

P. 3
missions
EXERCICE
COMPTABLE
2006-2007



P. 5
déCodage
INDÉPENDANCE
PROFESSIONNELLE
Un principe déontologique
fondamental



P. 6
élections
CONSEILLERS
2008
Résultats nationaux
et régionaux



P. 15
juridique
CONCILIATION
Une obligation

dossier

LA QUALITÉ EN PRATIQUE QUOTIDIENNE

UN ENGAGEMENT DÉONTOLOGIQUE

Comme tout professionnel de santé, le pédicure-podologue se doit aujourd'hui d'exercer dans des conditions qui ne puissent compromettre la qualité des soins et la sécurité des patients: c'est à la fois une responsabilité professionnelle et une obligation déontologique. C'est un droit pour tous ses patients ! Il est donc désormais impératif de connaître et respecter les normes pouvant s'appliquer dans un objectif de qualité et de sécurité des soins.

© Beside

La qualité dans le Code de déontologie

La qualité des soins et des actes accomplis par le pédicure-podologue au cours de son exercice est un **devoir déontologique**, mentionné dans notre nouveau Code de déontologie, en sa Sous-section 1 (Devoirs généraux des pédicures-podologues) et son Article R. 4322-34: « *En aucun cas le pédicure-podologue ne doit exercer sa profession dans des conditions susceptibles de compromettre la qualité des soins et des actes qu'il accomplit ou la sécurité des patients. Il ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelle forme que ce soit*

et quelle que soit la forme ou les conditions de son exercice professionnel. »

Elle est précisée plus loin, en conclusion de l'Article R. 4322-77 (Sous-section 4, Paragraphe 1^{er}: Modalités d'exercice libéral), qui traite des conditions légales exigées pour l'exercice en cabinet: « *... Dans tous les cas, doivent être assurées la qualité des soins, leur confidentialité et la sécurité des patients. Le pédicure-podologue doit notamment veiller au respect des règles qui s'imposent à la profession en matière d'hygiène, de stérilisation et d'élimination des déchets.* »

SUITE P.8



En application de l'article R.4125-3 du Code de la santé publique, l'Ordre national des pédicures podologues a procédé, en mai et juin, aux élections pour le premier renouvellement par tiers des membres des conseils régionaux et du Conseil national.

Pour les élections régionales, nous avons reçu 112 candidatures, seules 94 ont pu être enregistrées. Certains diront que nous avons été sévères dans nos critères de sélection. Il n'en est rien, le national, soutenu par son conseiller d'État M.T. Dulong, a appliqué strictement les textes et a voulu que ces élections se déroulent de manière irréprochable. Des guides de procédures ont été rédigés, les secrétaires et présidents de régions réunis pour se former à l'organisation de cet événement.

Nous regrettons sincèrement le manque de candidatures, notamment pour certaines régions ou interrégions pour lesquelles les postes de suppléants n'ont pas pu être pourvus. En revanche, nous pouvons être satisfaits du taux de participation qui s'élève à 36,5% en région (61%-28 %) et à...% au national. Ce nombre de votants est très honorable au regard de ce qui se passe au sein des autres Ordres de santé et des organisations professionnelles.

Rappelons que le rôle des Conseils régionaux est primordial pour permettre à l'Ordre d'être présent à tous les échelons du système de santé en France, pour représenter la profession mais aussi assurer qu'il est au service des patients et des professionnels en régions.

Dans le mois à venir, les conseils régionaux et le Conseil national procéderont à l'élection de leur bureau et prendront contact avec l'ensemble des institutions régionales. Une réunion nationale de tous les conseillers est programmée pour le dernier trimestre.

À tous ceux qui se sont investis pendant deux ans, réélus ou non, nous adressons nos très sincères remerciements pour leur engagement et, aux nouveaux élus, toutes nos félicitations, dans l'attente de les retrouver sur nos projets d'avenir.

Bernard BARBOTTIN

actualités

› La réingénierie du Diplôme de pédicure - podologue

La réingénierie des diplômés du secteur sanitaire est inscrite dans la Loi de modernisation sociale de 2002. Les diplômés d'État sont inscrits obligatoirement au RNCP (Répertoire National des Certifications Professionnelles). Ceux de santé le sont non pas en fonction du nombre d'années de formation comme pour les diplômés de l'Éducation Nationale, mais en fonction du degré d'autonomie et de responsabilité. La Commission Nationale de Certification Professionnelle impose que les DE Santé soient élaborés avant tout sur la base d'un référentiel d'activités et d'un référentiel de certification, et non plus comme précédemment sur un référentiel d'actes (décret d'actes) et sur un programme de formation détaillé à l'extrême. Cette méthodologie doit permettre d'identifier des niveaux de savoir et de savoir-faire communs à plusieurs professions, c'est-à-dire des compétences communes permettant d'envisager des passerelles entre elles. Cette réingénierie du diplôme d'État de pédicure-podologue est la condition *sine qua non* à l'accès de notre profession au système LMD (Licence Master Doctorat). Depuis mars, l'ONPP participe activement aux réunions de travail organisées par la Dhos (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins). Les résultats finaux sont attendus pour la fin de l'année.

› Quelle suite aux États généraux ?

M. Barbottin a été invité à participer, le jeudi 6 mars, à une audition devant le sous-groupe 2 des États généraux de l'organisation de la santé (phase 2) au Ministère de la santé. Au décours d'une grille d'entretien, notre président, accompagné de deux membres de bureau, a pu présenter les positions de l'Ordre sur les thèmes de la formation, de l'installation et de l'exercice de la profession de pédicure-podologue. Un séminaire de restitution a eu lieu le 9 avril auquel l'ONPP assista.

› Parutions au J.O. des décisions du 22 février 2008 interdisant la publicité

pour un objet, appareil ou méthode présenté comme bénéfique pour la santé lorsqu'il n'est pas établi que les propriétés annoncées sont acquises. Ces décisions font suite à la parution via une annonce presse d'une publicité en faveur d'une méthode de réflexologie plantaire qui « ... atténue les migraines et les problèmes gastriques » et de traitement des jambes lourdes (JORF n°0094 du 20 avril 2008 page 6613 texte n° 13) et à la publicité sur des sites Internet en faveur de semelles présentées comme « améliorant de nombreuses douleurs articulaires, musculaires ou tendineuses par une correction neurologique de la posture » (J.O.R.F. n°0105 du 4 mai 2008 page 7466 texte n° 15).

› Pour faire suite à la Convention nationale entre l'UNCAM et la FNP :

Parution au J.O. n°0119 du 23 mai 2008 de la décision du 4 mars 2008 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie incluant la lettre POD pour les actes de prévention de pédicurie-podologie chez un patient diabétique présentant des pieds à risque de grade 2 ou 3. Cette décision confirme que seuls les soins en cabinet seront pris en charge.

› Les jeunes diplômés du mois de juin préparent leur entrée dans la profession

et sont attentifs aux différents contrats d'exercice libéral qui peuvent leur être proposés. Une situation nouvelle s'impose et amène l'Ordre des pédicures-podologues à stopper la diffusion du contrat d'assistant libéral. S'ils ne souhaitent pas faire de remplacement, ni s'installer à leur compte dans l'immédiat, les jeunes diplômés doivent privilégier la conclusion d'un contrat de collaboration libérale. En tout état de cause, les conseils régionaux vérifieront dans le cadre de leur mission légale de conseil et de prévention juridique les contrats qui leur seront soumis et restent à leur disposition pour toute information complémentaire. Rappelons également que lors de son inscription au Tableau de l'Ordre, le jeune diplômé déclare sur l'honneur son engagement à respecter le Code de déontologie devant le CROPP dont il relève.

COMPTES 2006/2007 UN PREMIER EXERCICE COMPTABLE D'UNE DURÉE EXCEPTIONNELLE DE 18 MOIS

Lors de la session plénière du 18 avril 2008, le Conseil national a approuvé le bilan comptable 2006-2007. Celui-ci a fait préalablement l'objet d'une validation par notre expert-comptable et d'un examen de la Commission Contrôle des comptes.

Rappelons que le compte de fonctionnement et de résultat retrace l'ensemble des mouvements de dépenses et de recettes afférents à l'activité de l'organisme au cours de l'exercice 2006-2007, premier exercice comptable du CNOPP d'une durée exceptionnelle de 18 mois. Exercice exceptionnel, budget exceptionnel et dépenses exceptionnelles liés à la période de mise en place de notre institution. Bien sûr, nous n'avons pas le recul suffisant pour faire un comparatif, ni pour évaluer exactement le volume et le coût de nos futures actions juridictionnelles, ce qui explique notre obligation à affecter un montant important de notre budget au fonds de réserve de l'Ordre en prévision de ces missions légales, projets ordinaires ou autres charges exceptionnelles. Nous vous présentons ici les grandes lignes de ce premier bilan financier et en commentons les résultats.

Les cotisations

En créant l'Ordre national des pédicures-podologues, le législateur a voulu confier d'importantes responsabilités à une institution émanant de la profession, plutôt qu'à l'État. Dans le même temps, il a voulu que cette institution chargée de « la défense de l'indépendance de la profession » ait elle-même les moyens de son indépendance. Il a ainsi donné à l'Ordre la pleine maîtrise de ses ressources et de son budget, qui dépendent entièrement des pédicures-podologues eux-mêmes. Ainsi, le budget dont dispose l'ONPP pour faire face à ses missions émane

quasi exclusivement (hormis quelques placements de trésorerie) des cotisations des pédicures-podologues inscrits au Tableau.

Les cotisations émises, c'est-à-dire celles normalement encaissées si tous les professionnels avaient répondu à nos appels et si leur nombre présenté sur les listes ADELI avait été le reflet de la réalité, se montaient à 4 047 K€. Cependant, sur cette période, les cotisations acquises s'élèvent effectivement à 3 879 K€. Depuis l'appel de cotisation 2008, le service comptable de l'Ordre a encaissé plus de 300 cotisations pour l'année 2007 et une centaine pour 2006. Les derniers réfractaires auront affaire, à leur charge, à une société de recouvrement mandatée par l'Ordre, dès le mois de juin.

Le total de nos ressources s'élève donc pour 2006-2007 à 3 896 K€ après résultat financier de +17 K€ liés aux placements de trésorerie.

EXERCICE COMPTABLE 2006-2007 & BUDGET PRÉVISIONNEL

Cet état est le reflet d'un premier d'exercice et justifie d'autant la nécessité de se baser pour l'avenir sur un budget prévisionnel. Il nous faudra très vraisemblablement un recul de trois années pour visualiser pleinement l'adéquation de nos moyens et des besoins pour remplir pleinement nos missions.

Les conseillers nommeront, lors du prochain Conseil national de juillet 2008, un commissaire aux comptes indépendant pour valider dès 2008 nos procédures internes et, dès 2009, procéder à la certification de l'exactitude et de la sincérité de nos comptes.



Versements aux régions

L'Ordre national a versé directement aux Conseils régionaux 1 708 K€, mais a également, avec une politique d'achats groupés, payé au titre des régions les assurances, frais d'équipements de bureau et leasing (informatique, connexions Internet, photocopieuses, mobiliers, fournitures etc.) : soit plus de 60 % du budget global pour le fonctionnement des Conseils régionaux. Ceux-ci doivent par ailleurs en toute transparence vous présenter dans leurs bulletins régionaux les comptes annuels et budgets prévisionnels.

GRANDES LIGNES DE DÉPENSES & RÉSERVES

Cotisations émises	4 047 000 €
Cotisations acquises	3 879 000 €
Revenus financiers	16 700 €
Total des ressources	3 895 700 €
Versement direct aux régions	1 708 500 €
Achats généraux	144 602 €
Charges de personnels	143 507 €
Impôts et taxes	800 €
Charges liées à l'immobilier	139 579 €
Services extérieurs (communication, conseils, experts)	232 305 €
Location de matériel	26 318 €
Entretien et réparations travaux	8 304 €
Primes d'assurances	11 641 €
Fournitures de bureau documentation PTT	31 903 €
Intranet et réseau communications informatiques	63 151 €
Frais de déplacement	100 042 €
Indemnités des conseillers	154 621 €
Autres charges	5 388 €
Total des dépenses	2 772 661 €
1- Travaux en attente de règlement	200 000 €
2- Provisions pour risque et charges	286 000 €
Chambres disciplinaires 1 ^{er} instance réserves	
Chambre disciplinaire 2 ^{er} instance réserves	
Élections	
3- Actions retardées	167 000 €
4- Économies réalisées	285 000 €
Résultat réel	105 000 €

Vous pouvez noter le solde positif de 105 K€ qui s'explique aisément par quatre points bien distincts :

1. Tout d'abord, nous avons des actions prévues en 2007 et dont les prestations n'ont pu être engagées qu'en 2008 (200 K€). Il en va ainsi pour le lancement du logiciel propriétaire de gestion du Tableau de l'Ordre, le site Internet, le serveur informatique et le logiciel réseau, de même que certains travaux d'aménagement du local informatique, la climatisation et la sonorisation des locaux (obligation d'enregistrement des conseils nationaux).

Ces opérations d'investissements affectent le résultat budgétaire, sans impacter le résultat comptable.

2. Nous avons, dès la première année de fonctionnement, en application de nos dispositions réglementaires et après avis d'une société de conseil, décidé de constituer des lignes de réserves (286 K€) pour la réunion biennale de l'ensemble de nos conseillers élus, l'organisation des

élections biennales et, bien qu'aujourd'hui encore imprévisible mais obligatoire, le fonctionnement des Chambres disciplinaires régionales et de la Chambre disciplinaire nationale.

3. Une autre explication réside dans les difficultés rencontrées, l'obligation de faire des choix d'actions prioritaires, et donc le retard que nous avons eu pour engager certaines actions (167 K€) : le recrutement de secrétaires administratives et comptables au Conseil national arrivées en avril et juillet, alors que leur rémunération avait été prévue dès janvier 2007, l'installation dans nos locaux qui ne s'est pas effectuée en novembre 2006 comme prévu mais en janvier 2007, le lancement de notre bulletin officiel de l'Ordre « Repères » pour lequel il n'a pu y avoir que deux numéros au lieu de 4 et sur 8 pages uniquement...

4. Ensuite, et il est important de le souligner, nous avons toujours eu le souci de faire des économies (285 K€). Ainsi grâce à diverses négociations, au choix des prestataires, à la réalisation en interne et aux procédures d'achats groupés, bon nombre d'économies ont pu être réalisées. Cela s'est vérifié en matière de communication sur l'impression et la diffusion du Code de déontologie, en matière de matériels, fournitures de bureau, achats et installations informatiques, concernant les travaux d'aménagement des locaux en régions, les dépôts et cautions versés en 2007 et enfin la décision de partager les locaux entre le National et le Conseil régional d'Île-de-France. Les frais financiers sur emprunt ont été évités suite à une négociation avec la Société Générale pour transformer l'emprunt bancaire prévu en facilité de caisse à titre gratuit. Ces économies sont essentielles et nous permettent de provisionner un budget spécifique pour le financement de certaines missions de l'Ordre, pour exemple la mise en œuvre de l'évaluation des pratiques professionnelles... Elles nous permettent également de procéder dès à présent au recrutement de personnels supplémentaires pour garantir au mieux notre service envers vous et répondre pleinement à vos attentes !

Ces 4 points représentent un total d'environ 938 K€. Le différentiel entre le résultat net comptable (1 043 K€) et ce total (938 K€) s'élève à 105 K€, à comparer avec le résultat prévu au budget prévisionnel 2006-2007 de 99 K€.

ARTICLE 34 DU DE DÉONTOLOGIE INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE : UN PRINCIPE DÉONTOLOGIQUE FONDAMENTAL

Article 34 : « En aucun cas le pédicure-podologue ne doit exercer sa profession dans des conditions susceptibles de compromettre la qualité des soins et des actes qu'il accomplit ou la sécurité des patients. Il ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit et quelles que soient la forme ou les conditions de son exercice professionnel ».

Pour comprendre la portée de cet article, il est tout d'abord important de remarquer sa place au sein du Code de déontologie : il figure non pas dans la partie « Exercice libéral », mais bien dans la partie « Devoirs généraux du pédicure-podologue ». Ce qui implique que cet article s'applique à tous les professionnels, qu'ils exercent en activité libérale ou en activité salariée, en milieu hospitalier notamment.

Il faut retenir avant toute chose que le fait de refuser l'aliénation de l'indépendance professionnelle ne condamne pas pour autant l'exercice salarié. En effet, le professionnel peut être salarié et conserver son indépendance professionnelle, dans la mesure où il reste **guidé par sa seule conscience et ses connaissances dans son exercice professionnel**.

Si on se réfère à l'étymologie du mot aliénation, il signifie « transmettre », « transférer », « donner à un autre ».

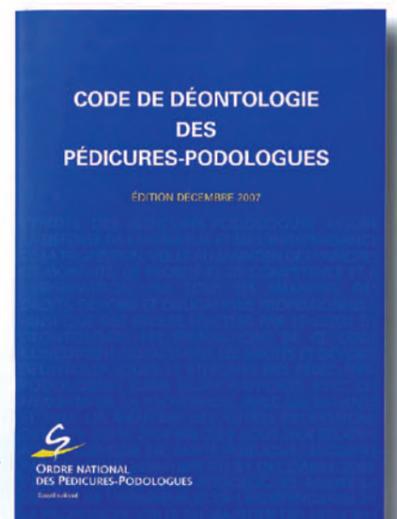
Ainsi, la conservation de cette indépendance doit permettre au professionnel d'agir **uniquement dans l'intérêt de la santé et dans le respect de la sécurité des patients**. En effet, il doit pouvoir prodiguer des soins en toute indépendance, sans que quiconque n'intervienne pour l'orienter dans son diagnostic, dans sa façon de pratiquer des actes ou encore dans la rédaction des prescriptions qu'il peut éventuellement établir.

Bien qu'admise et confirmée dans son principe à maintes reprises par le Conseil d'État, l'indépendance professionnelle est cependant, aujourd'hui plus que jamais, menacée dans ses applications.

On sait, par exemple, que l'indépendance du praticien peut être confrontée à des intérêts financiers dans les établissements privés, notamment concernant le choix dans les pathologies à traiter. À l'hôpital public, c'est l'organisation des soins et la hiérarchisation de la responsabilité qui peuvent porter atteinte à ce principe. La pratique en réseau se heurte aux mêmes réalités. Par ailleurs, le risque de subordination est encore plus important pour l'exercice salarié de la pédicurie-podologie, ce qui n'est pas admissible.

Enfin, le pédicure-podologue ne peut recevoir d'avantages personnels de la part du patient ou de l'un de ses proches sans que cela n'altère, de près ou de loin, son indépendance professionnelle. Aucun avantage personnel ne doit influencer le praticien. Accepter de satisfaire toute demande d'un patient ou d'une tierce personne, c'est favoriser une relation vénale et tromper par avance la confiance sur laquelle le patient doit pouvoir compter en cas de besoins thérapeutiques. Cela implique que le praticien ne doit accepter aucun avantage en nature ou en espèces (cadeaux, dessous de table, etc.). C'est d'ailleurs dans cette optique que le Conseil de l'Ordre réglemente également les relations entre les pédicures-podologues et les industries pharmaceutiques ou autres.

Ainsi, l'indépendance professionnelle fonde la confiance du patient, et le contrat tacite qui lie le patient à son praticien ne serait pas loyal si ce dernier se disposait à agir sous d'autres influences que le seul intérêt du patient. Plus qu'un simple devoir du praticien, on peut donc affirmer que les implications de ce principe sont plus étendues, au point de considérer qu'il s'agit d'un véritable droit du patient.



RÉSULTATS DE L'ÉLECTION DES CONSEILLERS RÉGIONAUX ÉLECTION DU 16 MAI 2008

*Élus listés suivant le nombre de voix obtenues

RÉGION ALSACE (48,6% de votants)

Titulaires:

François STEIMER
Serge COIMBRA
Suppléants:
Joël HANNEBIQUE
Fabienne KREYENBUHL

RÉGION AQUITAINE (45,7% de votants)

Titulaires:

Serge GARDES
Emmanuel HUGOT
Béatrice BASTIEN
Suppléants:
Florence RICHARD
Annick L'HOSTE-CLOS

RÉGION AUVERGNE (60,6% de votants)

Titulaires:

Elisabeth LEROUX
Gérard SOULIER
Suppléants:
Pierre NIEMCZYNSKI
Jean-Daniel LE PAPE

RÉGION BASSE-NORMANDIE (39,2% de votants)

Titulaires:

Brigitte BERSERON-ROOS
Thomas FENECH
Suppléants:
Henri DEBRAY
Catherine KERNANET

RÉGION BOURGOGNE (39,8% de votants)

Titulaires:

Angèle COTE
Pierre HOMAND
Suppléants:
Marie-Bernard MARIN
Nicolas ROMAIN

RÉGION BRETAGNE (35% de votants)

Titulaires:

Isabelle TRELUYER-HERBERT
Isabelle RIHOUAY-JAFFRE
Suppléants:
Yoann DELMAS
Laetitia BESNIER

RÉGION CENTRE (39,3% de votants)

Titulaires:

Christophe HUON
Stéphane CHESLET
Suppléants:
Michèle BOBIN
Jacques DAMION
1 poste vacant

RÉGION CHAMPAGNE-ARDENNE (55% de votants)

Titulaires:

Olivier MUTTER
Karine POIRIER
Suppléant:
Jean-Claude GAILLET
1 poste vacant

RÉGION FRANCHE-COMTÉ (39,1% de votants)

Titulaires:

Valérie BAILLEUL
Sylvie BLANC-SPERBER
Suppléant:
2 postes vacants

RÉGION HAUTE-NORMANDIE (46,1% de votants)

Titulaires:

Sophie ZUBLENA
Ernie MEISELS
Suppléant:
2 postes vacants

RÉGION ÎLE-DE-FRANCE/ DOM-TOM (27,6% de votants)

Titulaires:

Cécile BLANCHET-RICHARDOT
Jean-Louis BONNAFÉ
Jean-Philippe VISEU
Suppléants:
Marie-Christine HUSSON
Philippe VILLENEUVE
Fabrice LETANG-DELYS

RÉGION LANGUEDOC- ROUSSILLON (39,6% de votants)

Titulaires:

Gérard BAILLEUX
Franck ALZIEU
Suppléant:
Dominique JOURLAIT
3 postes vacants

RÉGION LIMOUSIN (50% de votants)

Titulaires:

Marc BOUTOT
Daniel GRAVELAT
Suppléants:
Daniel MELARD
Marion SOULIE

RÉGION LORRAINE (40,9% de votants)

Titulaires:

Véronique WELKER-COSMAO
Gérard HESTIN
Suppléant:
2 postes vacants

RÉGION MIDI-PYRÉNÉES (37,3% de votants)

Titulaires:

Jean-Pierre ROBLES
Delphine KERRIEN
Suppléant:
Guillaume BROUARD
1 poste vacant

RÉGION NORD-PAS-DE-CALAIS (33,4% de votants)

Titulaires:

Gérard PEYRAC
Daniel VENNIN
Suppléant:
Virginie HENNING RIBEIRO
1 poste vacant

RÉGION PACA-CORSE (33,6% de votants)

Titulaires:

Jean MAUGEIN
Gilbert LE GRAND
Suppléant:
Anne-Marie AGOSTA
Patrick SEMPOL

RÉGION PAYS DE LA LOIRE (37,8% de votants)

Titulaires:

Dominique ARNOUD
Véronique BONGARD-PESCHARD
Suppléant:
Cécile TOURTELIER
1 poste vacant

RÉGION PICARDIE (35,3% de votants)

Titulaires:

Xavier NAUCHE
Frédéric MORRA
Suppléant:
Alexandre REMOND
2 postes vacants

RÉGION POITOU-CHARENTES (47,4% de votants)

Titulaires:

Bruno SALOMON
Dominique GUILLON
Suppléants:
Laurent CASAS
Laurent SCHOUWEY

RÉGION RHÔNE-ALPES (34,4% de votants)

Titulaires:

Florence COUTURE JOUBERT
Pascale BONNET
Suppléants:
Philippe SOUILLLOL
Hervé PROTAT
Nathalie ROGER DELLAT
Denis FAVROT
David PREMEL

RÉSULTATS DE L'ÉLECTION DES CONSEILLERS NATIONAUX ÉLECTION DU 20 JUIN 2008

Seuls ont été électeurs les élus régionaux titulaires des interrégions concernées.

INTERRÉGION ÎLE-DE-FRANCE & DOM-TOM

Titulaire: Cécile CAZALET-RASKIN

Suppléant: Poste vacant

INTERRÉGION ALSACE, LORRAINE, BOURGOGNE, FRANCHE-COMTÉ

Titulaire: Philippe LAURENT

Suppléant: Gérard THOREAU

INTERRÉGION PICARDIE, NORD-PAS-DE-CALAIS, CHAMPAGNE-ARDENNE

Titulaire: Xavier NAUCHE

Suppléant: Poste vacant

INTERRÉGION RHÔNE-ALPES, PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR-CORSE

Titulaire: Gilbert LE GRAND

Suppléant: Poste vacant

INTERRÉGION AQUITAINE, LANGUEDOC-ROUSSILLON, MIDI-PYRÉNÉES

Titulaire: Serge GARDES

Suppléant: Rémi DAGREOU



donc être informées de cette obligation (Art. 35); en pratique, cette clause de confidentialité doit être mentionnée oralement lors de l'entretien d'embauche de tout personnel salarié du cabinet, et figurer dans son contrat de travail signé.

Le praticien doit de plus avoir, en toute circonstance, une attitude correcte, attentive et compatissante envers le patient et sa famille, respecter leur intimité et leur dignité (Art. 51 et 53).

Il doit veiller enfin à la sécurité des patients et, dans ce cadre, respecter les règles actuelles d'hygiène, de stérilisation et d'élimination des déchets qui s'imposent à tous les professionnels de santé (pages suivantes).

Qualité des soins et actes professionnels

Le pédicure-podologue doit **examiner, conseiller ou soigner** tous ses patients (Art. 4322-52); il a le devoir de faire un bilan et de poser un diagnostic lors de chaque consultation podologique. Lorsqu'il a accepté de donner des soins à un patient, il doit lui prodiguer des **soins éclairés, conformes aux données de la science** (Art. 4322-53); c'est le diagnostic, établi d'après le bilan initial, qui permet au praticien de conseiller et soigner de façon éclairée son patient, ce qui inclut et reconnaît son rôle pédagogique (conseils de prévention, information et éducation thérapeutique), notamment dans les maladies chroniques comme le diabète, l'obésité, ou encore en podologie gériatrique, mais aussi en podologie sportive...

Les « données acquises de la science », qui fondent ces soins, constituent une obligation de moyens. D'où la prohibition de procédés "insuffisamment éprouvés" (Art. 48).

Au delà de ces deux articles, le Code de déontologie nous montre que, pour le pédicure-podologue comme pour tout professionnel de santé, la qualité recouvre principalement trois domaines:

- l'accueil et les relations avec le patient,
- les soins et actes professionnels,
- la prévention des risques infectieux, c'est-à-dire l'hygiène, la stérilisation et l'élimination des déchets.

Qualité et devoirs envers les patients

Ces devoirs incluent le **secret professionnel** qui s'impose au pédicure-podologue ainsi qu'aux personnes qui l'assistent et qui doivent

UTILISATION ET TENUE DU DOSSIER PATIENT

Thème du 1^{er} référentiel professionnel élaboré en 2001 par l'Anaes (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé), à la demande de l'Association Nationale pour la Recherche et l'Évaluation en Podologie, le dossier patient y est défini comme: « un document papier ou informatique qui permet de conserver les renseignements nécessaires à la mise en place du diagnostic et au suivi du traitement podologique. »

Le dossier du patient en pédicurie-podologie, ainsi que son référentiel, s'inscrivent dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins; ils ont plus précisément pour objectif de structurer les aspects curatifs, préventifs, éducatifs et relationnels de la prise en charge d'un patient en pédicurie-podologie.

Outre des renseignements socio-administratifs et médico-chirurgicaux, il doit comporter des informations spécifiques à notre pratique professionnelle, détaillées et mises à jour dans un second référentiel établi par la Haute Autorité de santé (Has): Le pied de la personne âgée: approche médicale et prise en charge de pédicurie-podologie.

RECOMMANDATIONS. Juillet 2005. Annexe 1, pp 118-122.

FICHE DE SOINS DE PÉDICURE

Date de consultation:
Examen morphologique en décharge:

type de pied :
déformation(s) :

formule métatarsienne :

Pieds déchaussés en charge :
Pieds chaussés en charge :

podoscopie :
examen de la chaussure :

Examen dynamique :
- observations :

chaussé/déchaussé :

Examen clinique :
- vasculaire (artériel/veineux/lymphatique) :

- neurologique :
- articulaire :
- musculaire :

- dermatologique :
cutané/phanères :
type de lésions :

Sièges des lésions :

Gène fonctionnelle :

Évaluation de la douleur :

Le diagnostic et les objectifs podologiques :

Soins réalisés :

Matériels utilisés :

Pansements :

Traitements prescrits :

Observations, difficultés rencontrées :
Suivi de traitements :

Appareillage proposé :

Orthoplastie :
localisation :
type :
matériau :

Orthonyxie :
localisation :
type :
matériau :

FICHE CLINIQUE ORTHÈSE

EXAMEN CLINIQUE PAR LE PÉDICURE-PODOLOGUE

Siège et évaluation de la douleur :
Appréciation du handicap fonctionnel :

EXAMEN EN DÉCHARGE

- ceinture pelvienne :
- hanches :
- genoux :

- type de pied :
- déformation(s) :

Formule métatarsienne :

Vasculaire (artériel - veineux - lymphatique) :
Neurologique :
Articulaire :
Musculaire :
Dermatologique :

cutané/phanères :
Types de lésions :
Sièges des lésions :

EXAMEN CLINIQUE EN CHARGE PATIENT DÉCHAUSSÉ

Examen morphostatique général :

PIEDS DÉCHAUSSÉS EN CHARGE

Podographie (date, et documents joints) :
Podoscopie :

BILAN INSTRUMENTAL :
apitibi calcanéen :
arrière-pied :
médio-pied :
avant-pied :
Observation(s) :

examen de la chaussure : observation(s), modèle, usure, déformation

EXAMEN CLINIQUE STATIQUE EN CHARGE PATIENT CHAUSSÉ

Examen statique globale :
Ceinture pelvienne
Hanches
Genoux
Pieds

Tests réalisés - résultat :
Calage réalisé - résultat :

Modifications par rapport à l'examen initial :

EXAMEN CLINIQUE DYNAMIQUE EN CHARGE PATIENT CHAUSSÉ ET DÉCHAUSSÉ

Préciser le type d'examen : marche, course, geste sportif, geste professionnel

ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN PÉDICURIE-PODOLOGIE GÉRIATRIQUE

D'après: HAS (Haute Autorité de santé). Le pied de la personne âgée: approche médicale et prise en charge de pédicurie-podologie. RECOMMANDATIONS. Juillet 2005

Adaptée au risque podologique de chaque patient, l'éducation thérapeutique concerne soit le patient lui-même, soit un aidant, et comporte:

- la surveillance quotidienne de la peau et des ongles;
- le respect d'une bonne hygiène du pied;
- l'apprentissage de la coupe d'ongles adaptée, en émoussant les angles avec une lime aux bords non tranchants;
- l'apprentissage des gestes et objets à éviter (coupe-cors, lames de rasoir, produits irritants, coricides en cas de troubles sensitifs ou vasculaires...);
- l'apprentissage des caractéristiques d'un chaussage adapté;
- l'inspection et la palpation de l'intérieur de la chaussure afin de rechercher les causes de blessures possibles;
- l'apprentissage de la mise en place des orthèses d'orteils;
- le port régulier et la surveillance des orthèses d'orteils et/ou des orthèses plantaires.

Elle est particulièrement importante en raison de la chronicité des lésions du pied de la personne âgée et de l'efficacité thérapeutique démontrée des programmes éducatifs dans le domaine de la pédicurie-podologie dans cette population de patients (de plus de 60 ans).

D'où également l'obligation de **formation continue**, pour entretenir et perfectionner ses connaissances (Art. 38). En effet, la conscience professionnelle du pédicure-podologue implique attention minutieuse, disponibilité et compétence, ainsi qu'une juste appréciation des limites de cette **compétence**; c'est pourquoi il doit faire appel, « si sa conscience le lui commande », à un tiers compétent (confrère ou autre professionnel de santé).

Enfin, le pédicure-podologue, engage sa responsabilité professionnelle dans sa pratique quotidienne; et il est tenu de contracter une assurance en responsabilité civile professionnelle (Art. 78 du Code de déontologie; Art. L 1142 du Code de la santé publique [CSP]), dont il est indispensable de fournir une attestation pour être inscrit au tableau de l'Ordre.

AUTRES NORMES ET OBLIGATIONS CONCERNANT LE CABINET ET L'INSTALLATION PROFESSIONNELLE

Le Code de déontologie (Art. R. 4322-77 et 83) stipule que le pédicure-podologue doit bénéficier du droit à la jouissance d'un local professionnel et disposer d'une installation adaptée, d'un mobilier meublant, d'un matériel et de moyens techniques suffisants pour recevoir et soigner les patients, c'est-à-dire assurer leur accueil, leur sécurité et la bonne exécution des soins. En cas d'exécution des orthèses et autres appareillages podologiques, il doit de plus disposer d'un local distinct et d'un matériel approprié.

La réglementation des accès handicapés (loi n° 73-4 du 2 janvier 1973, complétée par le décret 78.109 paru au J.O. du 2 février 1978 et dans le Bulletin Officiel n°7 du 16 février 1978) justifie, pour tous les locaux construits après février 1979, de se renseigner à ce sujet auprès de la Direction de l'équipement de sa mairie et de la CRAM (en particulier en ce qui concerne l'agrément des orthèses plantaires).



Qualité, hygiène et prévention du risque infectieux

Selon l'article L. 4322-1 du CSP, les pédicures-podologues traitent directement les affections épidermiques et unguéales du pied, « à l'exclusion de toute intervention provoquant l'effusion de sang ». Cependant et à part la correction des défauts de la statique du pied, il peut arriver que le patient saigne lors d'autres actes de pédicurie-podologie, qui relèvent alors d'un haut risque infectieux^(1,2). Les contaminations pouvant survenir sont essentiellement bactériennes ou fongiques, mais aussi virales (risque de transmission du VIH, VHC et VHB), notamment en cas d'accident d'exposition au sang (AES).

Les pédicures-podologues sont concernés par les recommandations du Ministère de la santé (Guide de Bonnes Pratiques pour la Prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de Santé, 2004)⁽³⁾ et de la Haute Autorité de santé (Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical, 2007)⁽⁴⁾; ces recommandations « **reposent sur des obligations professionnelles réglementaires, déontologiques et éthiques, qui s'appliquent à tous les professionnels de santé médicaux et paramédicaux. Par conséquent, tout professionnel de santé doit connaître et prendre en compte les règles d'hygiène ainsi que les nouvelles exigences nées de la survenue de nouveaux agents pathogènes, dès lors que son exercice peut le mettre en contact avec ceux-ci.** »⁽³⁾

Plus spécifiquement, le Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales (C-CLIN) Ouest a élaboré, en 2006, un document centré sur « L'hygiène des soins en podologie »⁽¹⁾ dans une perspective **d'amélioration de la sécurité des patients mais aussi du pédicure-podologue.**

En effet, une enquête réalisée en 2003 dans 30 cabinets libéraux de pédicurie-podologie de la région Centre a montré que la maîtrise et la gestion du risque infectieux ne correspondaient pas au niveau d'exigence actuellement requis. D'où la nécessité d'un renforcement des bonnes pratiques d'hygiène dans les cabinets de pédicurie-podologie, tant en ce qui concerne les praticiens, les locaux, les matériels utilisés et les conditions d'antisepsie préalable aux soins.

Précautions d'hygiène pour le pédicure-podologue

Les recommandations générales concernent la tenue professionnelle : cheveux propres, courts ou attachés, vêtements ou blouse fermée, propres, changés tous les jours et systématiquement en cas de souillure ; chaussures fermées.



L'hygiène des mains est le facteur majeur de prévention des infections liées aux soins en termes de morbidité et de mortalité.

Il est recommandé :

- de retirer les bijoux de mains et de poignets, de garder ses ongles coupés courts, sans ajout de faux ongles ni vernis ;
- de procéder, à l'arrivée et au départ du cabinet, en cas de souillure et au retrait des gants, à un lavage des mains au savon doux liquide distribué à la pompe (conteneur fermé non rechargeable) ou en poche rétractable et jetable (proscrire les savons en pain) ;
- de se désinfecter les mains par friction hydro-alcoolique (pendant au moins 30 secondes) avant chaque patient et en cas d'interruption des soins pour un même patient ; après désinfection, les mains sont séchées par friction à l'air libre, sans rinçage ;
- d'utiliser des essuie-mains à usage unique ;
- d'hydrater ses mains quotidiennement, en dehors des périodes de soins aux patients,

avec une crème émolliente, pour éviter dermatites irritatives et sécheresse cutanée.

La **protection standard** recommandée pour préserver à la fois le patient et le praticien comprend :

- le port de gants (au moins une paire par patient) non stériles, selon l'acte technique à usage unique, en latex ou vinyle pour les soins techniques avec instruments ;
- l'utilisation de l'augette nettoiyable-désinfectable et d'un champ papier plastifié pour protéger la tenue professionnelle ;
- le port d'un masque médical (un par patient et par soin, à jeter après usage) et de lunettes pour protéger le praticien principalement contre les projections de particules d'ongles ou de poussières lors des opérations de fraiseuse ;
- la vaccination contre la tuberculose et, chez les sujets non immunisés, contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (obligatoire, depuis l'arrêté du 23 août 1999, pour tout candidat à l'exercice d'une profession de santé ; articles L.3111-4 et L.3112-1 du CSP). La vaccination antigrippale annuelle est également recommandée.

Il est de plus recommandé de promouvoir auprès du personnel travaillant dans le cabinet de pédicurie-podologie (après évaluation du statut vaccinal et des antécédents), la vaccination contre la grippe annuellement, et contre l'hépatite B (pour la personne chargée de l'entretien du cabinet).

L'hygiène du cabinet et des équipements

Sur le plan architectural, le cabinet de pédicurie-podologie doit disposer, en plus de la salle d'attente, de la salle de consultation et de soins et de la zone sanitaire (zone de lavage, désinfection, stérilisation), d'un **local distinct où sont réalisés les orthèses et autres appareillages podologiques** (Art. R. 4322-77 du Code de déontologie). Il est recommandé :

- d'aménager, dans la salle d'examen et dans chaque zone sanitaire, un **point d'eau** comprenant : un distributeur de savon liquide à pompe et avec poche rétractable éjectable, un distributeur d'essuie-mains à usage unique en papier non tissé et une poubelle à pédale ;
- d'utiliser pour toutes les surfaces (sols, murs, plans de travail) des **revêtements lessivables lisses, non poreux, faciles à nettoyer** et ne présentant pas ou peu de joints (éviter les carrelages avec joints plats et étanches, le bois, le liège, les moquettes et les tapis, surtout dans les lieux de soins).

L'installation doit respecter les normes de sécurité électrique (prise de terre...) et incendie en vigueur. En ce qui concerne la régulation de la température et de l'air, il convient de tenir

compte des spécificités de l'activité, générant poussières, débris de peau et phanères ; l'air du cabinet devant être le moins contaminant possible, il est préférable d'éviter les systèmes à air pulsé (et de placer le compresseur hors de la salle de soins).

Le mobilier doit être d'entretien facile. Il est recommandé d'équiper la **salle d'examen et de soins** avec :

- une table ou un fauteuil d'examen, recouvert d'un revêtement lessivable et d'un support non tissé ou d'un drap à usage unique changé entre chaque patient ;
- des équipements permettant d'éliminer les déchets, selon la réglementation en vigueur, à savoir :
 - une poubelle réservée aux déchets ménagers : emballages, papiers, couches ;
 - une poubelle pour le recueil des déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI), équipée de sac de couleur jaune* ;
 - une boîte à objet piquant, coupant, tranchant (OPCT), répondant aux normes AFNOR X 30-500 et située à portée de main du soin ;
- d'éviter tentures, plantes, vases, aquariums et fontaines décoratives dans les zones de soins.

En ce qui concerne **l'entretien et la désinfection des locaux**, il est recommandé de nettoyer :

- après chaque patient les surfaces avec lesquelles il a été en contact (fauteuil ou table de soins, plan de travail, podoscope, podobaromètre, matériel de thermoformage), avec un détergent-désinfectant ;
- une fois par jour en fin d'activité, les sols, surfaces, mobiliers, et équipements (sans oublier un nettoyage immédiat en cas de souillures) avec un détergent-désinfectant pour les surfaces autres que les sols de la salle de soins, les sanitaires, le local de ménage, les zones de stockage des déchets, de traitement des dispositifs médicaux avant stérilisation, ainsi que la zone de stérilisation et de stockage du matériel stérile ;
- d'écrire sous forme de protocoles destinés au personnel qui en a l'attribution, les procédures d'entretien : matériel nécessaire, tâches à accomplir, fréquence de réalisation...

Choix et traitement du matériel de soins

L'utilisation de **matériel stérile à usage unique** est recommandée (circulaire DGS/DH n°672 du 20/10/97) pour tous les actes de soins concernant la peau, les phanères. On préférera le matériel stérile à usage unique lorsqu'il existe. Ce matériel à usage unique ne doit pas être réutilisé (circulaire DGS/SQ 3, DGS/PH 2-DH/EM 1 n° 51 du 29 décembre 1994).

* couleur correspondant au signallement européen du risque biologique



© S. Garrigues / Beside



© Beside



► Le risque de contact avec le système vasculaire (haut risque infectieux), implique la stérilisation (ou, si cela n'est pas possible, une désinfection de haut niveau avec une activité de sporicide); le contact avec la peau lésée superficiellement (risque infectieux intermédiaire) justifie également la stérilisation; ► en pratique, et compte tenu des contraintes liées aux mesures de désinfection (bacs ventilés, masque et lunettes de protection, tenue de protection, gants, manchettes longues..., pour prévenir les risques chimique et toxique), **il est fortement recommandé de privilégier la stérilisation, donc de choisir des instruments (ou dispositifs médicaux) réutilisables, immergeables et thermostables** (donc stérilisables). En pédicurie-podologie, aucun instrument n'est reconnu comme étant thermosensible.

La **procédure de traitement des dispositifs médicaux réutilisables supportant l'immersion** est la suivante :

- étapes précédant la stérilisation, à effectuer muni de gants non stériles :
 - prédésinfection (ou prédecontamination) immédiatement après utilisation : par trempage dans un bain de détergent-désinfectant pour les dispositifs immergeables, selon la durée préconisée par le fabricant, ou pendant au minimum 15 minutes, en l'absence d'indication;
 - nettoyage à la brosse, lavage manuel ou en machine, rinçage à l'eau courante, et séchage suivi de l'inspection des instruments en vue de détecter d'éventuelles zones de corrosion ou défectueuses. Puis lubrification des zones charnières;
 - emballage dans des conditionnements

spécifiques de la stérilisation à la vapeur d'eau et définis selon la norme NF EN 554, afin que les dispositifs médicaux conservent, après stérilisation, leur état stérile.

- **stérilisation par autoclave respectant la règle (température de 134°C pendant 18 minutes sous 2 bars)** : dans l'état actuel de la science, la stérilisation par la vapeur d'eau saturée sous pression doit être la méthode appliquée lorsque le dispositif le supporte, comme l'indique les circulaires DGS/ DH n°672 du 20/10/97 et DGS/DHOS/E2 n°138 du 14 mars 2001, cette dernière précisant que c'est le seul procédé efficace pour l'inactivation des agents transmissibles non conventionnels, comme le prion;
- stockage distinct pour les dispositifs médicaux stériles, à sec, à l'abri des poussières et des risques de souillures.

Préparation du patient et conditions de réalisation des soins

Si le patient n'a pas effectué une **toilette des pieds** avant la consultation, ou si cette dernière n'est pas suffisante, le praticien devra nettoyer le pied avant de débiter les soins : lavage au savon, surtout entre les orteils, puis séchage.

Pour **l'antisepsie de la peau** (saine ou lésée), il est recommandé de recourir aux antiseptiques à large spectre d'activité (biguanides, dérivés halogénés iodés et chlorés, alcools) et de respecter le délai d'action de l'antiseptique choisi (de l'ordre de 1 minute pour les halogénés iodés, de 2 minutes pour les alcools) et d'attendre le séchage spontané de l'antiseptique utilisé. En cas de plaie infectée, il est nécessaire de procéder à la détersion de la zone à traiter, suivie d'un rinçage au sérum physiologique stérile avec des compresses stériles, d'un séchage avec des compresses stériles, puis de l'application de l'antiseptique prescrit avec des compresses stériles.

Il est important de rappeler que l'efficacité des antiseptiques dépend du respect de leurs conditions d'utilisation. Avant ouverture, la date de péremption doit être vérifiée. Après ouverture, la durée d'utilisation mentionnée doit être respectée (de l'ordre de 1 mois pour les halogénés iodés et chlorés, la chlorhexidine alcoolique et l'association chlorhexidine, chlorure de benzalkonium et alcool benzylique); il est recommandé d'inscrire sur le flacon la date à laquelle il a été ouvert.

La gestion des déchets d'activité de soins

« Tout producteur de déchets est responsable de leur élimination » : c'est le principe de base de la réglementation en vigueur imposant des matériels d'élimination spécifiques pour les DASRI mous (déchets ayant été en contact



avec le patient, du sang ou des liquides biologiques : compresses, coton, gants, pansements souillés...) et les DASRI perforants ou OPCT (lames de bistouri, gouge, burin, curettes...). Les autres déchets résultant de l'exercice (emballages de matériel stérile, essuie-mains, papiers administratifs, tubes de pommade vides, flacons, déchets produits au laboratoire d'orthèse) sont considérés et traités comme des ordures ménagères.

La personne chargée de l'entretien du cabinet doit être informée des modalités de tri et de conditionnement en emballages spécifiques de ces différents déchets; le port de gants est toujours recommandé en cas de manipulation d'objet coupant ou d'objet qui pourrait être contaminé par le sang ou tout autre liquide biologique. Les DASRI doivent être entreposés à l'écart des sources de chaleur, dans des emballages étanches, et leur délai d'enlèvement ne doit pas excéder 3 mois (pour une production inférieure à 5 kg/mois, ce qui est le cas général en pédicurie-podologie) : un ramassage mensuel est recommandé.

Il est également recommandé de confier l'élimination des DASRI à un prestataire de service spécialisé et d'établir avec lui une convention écrite; un bordereau de suivi CERFA n°11352 - 01 doit être signé par chacun des intermédiaires et retourné au moins une fois par an au cabinet producteur de DASRI, puis conservé 3 ans.



interview

« Infections liées aux soins : dès lors que l'on reçoit des patients, la question de l'hygiène s'impose »

Depuis de nombreuses années, je m'intéresse de près à l'évolution de la profession, notamment à travers la formation continue. À l'issue de stages, aussi bien en tant que stagiaire que formateur, je me suis rendu compte qu'il y avait beaucoup de discours discordants, pas toujours bien argumentés, concernant l'hygiène dans l'exercice de la podologie en cabinet libéral. Petit à petit, j'ai cherché à organiser des journées de formation continue sur ce thème. Puis, en 2001, j'ai rencontré des infirmiers et des médecins hygiénistes qui m'ont encouragé à préparer un diplôme universitaire (DU) d'hygiène. Il en existe un sur Nantes, accessible aux pédicures-podologues. Je me suis lancé dans la formation en 2001/2002. En même temps que je faisais mon DU d'hygiène, j'ai eu connaissance, comme le reste de la profession, d'une enquête, menée par la DRASS Centre, sur les pratiques d'hygiène dans les cabinets de pédicurie-podologie, qui n'était pas très positive. Finalement, c'était peut-être une bonne chose pour faire bouger la profession et faire évoluer les pratiques.

Une fois mon diplôme acquis, j'ai réorganisé mon installation, amélioré la filière hygiène dans mon cabinet. J'ai ainsi fait le choix il y a deux ans de l'autoclave. Ce n'est pas une obligation au sens des recommandations de la Haute Autorité de santé ou du C-CLIN-Ouest. Cependant, seul l'autoclave respecte les normes définissant la stérilisation au sens scientifique du terme. C'est donc ce type d'appareil qui satisfait les indications du Code de déontologie. C'est préférable, au niveau de la traçabilité comme au niveau de la sécurité du patient. C'est aussi un confort moral pour le podologue dans son exercice quotidien.

Philippe SAILLANT
Podologue, titulaire du
diplôme universitaire
d'hygiène de la faculté de
Médecine de Nantes



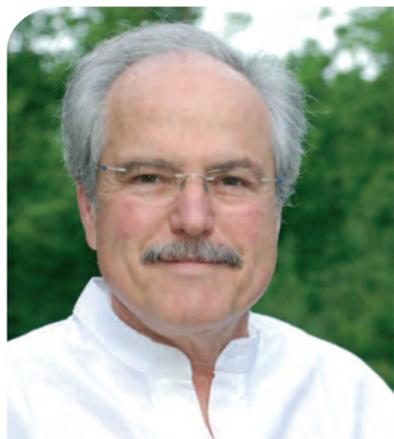
La difficulté en libéral concerne surtout l'organisation du cabinet. Jusqu'à peu, on ne concevait pas l'agencement des locaux autour de cette notion de qualité des soins et de sécurité des patients, ou du moins pas suffisamment sur le plan de l'hygiène. Il est très important de commencer par cette base qui consiste à concevoir son installation autour d'un environnement ergonomique, respectant et facilitant l'hygiène au sens large, qu'il s'agisse de la chaîne de stérilisation, des mobiliers, des sols et des murs à nettoyer, du circuit du patient... On se rend compte que tout part de là, le reste vient après. D'ailleurs, en cas de contrôle d'hygiène ou de la DDASS, le professionnel doit désormais prouver qu'il a les moyens de mener à bien les protocoles d'hygiène au sein de son cabinet.

Je constate, pour participer à des journées de formation, pour rencontrer des collègues au cours de réunions, que les podologues s'y mettent, qu'ils changent leurs habitudes. Ils s'équipent mieux, ils s'informent sur ces problèmes d'hygiène, notamment à l'occasion de travaux dans leurs cabinets. Les patients sont de plus en plus sensibles à tout ce qui touche aux infections liées aux soins, ils sont donc sensibles à la bonne tenue des cabinets. À nous d'être à la hauteur. Si on veut qu'une profession progresse, il y a maintenant des règles professionnelles, il faut des exigences en termes de qualité des soins et l'on se doit de donner des soins de qualité aux patients, c'est aussi simple que cela. Peut-être que c'est une évidence mais il faut la rappeler.

En cas d'accident d'exposition au sang (AES) ou à un liquide biologique d'origine humaine, la procédure à suivre (circulaires DGS/DH – n° 98/249 du 20 avril 1998 et n° 99/680 du 8 décembre 1999) doit être connue et affichée dans le cabinet pour l'ensemble des professionnels y travaillant avec, notamment, les coordonnées du référent médical hospitalier le plus proche et les modalités de déclaration

d'accident du travail (et les numéros de téléphone des lignes d'informations telles que VIH Info Soignant et SIDA info service).

interview



D.R.

Jean-Claude GAILLET
Titulaire du 1^{er} cabinet de podologie certifié ISO 9001/2000, pour l'ensemble de son activité

Plusieurs raisons nous ont poussé à nous engager dans cette démarche de certification de notre activité. On voyait que, dans le monde médical, cela commençait à se mettre en place. La remise en cause des pratiques au quotidien, la mise en place de processus de suivi et d'amélioration, la recherche de réponses adaptées aux anomalies éventuelles... tout cela nous paraissait très intéressant pour notre profession où, justement, aucune donnée n'existait pour prouver de manière scientifique l'efficacité de nos soins et orthèses, où les traitements ne sont pas évalués, contrairement à ce qui se passe systématiquement en médecine. Il nous a fallu 18 mois pour mettre en place cette démarche, avant d'obtenir la certification de l'ensemble de notre activité en juin 2005. C'est un processus long, coûteux, mais qui nous a conduit à faire évoluer notre réflexion sur la marche du cabinet, à améliorer certains postes; il y a là un réel bénéfice dans l'exercice de notre

« Prendre conscience que notre travail est perfectible, même si notre carnet de rendez-vous est plein »

profession. Un audit d'une à deux journées permet ensuite, chaque année, de contrôler l'ensemble de nos protocoles et attester du respect de la norme mise en place. Nous avons tout évalué, de l'accueil du patient à l'examen clinique, la fabrication des orthèses, la remise des orthèses, le suivi des patients. Nous avons ensuite mis en place des protocoles permettant de certifier chacune de ces activités de notre exercice. Avant, on disait aux patients « si quelque chose ne va pas, revenez nous voir ». Aujourd'hui, on oblige les gens à revenir pour vérification, même si cela va bien. Cela fait partie du forfait de traitement. Cela améliore la relation avec le patient, et cela nous permet également de quantifier l'impact des orthèses que nous réalisons, et ce, en s'appuyant sur des données scientifiquement et internationalement valables. Cela nous donne également un éclairage très intéressant sur l'activité du cabinet. On est capable de quantifier le renouvellement des orthèses chez nos patients, préciser l'âge des orthèses renouvelées, attester de la qualité de nos traitements, ce qui peut s'avérer très important, notamment dans

nos rapports avec la Sécurité sociale. Nous avons également certifié la traçabilité de tous les matériaux utilisés dans la réalisation de nos orthèses. Cela a obligé nos fournisseurs à mettre eux aussi en place des normes qualité assurant cette traçabilité. Nous avons maintenant la même traçabilité que pour un médicament! La mise en place de normes de qualité et de sécurité est de plus en plus fréquente aujourd'hui, y compris dans notre profession avec en particulier la stérilisation. La conduite d'une démarche autonome de qualité prouve que l'on a une réflexion dans ce domaine, qui sera peut-être un jour une réponse à la tendance procédurière des patients, de plus en plus fréquente dans le monde médical. Nous étions les premiers à le faire en France - et peut-être même en Europe -, et nous avons prouvé que c'était possible. La démarche pourrait aujourd'hui être menée de manière collective, à plusieurs cabinets, pour mutualiser les coûts. La profession devrait réellement encourager cette démarche, et diffuser cette culture de l'amélioration et de la remise en cause.

pour en savoir plus

1. C-CLIN Ouest. L'hygiène des soins en podologie. 2006, 56p <http://www.cclinouest.com>
2. Tagliante-Saracino E et al. Évaluation du risque infectieux lors des soins chez les pédicures-podologues, étude exploratoire sur 30 cabinets de la région Centre, juin 2003. BEH 2004, N°18 : 71-72
3. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de soins. 2004, 44p <http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/Medecinedeville/guideministere.pdf>
4. HAS. Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical. Recommandations professionnelles. Juin 2007 <http://www.has-sante.fr>

VIH Info Soignant de 9 H à 21 H; tel: 0 810 630 515 & 0 800 240 533;
SIDA info service 24H/24; tel: 0 800 840 800

LA CONCILIATION PLUS QU'UNE RECOMMANDATION DE BON SENS, UNE OBLIGATION LÉGALE & DÉONTOLOGIQUE

Une origine légale

Engendrant un véritable « bouleversement » selon certains commentateurs¹, le procès disciplinaire, en particulier avec la mise en place de la Commission de conciliation au sein des instances ordinales, a été, sans conteste, parmi les préoccupations majeures du législateur lors de la préparation puis du vote de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Déjà connues du droit civil, du droit commercial et du droit du travail, les procédures de conciliation s'invitent désormais dans le droit médical au travers de l'article L. 4126-3-2 du Code de la santé publique, qui impose une tentative de conciliation de la part du Conseil régional dès lors qu'un professionnel dépose une plainte à l'encontre d'un de ses confrères. Pour les pédicures podologues, c'est également une obligation posée par le Code de déontologie en son article 63.

Indépendantes du procès disciplinaire, et intervenant en amont de celui-ci, ce sont véritablement des « modes alternatifs de règlement des conflits² ».

Des motifs de désaccord multiples

Les conflits qui sont susceptibles de survenir entre professionnels trouvent le plus souvent leur origine dans le cadre d'associations ou d'activités au sein de groupes médicaux.

On peut imaginer qu'ils concerneront la plupart du temps des problèmes matériels. Ceux-ci peuvent également survenir à l'occasion de collaboration, de remplacement, d'une cession de clientèle, notamment concernant l'application de la clause de non-concurrence ou en cas de détournement de clientèle avéré. À l'image des contrats proposés par l'Ordre, les bons contrats passés entre professionnels la prévoient d'ailleurs dans une clause spécifique.

Une conciliation peut enfin intervenir dans le cadre d'une possible infraction au Code de déontologie : domaine du secret médical, de l'indépendance ou encore de la publicité par exemple.

Une prérogative de votre Conseil régional

Le Conseil régional de l'Ordre constitue, par essence, l'intermédiaire privilégié entre les protagonistes d'un désaccord, le plus souvent par l'intermédiaire de son président. À cet égard, la Commission de conciliation se compose de trois membres élus du Conseil régional.

La délégation dont ils sont chargés leur permet parfois plus facilement - et à l'abri des éléments passionnels ou des sentiments d'amour-propre excessif - de rechercher une solution consensuelle.

En tout état de cause, il est souvent nécessaire et utile, dans un souci de clarification, de recueillir les avis et conseils d'une per-



sonne tierce, expérimentée et capable de procéder à un réexamen de l'objet et des circonstances d'un désaccord.

Des conciliations entreprises avec succès

Le Conseil de l'Ordre se félicite de la réussite des conciliations qui se sont tenues jusqu'à présent. De nombreuses conciliations ont été menées à travers toute la France et une seule n'a pas abouti. Elles présentent l'avantage de mettre un terme de façon efficace aux différends qui peuvent survenir sans enclencher de procédure sur le plan disciplinaire et/ou civil, ce qui constitue un gain de temps et d'argent important autant pour les plaignants que pour les professionnels mis en cause.

Enfin, cela fait partie du devoir de bonne confraternité incombant à chacun des professionnels de régler les choses « à l'amiable ». Pour reprendre la formule de circonstance, « un bon arrangement vaut toujours mieux qu'un mauvais procès ». ●

1. G. Mémeteau, « Le nouveau procès disciplinaire des médecins », Médecine et droit 2002, n°55, p.22.
2. Mme HARCHAUX, « La nouvelle conciliation médicale », Revue de droit sanitaire et social, 1992, p.271.

CONCRÈTEMENT...

Comment déposer plainte ?

Il vous faut envoyer un courrier au Président de votre Conseil régional dans lequel vous exposez l'identité de la personne contre laquelle vous portez plainte ainsi qu'une description détaillée des faits litigieux et demandez une conciliation en vue de trouver un terrain d'entente à ce différend.

Comment cela se déroule-t-il ?

Vous serez convoqué(e) par le Président du Conseil régional dans le délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte.

En cas d'accord, les parties signeront un procès-verbal de conciliation qui formalise l'accord trouvé. Ce procès-verbal peut être total ou seulement partiel selon les situations. En revanche, en cas de désaccord, elles signeront un procès-verbal de non-conciliation. La plainte sera alors immédiatement transmise à la Chambre disciplinaire de première instance avec l'avis motivé du Conseil dans un délai de trois mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte. La procédure disciplinaire est décrite aux articles L.4122-3 à L.4126-7 du Code de la santé publique. Des procédures pourront également être engagées sur le plan civil, notamment si le plaignant réclame un remboursement ou des dommages et intérêts.

EXERCICE PROFESSIONNEL

“ Quel intérêt ai-je à transmettre à mon Conseil régional un contrat (quel que soit son type) avant sa signature avec mon co-contractant ? „

Il est de la mission du Conseil de l'Ordre de vous apporter un maximum de sécurité juridique et de vous conseiller au mieux dans vos relations contractuelles. Dans ce cadre, et pour rendre effective cette mission, le législateur a instauré l'obligation faite à tout professionnel de communiquer son contrat au Conseil régional dont il dépend dans le mois qui suit sa conclusion (Art. L. 4113-9 du Code de la santé publique).

Votre Conseil de l'Ordre a ensuite l'obligation d'étudier votre contrat et de vous faire part de ses observations s'il en est.

Juridiquement, sa mission consiste à vérifier non seulement la conformité du projet de contrat aux dispositions législatives, réglementaires et déontologiques, mais également sa cohérence interne (clauses obscures, contradictoires, mal rédigées) et ses opportunités au regard du bon exercice de la profession. Transmettre son projet de contrat avant signature permet d'éviter que les éventuelles modifications demandées par l'Ordre n'aient à être effectuées après signature ; c'est pourquoi nous ne pouvons que vous conseiller de suivre cette procédure. Conformément à l'article L. 4113-12 du Code de la santé publique,

le Conseil régional de l'Ordre dispose d'un délai d'un mois pour vous faire part de ses observations et peut si besoin solliciter l'expertise du Service juridique du Conseil national.

“ Je souhaite créer un cabinet secondaire dans une région différente de celle où mon cabinet principal est implanté, quelles démarches dois-je accomplir ? „

Avant toute chose, il faut rappeler que conformément à l'article 79 du Code de déontologie, vous devez requérir un agrément préalable auprès de l'Ordre avant de créer votre cabinet secondaire. L'Ordre sera intransigeant sur le respect de cette disposition.

Si vous souhaitez ouvrir un second cabinet dans une région différente de celle de votre cabinet principal, vous devez faire votre demande d'autorisation auprès du Conseil régional dont dépendrait votre cabinet secondaire. Celui-ci, après avoir requis un avis écrit et motivé du Conseil régional dont vous dépendez au titre de votre lieu d'installation principale, vous fera part de sa décision au plus tôt.

Le Conseil national s'attache à diffuser des critères objectifs, applicables sur l'ensemble du territoire pour aider les Conseils régionaux dans leurs décisions. Cependant, une analyse « au cas par cas » devra être faite et un recours en contestation de la décision du Conseil régional sera toujours possible devant le Conseil national.

“ Plus d'un an après la mise en place de l'Ordre des pédicures-podologues, quelles sont les conséquences d'un défaut d'inscription au Tableau de l'Ordre pour un professionnel diplômé et en exercice ? „

La non-inscription relève de l'exercice illégal et peut entraîner des poursuites devant le tribunal correctionnel. Après avoir fait constater par huissier que le professionnel exerce, la procédure passe alors par la citation directe. Parallèlement à cette procédure pénale, l'Ordre entamera une procédure civile pour le recouvrement des sommes dues par le professionnel : c'est la procédure d'injonction de payer, déposée devant le tribunal d'instance du lieu d'exercice.

“ ... Et pour les personnes exerçant sans justifier du titre de pédicure-podologue ou du diplôme ? „

Dans ce cas, une poursuite devant les juridictions correctionnelles est envisagée sur un double fondement : il s'agit, d'une part, de l'exercice illégal de la profession puni par l'article L. 4323-4 du Code de la santé publique (CSP) et, d'autre part, il peut s'agir d'une usurpation du titre punie par l'article L. 4325-5 du CSP. Il s'agira là aussi d'une citation directe du tribunal correctionnel pour exercice illégal après constatation par huissier.

“ J'aimerais savoir quelles sont les normes incendies que je dois respecter en tant que professionnel accueillant du public au sein de mon cabinet de pédicurie-podologie „

Il faut d'abord savoir que le cabinet paramédical étant considéré comme un lieu public, il doit, à ce titre, comporter des dispositifs de prévention des incendies. De manière générale, le cabinet doit être conçu et réalisé de manière à permettre en cas de sinistre l'évacuation rapide du personnel et des patients dans des conditions de sécurité maximales et faciliter l'intervention des services de secours et de lutte contre

l'incendie, conformément à l'article R. 235-4 du Code du travail. Nous vous informons qu'il faut au moins un extincteur portatif à eau de six litres au minimum pour une surface de 200m² avec un minimum d'un appareil par niveau (si le cabinet est situé sur plusieurs étages) et un extincteur CO₂ en cas de risque particulier (sous un tableau électrique, par exemple).