinet secondaire si l’acheteur détient déjà un cabinet principal auprès du CROPP. Mais aussi l’accord préalable du bailleur pour la cession du bail, les formalités de transfert des dossiers et de la ligne téléphonique, une éventuelle période d’adaptation avec le confrère cédant, et obligatoirement les modalités de présentation à la clientèle (soit physiquement durant une période déterminée, soit par correspondance dont le contenu sera agréé par les deux parties), une clause de non concurrence ; en annexe, une copie du bail professionnel, un état des lieux et un état du matériel existant et enfin le règlement de copropriété le cas échéant.

“ Lors d’une interdiction d’exercice, puis-je prendre un remplaçant ou faire appel à mon collaborateur ? „

Il peut arriver que pour diverses raisons, le plus souvent disciplinaires, vous soyez interdit d’exercer pour une période donnée. Cette sanction entraîne inmanquablement une perte de revenus pendant le temps que dure cette interdiction et les charges sociales ou de fonctionnement du cabinet courent toujours. Cependant, en aucun cas vous ne pouvez recourir à un remplaçant ou à un collaborateur, même par le biais d’un contrat entre la société au sein de laquelle vous pourriez exercer ; cela n’est pas autorisé par la loi. Le Conseil d’État l’a par ailleurs rappelé dans une décision du 18 décembre 2009 (n°333873) pour le cas d’un chirurgien-dentiste.