



P.4
en régions

EPP

Derniers réglages
avant le début des
premières sessions



P.6
missions

**BUDGET
PRÉVISIONNEL**

et cotisation 2010



P.7
**déCodage
CONVENTION
DÉCÈS**

Une convention pour
protéger patients
et ayants droit

P.18
**juridique
CMU ET REFUS
DE SOINS**

dossier

MISE AUX NORMES

LE CABINET DU PÉDICURE-PODOLOGUE EN 2015

© Beside

Depuis deux décennies, un ensemble de lois, décrets et arrêtés encadrent les conditions d'accueil dans les lieux recevant du public. À ce titre, les pédicures-podologues n'échappent pas à ce train de dispositions sur lesquelles l'Ordre les sensibilise dans la stricte application des diverses réglementations.

2015 approche, soyez prêts !

2015 c'est demain ou presque, c'est pourquoi il convient que chaque professionnel se prépare à la mise aux normes de son cabinet ! Qui est concerné ? Sur quels types d'aménagements et quels types de locaux ? Le Code de la construction et de l'habitation ainsi que la Loi du 11 février 2005 (n°2005-102) pour l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, délimitent le cadre imposé. Ces différents textes en main, Repères présente ici les grandes lignes des règles et obligations à respecter.

Quel cadre juridique et législatif ?

Les professionnels exerçant en cabinet sont

concernés au premier chef par l'article R.123-2 du Code de la construction et de l'habitation au titre d'« établissements recevant du public » (ou ERP). Le cabinet d'un pédicure-podologue entre bien dans le cadre énoncé par les textes et définissant « tous bâtiments, locaux et enceintes dans lesquels des personnes sont admises, soit librement, soit moyennant une rétribution ou une participation quelconque, ou dans lesquels sont tenues des réunions ouvertes à tout venant ou sur invitation, payantes ou non. »

Les pédicures-podologues concernés par les aménagements et mises aux normes de leurs locaux professionnels, exercent dans des locaux dits de 5^{ème} catégorie, soit des établissements recevant **SUITE P.8**



© G. Fornet / Beside

Chères consœurs,
Chers confrères,

En 2010, l'Ordre entame sa quatrième année d'existence et je voudrais profiter de cette nouvelle année pour remercier l'ensemble de nos conseillers ordinaires : élus régionaux, nationaux,

titulaires ou suppléants, présidents des conseils régionaux...vous tous qui en plus de votre activité professionnelle, votre vie de famille, donnez de votre temps et de votre énergie pour défendre la profession et lui donner ses lettres de noblesse au sein du système de santé français. L'Ordre est un collectif, plus de 200 conseillers se mobilisent pour la réussite des missions que le législateur nous a confiées. Notre ligne de conduite est bien de faire évoluer la profession dans le strict respect de la déontologie pour son plus grand bénéfice et celui des patients.

Cela m'amène à remercier très sincèrement nos « facilitateurs » sans qui rien ne serait possible pour l'évaluation des pratiques professionnelles: vous avez certainement eu beaucoup de chance de bénéficier de l'expertise méthodologique de la Haute Autorité de santé, mais nous, l'Ordre, avons beaucoup de chance de vous avoir à nos côtés pour porter les valeurs de la qualité et de l'amélioration continue des soins prodigués aux patients.

Nous sommes d'ailleurs extrêmement heureux de voir le nombre important de pédicures-podologues volontaires pour s'engager dès à présent dans cette démarche qualité.

Pour ce qui est de nos orientations de travail, nous entrapercevons 2010 comme une année plus « politique » encore où le relationnel Ordre/instances gouvernementales et administratives, sera le pivot des réflexions de nos commissions et groupes de travail pour l'avenir de la profession : sa reconnaissance, ses valeurs, la compétence professionnelle à l'aide de la formation et de la recherche...

Soyez fiers de votre métier ! Ayez confiance en notre instance pour le défendre ! Notre ambition est tournée vers un avenir commun !

Recevez nos vœux les plus sincères pour une nouvelle année professionnelle et familiale pleine de bonheur et de joies et permettez-moi de vous offrir personnellement les miens.

Bernard BARBOTTIN

actualités

➤ Deuxième rencontre des Conseillers

Le président Bernard BARBOTTIN a ouvert la deuxième rencontre des élus ordinaires le vendredi 20 novembre 2009 à Paris, en soulignant les deux engagements auxquels il tient pendant sa présidence : faire évoluer résolument la profession au service des patients, et le faire dans le strict respect de la déontologie.

Les deux thèmes traités lors de la journée d'échanges réunissant l'ensemble des conseillers régionaux et nationaux ne dérogent pas à ses vœux. En effet, la matinée a été consacrée à l'évaluation des pratiques professionnelles avec d'une part le rappel des grands principes méthodologiques par le Dr BOISSIER et Mr TRUDELLE, tous deux chefs de projet du service Évaluation et amélioration des pratiques à la Haute Autorité de santé (HAS), puis un exemple d'application de l'EPP au sein d'un réseau de santé en diabétologie par le Dr VARROUD-VIAL, secrétaire général de l'ANCRED, REVESDIAB et enfin la présentation aux quelques 200 élus ordinaires présents des programmes

d'évaluation dédiés à la pédicurie-podologie pour cette phase expérimentale avec les professionnels volontaires dès janvier 2010.

L'après-midi fut consacrée au fonctionnement et à l'organisation des juridictions disciplinaires de l'Ordre. Animée par Mr Thierry DULONG, conseiller d'État et président de la Chambre disciplinaire nationale, cette session, qui pouvait s'annoncer un peu rébarbative pour nos élus au regard de tous les éléments juridiques et procéduriers qu'impose le bon fonctionnement de ces instances juridictionnelles, a finalement été fort intéressante et pédagogique. Trois acteurs, par un jeu de saynètes, ont « caricaturé » quelques situations clefs : la conciliation qui échoue et aboutit à la saisine de la Chambre disciplinaire de première instance, le rôle du rapporteur face au magistrat président de ladite chambre et sa nécessaire impartialité, le rôle de la greffière et la confidentialité qui entoure le traitement des « affaires »...

Une façon ludique d'introduire les exposés de nos intervenants invités : deux magistrats,

Monsieur Jérôme BERTHET-FOUQUÉ, président de la Chambre disciplinaire de première instance du CROPP Pays-de-la-Loire, Madame Marie-Pierre STEINMETZ-SCHIES, présidente de la Chambre disciplinaire de première instance du CROPP Lorraine et Madame Claude BOURGOUIN, greffière de la Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, nous ont fait bénéficier de leur expérience. Toutes ces procédures vous seront d'ailleurs décrites dans les pages de Repères 12.

➤ Actes professionnels accomplis par le pédicure-podologue

L'Ordre des pédicures-podologues est très régulièrement interrogé par les professionnels sur la portée du texte concernant le décret N°2009-983 du 20 août 2009 visant à autoriser le renouvellement des orthèses plantaires par le pédicure-podologue. Les questions portent plus particulièrement sur le remboursement effectif pour le patient. Pour que ces renouvellements puissent faire l'objet d'une prise en charge par l'Assurance maladie, une modification par décret de l'article R.165-1 du

Code de la sécurité sociale est nécessaire. Les différents parlementaires contactés dans le cadre de la discussion sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS 2010) se sont engagés à intervenir rapidement auprès du ministère et de l'UNCAM afin d'obtenir cette modification dans les meilleurs délais.

➤ En marge des discussions sur le PLFSS, alerté par sa veille législative permanente, l'Ordre a pu agir rapidement pour demander la suppression d'un amendement sénatorial visant à donner aux professions de l'orthopédie (orthoprothésistes, podo-orthésistes et orthopédistes-orthésistes) la même prérogative que les pédicures-podologues concernant le renouvellement des orthèses plantaires. En s'appuyant sur l'argumentaire élaboré par l'Ordre, la commission paritaire mixte (composée de députés et de sénateurs) a ainsi rejeté cet amendement et supprimé le texte voté par le Sénat.

➤ L'application de la Loi HPST

La loi relative à l'hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires commande la publication de nombreux textes réglementaires dont l'aboutissement tout

comme les conséquences impacteront directement les conditions d'exercice des professionnels de santé dont les ordres, dans l'intérêt des patients et de la santé publique, sont chargés de réguler la pratique. Si l'ONPP a su saisir les opportunités de la Loi HPST, avec ses juristes et ses conseils juridiques, il est et sera force de proposition pour ces très nombreux textes d'application que préparent les services du ministère. Nous avons le souci que ces textes soient adaptés aux pratiques de nos professionnels. Ces deux derniers mois, l'Ordre a été consulté sur les décrets d'application et arrêtés suivants :

➤ Celui concernant le refus de soins (problème des CMU (cf. rubrique juridique), des dépassements d'honoraires...) ➤ Un autre sur l'insuffisance professionnelle : une nouvelle procédure est instaurée et vise à statuer sur la compétence des professionnels et leur niveau de formation. ➤ La coopération des professionnels de santé ou délégation de tâches qui sera « chapeautée » par les directeurs d'ARS et par la HAS. L'Ordre se bat pour exister dans ce processus et avoir une voix prédominante parmi les différents acteurs.

D'autres projets sont à suivre et, en concertation avec les autres ordres de santé, nous avons sollicité un entretien auprès de Madame BACHELOT, ministre de la santé, pour lui faire part de nos observations sur l'ensemble de ces textes.

➤ URPS et cotisation obligatoire

Résultante de la Loi HPST, les Agences régionales de santé (ARS) vont progressivement se mettre en place courant 2010 et dans le même temps vont se développer les politiques de santé régionales. Avec la Loi HPST, la création des ARS par le législateur implique la création d'Unions régionales des professionnels de santé (URPS), instances de négociation et de dialogue pour la mise en œuvre de l'organisation des soins dans la région. Ces URPS percevront une contribution versée à titre obligatoire par chaque adhérent à l'une des conventions ou accords mentionnés à l'art. L.4031-1 après consultation des organisations syndicales représentatives au niveau national. Les pédicures-podologues conventionnés seront donc concernés. Le taux de la cotisation sera fixé par décret pour chaque profession, dans une limite

correspondant à 0,5% du montant annuel du plafond des cotisations de la sécurité sociale (soit environ 170 euros maximum).

➤ Informer le patient avant l'exécution d'un acte : possibles contrôles de la DGCCRF

Les professionnels de santé d'exercice libéral doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie. La Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, promulguée le 21 juillet dernier, a introduit dans l'article L.1111-3 du Code de la santé publique une disposition prévoyant qu'à l'occasion des actes ou prestations de santé incluant la fourniture d'un dispositif médical, un devis gratuit doit être remis au préalable.

En particulier, « il doit comprendre de manière dissociée, le prix d'achat de chaque élément de l'appareillage proposé, le prix de toutes les prestations associées ». Concernant l'application pratique de ce texte, la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) a convié

l'Ordre des pédicures-podologues à un groupe de travail. Notre instance a demandé expressément à la DGCCRF de ne pas procéder à des contrôles sur l'applicabilité de ce texte dans les cabinets des pédicures-podologues sans avoir au préalable établi de concert avec le ministère, un devis type mis à la disposition de l'ensemble des professionnels. D'autres réunions de travail sont d'ores et déjà prévues. Toutefois, les professionnels doivent rester vigilants en se conformant aux dispositions légales régissant notamment l'affichage des tarifs et le devis préalable.

➤ Hommage à Daniel GÉRARD

Éminent professionnel et merveilleux enseignant, Daniel GÉRARD a marqué de sa forte personnalité, empreinte d'une grande générosité et d'un humour toujours présent, le monde de la podologie depuis plus de 35 ans. Son souvenir ne sortira jamais de la mémoire de ses collègues comme des nombreuses générations de professionnels qu'il a formés. L'ONPP s'associe à cet hommage et présente à sa famille et à ses proches ses sincères condoléances.

ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DERNIERS RÉGLAGES AVANT LE DÉBUT DES PREMIÈRES SESSIONS

Une phase test qui s'inscrit dans la logique d'expérimentation de l'EPP dans notre profession

Dans l'esprit de la poursuite de la mission assignée à l'Ordre des pédicures-podologues par la signature avec la Haute Autorité de santé (septembre 2008) d'une convention d'expérimentation de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles, une phase test s'est déroulée en région lors du dernier trimestre.

Cette phase limitée dans le temps a été l'occasion de préparer la phase opérationnelle à venir du dispositif sur le terrain (à partir de janvier 2010), après celle consacrée à la formation des

facilitateurs et à l'élaboration des programmes des pratiques à évaluer (février – décembre 2009).

Pour apprécier la pertinence du travail préalablement effectué, les CROPP ont été sollicités pour tester ces programmes en termes de faisabilité et d'applicabilité. Une fois cette phase test achevée, le dispositif pourra s'étendre à grande échelle.

Déroulement et attentes de la phase test

Pour résumer l'esprit des premières présentations des EPP aux CROPP, il suffit de s'arrêter aux critères retenus par Guillaume CABÉ et Pierre HOMAND par

exemple. Le choix de présenter le dossier Hygiène des soins au cabinet permettait de proposer une EPP «*toute proche de l'activité quotidienne des soins*». Elle a d'ailleurs été reçue comme telle par les intéressés eux-mêmes ! Christophe HERMENT l'a ainsi vécue comme «*quelque chose de simple qui était proche de notre activité*».

Les critères d'évaluation des programmes établis par les facilitateurs et qui ont fait l'objet d'une évaluation sur le terrain au travers de cette phase test avaient une vocation essentiellement pédagogique. Démontrer aux praticiens l'accessibilité des EPP et l'intérêt pour la profession d'en généraliser la pratique.

Sensibiliser la profession à s'insérer dans le dispositif EPP

Ces phases test ont clairement démontré que, quelque soit le programme évalué (Hygiène des soins au cabinet, Dossier patient, Gonalgies, etc.), il était nécessaire de revenir en introduction des séances sur les logiques et les finalités qui sous-tendent l'EPP. L'ensemble de la profession n'a pas encore pris connaissance de ce dispositif et les praticiens qui en sont informés (à travers les différentes publications ordinales et

professionnelles) n'ont pas encore eu suffisamment l'occasion d'en débattre.

L'expérimentation sur le terrain a pour objet de lever toute ambiguïté ou confusion concernant l'EPP. Sa finalité permet d'apprécier des pratiques au regard de préconisations reconnues par la profession. Il ne s'agit ni d'un contrôle exercé par des instances institutionnelles, ni de sessions de formations dispensées aux praticiens, mais de la mise à disposition d'un système d'auto-

évaluation de sa pratique en vue de son éventuelle amélioration.

Tout le travail de cette phase d'expérimentation est précisément d'en clarifier les tenants et les aboutissants afin d'inscrire sa logique dans la durée. Comme Guillaume CABÉ le rappelle : «*je vois l'expérimentation comme un tremplin pour l'avenir : être donc bien au clair sur l'EPP et ses objectifs pour notre profession pour permettre et pérenniser son développement*». ●

interview



D.R.

Christophe HERMENT
Président du CROPP de
Champagne-Ardenne

REPÈRES : Comment s'est déroulée cette phase test dans votre région ?

Nous avons reçu la visite de Guillaume CABÉ pour être initiés à l'EPP Hygiène des

« En Champagne-Ardenne, près d'un quart des pédicures-podologues a fait acte de candidature pour suivre une EPP en 2010 ! »

soins au cabinet. La séance s'est déroulée dans un climat de convivialité grâce à la présentation rigoureuse et vivante du facilitateur. En une séance, M. CABÉ a rappelé les attentes et les objectifs du dispositif.

REPÈRES : Le choix de l'évaluation du dossier Hygiène des soins au cabinet vous a-t-il semblé pertinent ?

C'est un sujet porteur qui touche toute la profession qui le vit au quotidien. Il s'agit d'une bonne entrée en matière pour se familiariser à la démarche EPP. Si le dossier de l'Hygiène des soins au cabinet, très bien traité par Guillaume CABÉ, permet d'intégrer les grands principes de l'EPP, le sujet, lui-même centré sur notre exercice quotidien, ne nous apprend rien ou tout au

moins ne devrait pas faire découvrir ce qui reste les fondamentaux de nos pratiques. En revanche, l'EPP en elle-même nous fait toucher du doigt combien sur d'autres situations elle peut constituer un vrai enjeu d'amélioration de sa pratique.

REPÈRES : Êtes-vous prêts à vous lancer dans la phase opérationnelle ?

Si le dossier Hygiène des soins au cabinet était sans surprise, il va nous permettre de sensibiliser les professionnels sur la logique de la démarche d'EPP. D'ailleurs, le message est déjà bien passé en Champagne-Ardenne où près d'un quart des pédicures-podologues a déjà fait acte de candidature pour suivre une EPP en 2010 !

interview



© G. Fomet / Beside

Formateur à temps plein, titulaire d'un Master 2 en Sciences de l'éducation, Guillaume CABÉ revient sur la phase test de l'EPP Hygiène au cabinet dont il est facilitateur.

REPÈRES : Qu'attendiez-vous de cette phase test et comment s'est-elle déroulée ?

Avec Pierre HOMAND, facilitateur en Bourgogne et co-fondateur du programme Hygiène des soins au cabinet, nous avons défini deux objectifs pour cette phase test :

- tester le programme et ses critères d'élaboration ;
- tester la présentation de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles.

Tester le programme nous permettait de vérifier qu'il était faisable et opérationnel. Quant aux critères que nous avons définis, ils devaient nous permettre d'élaborer un programme qui puisse s'intégrer dans nos problématiques professionnelles, donc être simple, non «chronophage» et le plus

« Tester le programme nous permettait de vérifier qu'il était faisable et opérationnel »

proche possible de notre activité quotidienne. Durant cette phase test, il s'agissait donc pour nous de vérifier la pertinence de ces critères.

D'autre part, dès la première séance de chaque programme (c'est-à-dire en janvier 2010), l'Évaluation des Pratiques Professionnelles sera présentée aux professionnels participants. La phase test que nous venons de terminer nous a permis, à nous facilitateurs, d'évaluer notre présentation future. Cette présentation, qui me paraît nécessaire et légitime, permettra d'apporter les réponses aux questions que se posent nos confrères vis-à-vis de l'EPP, de lever les freins et inquiétudes qui persistent et ainsi leur donner la possibilité de s'engager sereinement dans une démarche d'évaluation de leurs pratiques professionnelles. Enfin, cette phase test était également l'occasion d'une information sur les programmes à l'attention des élus ordinaires, qui sont et seront nos relais auprès des professionnels de leur région. J'en profite pour souligner la qualité de l'engagement des élus du CROPP Champagne-Ardenne dans cette mission pour l'EPP et leur accueil chaleureux. Ceci étant également vrai pour d'autres régions.

REPÈRES : Pouvez-vous préciser la philosophie des EPP appliquées à la profession des pédicures-podologues ?

Je ne veux pas croire que la profession serait composée de personnes radicalement différentes de celles des autres

professions de santé, ni même de la population en général. De ce postulat, un deuxième en découle : comme tout individu, chaque pédicure-podologue possède des potentialités pour réaliser de l'EPP. Il nous revient, à nous facilitateurs, par nos programmes, de transformer ce potentiel en capacité. Pour cela, le programme doit être pédagogique et répondre à des critères simples :

- être facile à s'approprier ;
- être reproductible ou adaptable et évolutif ;
- être transférable à d'autres domaines.

En effet, je pense que les pédicures-podologues qui vont participer au programme devront rapidement comprendre la méthodologie utilisée et se l'approprier. Ainsi, ils seront en mesure de reproduire le programme, ou bien de l'adapter à leurs propres protocoles, ou encore de le faire évoluer pour couvrir un plus grand nombre de critères en hygiène des soins et enfin, pourquoi pas, de créer de nouveaux programmes adaptés à des pratiques professionnelles autres que l'hygiène. L'objectif de l'EPP, pour moi, est également la possibilité d'intégrer une culture de l'auto-évaluation dans l'ensemble de nos pratiques professionnelles. N'oublions pas que nous avons, par la loi, une obligation de moyens. C'est pourquoi, dans le respect de l'article 38 du Code de déontologie, «banaliser» l'EPP c'est aussi nous permettre d'assumer une partie de nos devoirs : améliorer notre pratique en la référant à des recommandations et garantir une meilleure sécurité des soins pour les patients.

BUDGET PRÉVISIONNEL ET COTISATION 2010



Après examen de la Commission « contrôle des comptes » le 11 septembre 2009, le Conseil national du 9 octobre a approuvé à l'unanimité le budget prévisionnel et les montants de la cotisation ordinaire pour l'année 2010.

Pour 2010, les cotisations acquises devraient représenter 2 897 340 euros, ce qui correspond au montant des cotisations prévisibles pour

l'année en cours et à celui des cotisations récupérées des années antérieures. Le total des dépenses devrait être, suivant les prévisions, de 2 996 119 euros dont voici ci-contre la répartition par grands postes.

Cotisation 2010

L'appel à cotisation pour l'année 2010 a été lancé. Celle-ci est exigible au 31 janvier 2010. Lors de l'élaboration du budget prévisionnel 2010, le Conseil national a décidé pour permettre en partie le financement de l'évaluation des pratiques professionnelles, d'augmenter la cotisation 2010 de 0.70 % soit deux euros entièrement réservés à la mise en place de cette démarche. La cotisation doit être réglée obligatoirement par tous les pédicures-podologues inscrits au Tableau de l'Ordre pour l'exercice 2010. Elle comporte notamment l'abonnement au Bulletin de l'Ordre « Repères », la délivrance du caducée, de la carte professionnelle et l'accès aux services juridiques par le biais de vos conseils régionaux. Au regard de l'année dernière, seuls deux postes ont eu une évolution importante : ➤ La ligne « Charges de personnel » : 14,44 % (contre 12,47 % en 2009). Nous avons notamment étoffé notre service juridique en accueillant du personnel expérimenté, ce qui a permis de proposer aux pédicures-podologues de nouveaux outils : modèles et contrats types (contrat de remplacement libéral partiel, gérance, convention d'exercice en cas de décès du praticien...) et de répondre aux nombreuses sollicitations des professionnels pour des conseils juridiques (plus de 680 dossiers traités dans l'année). ➤ La ligne « Services extérieurs » : 12,73 % (contre 6,76 %) incluant les honoraires d'avocats et d'experts en droit. Pour exemple, notre avocat a eu à traiter 157 affaires d'exercice illégal, usurpation de titre et/ou non inscription au Tableau de l'Ordre. Tous les autres postes sont stables. ●

LA COTISATION ET SON UTILISATION (2010)	
Gestion cotisations et inscriptions au Tableau	1,14 %
(Appel à cotisation, attestation de paiement, ...)	
Fonctionnement des Conseils régionaux	55,66 %
Financement direct	49,67 %
(Budgets alloués aux régions directement, fonctionnement et quotités)	
Financement indirect	5,99 %
(Budgets alloués indirectement : Assurances, maintenance informatique, réseau, élections, chambre disciplinaire, éditique...)	
Fonctionnement du Conseil national	4,96 %
(Immobilier, EDF-GDF, assurances, aménagement bureaux, ...)	
Frais de communication	1,59 %
(Téléphonie, Internet, ...)	
Réunions et groupes de travail	12,81 %
(Commissions, Conseils nationaux, bureaux, Permanence Europe)	
Élections nationales	0,05 %
(Annonce des élections, dépôts des candidatures, envoi matériel vote)	
Services extérieurs	12,73 %
(Honoraires, communication, informatique)	
Autres charges	0,99 %
(Impôts et taxes, frais bancaires, cotisations obligatoires, ...)	
Charges de personnel	14,44 %
(Rémunérations, charges sociales, formation continue)	
Réserve	0,99 %
(Provisions pour risques, chambre disciplinaire nationale)	
EPP	0,69 %
(Evaluation des pratiques professionnelles)	

CONVENTION DÉCÈS UNE CONVENTION POUR PROTÉGER PATIENTS ET AYANTS DROIT

Qu'advient-il en cas de décès d'un pédicure-podologue ? Existe-t-il des dispositions qui permettent de maintenir la continuité des soins auprès de ses patients ? Comment protéger les intérêts de la famille ou des ayants droit du professionnel décédé ? L'Ordre s'est penché sur ces questions et a élaboré une convention d'exercice destinée à mettre à la disposition des parties engagées une base contractuelle.

Le décès d'un pédicure-podologue peut engendrer une situation difficile à l'égard de ses patients comme à l'égard de sa famille, pour laquelle l'exercice du défunt pouvait constituer la principale source de subsistance. En effet, lorsque le décès survient dans des situations inattendues, telles qu'un accident par exemple, il est peu probable que le professionnel ait pris des dispositions assurant la poursuite de son activité, comme il pourrait l'avoir fait en cas de longue maladie ou dans l'hypothèse d'une cessation prochaine de son exercice professionnel. Ainsi, lorsqu'aucune mesure n'a été prise avant son décès pour assurer le devenir du cabinet du professionnel, se posent un certain nombre de questions, à résoudre dans un calendrier où le temps peut s'avérer un ennemi : ➤ Que faire des patients habituellement soignés par le professionnel ? Faut-il les réorienter vers un confrère ? Peut-on envisager qu'un autre professionnel assure son exercice au sein du cabinet du professionnel décédé, le temps que soient résolues les questions de succession ? Peut-on envisager la revente du cabinet et de la patientèle, et selon quelles modalités ? Qui est habilité à engager de telles démarches d'ordre professionnel alors même que le praticien n'est plus là ? Comment, enfin, s'assurer que le cabinet ne subira aucune dépréciation le temps que soient effectuées ces démarches ?

On le voit, nombres de problèmes surgissent dans une telle situation, sachant que la succession nécessite en moyenne une année pour aboutir. Le Code de déontologie des pédicures-podologues, en son article 90, prévoit, quant à lui, qu'« en cas de décès (...) le Conseil régional peut, à la demande des héritiers, autoriser un autre praticien à assurer le fonctionnement du cabinet pour une durée qu'il détermine compte tenu des situations particulières ». Une convention pour rassembler les parties en présence Élaborée par le Conseil national de l'Ordre des pédicures-podologues, cette convention propose un cadre contractuel qui permettra, aux héritiers ou ayants droit qui en font la demande, de mettre en place un exercice « relais » au sein du cabinet du professionnel décédé. Il leur faut pour cela trouver un pédicure-podologue disposé à assurer cet exercice provisoire, ce qu'ils peuvent faire avec l'aide du CROPP. Le maintien de l'activité professionnelle au sein même du cabinet du professionnel disparu a plusieurs avantages considérables : la continuité des soins – les patients restant pris en charge dans leur lieu de soins habituel - ; le maintien de la valeur professionnelle du cabinet le temps que soient résolues les questions de succession, évitant toute décision hâtive qui pourrait nuire à sa future reprise.



En pratique : les termes de la convention Par nature provisoire, cette convention est limitée dans le temps : elle peut être conclue pour une période de 6 mois et être renouvelée une fois, soit 12 mois au maximum. La convention est assortie d'une clause interdisant au professionnel bénéficiaire de la convention, d'exercer son activité dans un périmètre donné et pendant un laps de temps suffisant pour protéger les intérêts légitimes des ayants droit et ainsi prévenir toute récupération de patientèle, sauf bien sûr s'il est lui-même reprenneur de la patientèle. Sur le plan financier, l'indemnité forfaitaire mensuelle versée aux ayants droit doit être une somme fixe. Une indemnité proportionnelle aux honoraires constituerait une dichotomie prohibée par l'article L.4113-5 du Code de la santé publique. Cette convention devient caduque dès lors qu'un reprenneur a été identifié par la signature de l'acte de vente. Si cette convention reste néanmoins un compromis, utile à la préservation des droits patrimoniaux des héritiers du professionnel décédé, il est souhaitable, malgré tout que tout pédicure-podologue prenne les meilleures dispositions de son vivant, en se rapprochant de son notaire, pour prémunir au mieux sa famille et lui éviter des démarches complexes – car d'ordre professionnel. ● Convention consultable et téléchargeable sur l'espace réservé du site www.onpp.fr, rubrique « Vos outils / Les contrats ».



© Beside



moins de 300 personnes. Le règlement de sécurité établit pour chacun d'eux le seuil correspondant à des conditions d'accueil normalisé. Il existe enfin une distinction dans l'application du Code de la construction et de l'habitation pour les cabinets accueillant moins de 20 personnes à la fois. Rappelons que les seuils sont fixés hors décompte des professionnels : « *sont considérées comme faisant partie du public toutes les personnes admises dans l'établissement, à quelque titre que ce soit, en plus du personnel* » (Arrêté du 22 juin 1990). Depuis près de cinq ans, les normes d'accueil dans les ERP en général et les cabinets de pédicures-podologues en particulier, ont été rendues plus complexes après l'adoption d'une législation visant à renforcer et faciliter l'insertion sociale des personnes frappées d'un handicap. Il s'agit naturellement de la Loi du 11 février 2005 (n° 2005-102) à laquelle se sont trouvées associées d'autres dispositions rappelées ci-contre. Les textes en vigueur ne définissent pas seulement un arsenal de mesures visant à mettre aux normes tout établissement recevant du public, ils en proposent aussi le calendrier de mise en application. Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2007, tout nouveau cabinet médical ou tout nouvel immeuble comprenant un cabinet médical doit répondre à ces exigences légales. En revanche, les pédicures-podologues installés

avant cette date disposent d'un moratoire, qui en fonction des aménagements et des situations deviendra caduc au 1^{er} janvier 2015. Ce dossier se propose de clarifier cette mise aux normes, en pratique dans le temps (calendrier de la mise aux normes) et dans l'espace (quelles obligations), dans le cadre du Code de la construction et de l'habitation et de la loi du 11 février 2005, en fonction des situations d'occupation de locaux différenciées par les pédicures-podologues.

QUELLES DISPOSITIONS OBLIGATOIRES ?

Le Code de la construction et de l'habitation comme la Loi *pour l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*, insistent autant sur la question de l'accessibilité que sur celle de la sécurisation des locaux. Cette double acception devant être prise en considération aussi bien à l'intérieur qu'aux abords des cabinets de professionnels ! Chaque article et chaque règle édictée visent à faciliter, d'une part, le déplacement des personnes et, d'autre part, à assurer la sécurité des lieux traversés par la patientèle. N'oublions pas qu'il s'agit tout d'abord de prévenir tout incident qui pourrait menacer son intégrité, selon des principes, toujours plus prononcés aujourd'hui, de précaution qui induit une normalisation et une réglementation visant à se garder de tout danger que les règlements veulent toujours

plus anticiper. Les obligations et contraintes d'aménagement des locaux des professionnels de santé suivent une logique d'organisation de l'espace telle qu'elle existe dans chaque profession. Si le respect des normes de sécurité et le bon entretien des locaux garantissent la sécurité de la patientèle, les conditions de circulation doivent également faire l'objet d'une attention particulière.

1- UN ENVIRONNEMENT SÉCURISÉ

Plus que toute autre habitation, les ERP sont soumis, dans l'ancien comme dans le neuf, aux normes du Code de la construction et de l'habitation. L'année 2007, date de sa mise en application, marque la limite entre le neuf et l'ancien ! Avant 2007, les mises aux normes doivent être effectives d'ici 2015, après 2007, toute nouvelle construction doit répondre aux critères de sécurisation énoncés ci-après. Trois grandes questions sont ainsi couvertes : celles relatives aux normes incendies, celles liées aux installations électriques et enfin celles liées aux risques naturels ou technologiques et aux matériaux de construction.

➤ Les normes incendies

En application des dispositions de l'arrêté du 25 juin 1980 portant approbation des dispositions générales du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public, les cabinets de pédicurie-podologie, ERP de 5^{ème} catégorie dont l'effectif théorique est de moins de 20 personnes, doivent respecter les obligations suivantes :

Des extincteurs appropriés et faciles d'accès

Les cabinets doivent posséder des extincteurs d'une contenance minimum de 6 litres d'eau. Leur nombre est fixé à un pour 300 mètres carrés, sachant que leur nombre est multiplié par autant de niveaux sur lesquels se déploie le cabinet. Chaque année, les extincteurs doivent subir un contrôle par un organisme agréé. L'appareil reçoit alors un certificat APSAD (N4 pour les premières installations et Q4 pour les contrôles annuels) qui doit être conservé par le cabinet même si la date de vérification est notifiée sur chaque extincteur après le passage des contrôleurs.

Un système d'alarme incendie opérationnel

Il est également obligatoire d'installer une alarme dans son cabinet. Elle doit pouvoir s'entendre sur toute la surface des locaux, notamment s'ils s'étendent sur plusieurs niveaux ou bâtiments.

La sonnerie doit être reconnaissable : ne pas en choisir une qui puisse être confondue avec une manifestation sonore sans rapport avec l'alerte incendie. Il est d'ailleurs préférable d'en familiariser le personnel du cabinet, quitte à organiser régulièrement des exercices d'évacuation. Si le responsable de l'établissement est libre de choisir, selon les critères énoncés ci-avant, l'alarme du cabinet, il doit veiller en revanche à son bon état de fonctionnement.

Une signalisation visible et explicite

Bien souvent, une bonne sécurité est synonyme d'une bonne communication et ici en l'espèce, une bonne signalisation. Les éléments alertant d'un danger doivent donc être explicites et les indications des gestes et des actions à suivre simples et visibles. Aussi, chaque cabinet veillera à afficher les consignes devant être appliquées en différents endroits du cabinet et en privilégiant une présentation opérationnelle :

- le numéro d'appel des sapeurs-pompiers ;
- l'adresse du centre de secours de premier appel ;
- les dispositions immédiates à prendre en cas de sinistre.

De même, des éléments de signalisation permanents doivent permettre de faciliter l'évacuation des personnes en cas de sinistre. Ainsi, les escaliers protégés, les couloirs d'une

Textes et décisions encadrant la Loi du 11 février 2005 et visant à normaliser l'accueil des personnes handicapées dans les locaux professionnels

➤ l'article L.111-7 du Code de la construction et de l'habitation prévoit que les établissements recevant du public doivent être accessibles « aux personnes handicapées quel que soit le type de handicap, notamment physique, sensoriel, cognitif mental ou psychique ».

➤ Le décret n° 2006-555 du 17 mai 2006 est venu préciser les conditions d'accessibilité.



© Beside



Il est enfin indispensable de tenir un registre d'entretien dans lequel devront figurer les factures et les attestations de bonne mise aux normes des appareils de sécurité.

Les installations électriques doivent être conformes aux normes en vigueur, lesquelles changent régulièrement... Chaque professionnel doit donc être vigilant aux évolutions diverses liées tant à la stricte application des normes anti-incendies que, depuis peu, à la mise en application des logiques Développement Durable.

- un nombre minimum de socles de prise de courant et de circuits spécialisés ;
- la mise en œuvre d'un disjoncteur différentiel de type A pour protéger notamment le stérilisateur et le thermo-désinfecteur ;
- une protection de 2 ampères dédiée à la VMC ;
- au minimum trois prises dédiées et sur circuits séparés (autoclave, lave-vaisselle, réfrigérateur) ;
- une protection de 2 ampères pour le circuit d'asservissement tarifaire, le fil pilote ou le gestionnaire d'énergie ;
- l'obligation de fournir un schéma de l'installation ;
- la généralisation de la protection différentielle 30 mA ;
- un circuit doit être prévu pour chaque gros appareil supplémentaire ;
- une réserve de 20 % minimum obligatoire



Dans tous les cabinets construits avant 2001, un diagnostic amiante doit avoir été effectué

Aujourd'hui, les normes relatives à l'accueil des personnes dans les cabinets relèvent presque exclusivement de la Loi sur l'accessibilité des personnes handicapées dans les ERP.

© Beside

le point de vue de l'assureur

Il appartient aux praticiens de s'informer des réformes législatives et de leurs évolutions afin de mettre leur cabinet en conformité avec la loi du 11 février 2005 sur l'accessibilité des handicapés.

Si les contrats d'assurance ne prévoient pas d'aide spécifique pour les travaux de mise aux normes d'accessibilité aux locaux professionnels, l'assureur peut jouer un rôle de conseil en mettant son client en relation avec des sociétés spécialisées en expertise et chiffrer ces travaux.

En cas de sinistre, l'assureur prend également en charge la remise en état du local en fonction des équipements existants (y compris les aménagements pour l'accessibilité) ainsi que la mise aux normes électriques ou incendie.

Il faut retenir enfin, que lorsqu'un assuré entreprend de dresser le bilan des différentes assurances qu'il a contractées, il peut demander une visite de risque qui pourra être l'occasion de déterminer les points d'accessibilité et de mise en conformité de son cabinet.

à compter de son ouverture au public.

Cependant, pour les locaux devant être mis aux normes dans l'ancien, il existe des mesures dérogatoires. Elles sont de trois ordres :

- Elles peuvent être liées à la structure même de l'édifice, soit « *toutes contraintes liées à la présence d'éléments participant à la solidité du bâtiment, tels que les murs, plafonds, planchers, poutres ou poteaux qui empêchent leur application* » (Arrêté du 21 mars 2007 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19-8 & R. 111-19-11 du Code de la construction et de l'habitation).
- Elles peuvent dépendre de la nature et la valeur patrimoniale reconnue et déclarée d'un édifice en particulier, empêchant tel ou tel aménagement et mise en conformité.
- Elles peuvent enfin dépendre des disproportions constatées entre l'aménagement à effectuer et les améliorations effectivement obtenues dans un espace rendant difficile tout aménagement de ce type.

Aussi, cette complexité nous oblige à distinguer la norme idéale, appliquée dans toute construction neuve (comprendre moins de 3 ans), de celle applicable aux situations différenciées que l'on peut rencontrer dans des cabinets installés dans des locaux anciens. Pour mieux comprendre, rendons-nous dans un cabinet de pédicure-podologue...

➤ Aux abords du cabinet

(article 3 de l'Arrêté du 17 mai 2006)

À leur arrivée au cabinet, les personnes handicapées moteur doivent pouvoir bénéficier d'une ou deux places de stationnement réservées (légalement 1 par tranche de 50 places), les plus proches de l'entrée ou, du moins, des accès qui leur sont dédiés.

Ces places de parking d'une largeur minimum de 3,30 m doivent être signalisées par un marquage au sol de couleur (bleue).

De telles normes ne sont applicables que dans les cabinets construits depuis 3 ans. En effet, ceux, plus anciens, disposant d'une aire de stationnement intégrée, ne sont pas soumis à l'obligation de rapprocher le plus possible ces places de l'entrée principale du cabinet.

En ville, cette obligation ne relève plus du professionnel mais de la voirie qui aménage des places réservées dans chaque rue.

➤ L'accès au cabinet

(articles 2 & 4 de l'Arrêté du 17 mai 2006)

Les rampes d'accès

Pour les cabinets de plein pied, un cheminement extérieur doit être accessible aux

personnes handicapées moteur ou souffrant d'une défaillance visuelle ou auditive (article 2 de l'Arrêté du 17 mai 2006) qui prend la forme d'une rampe d'accès doublant l'embranchement ou s'y substituant.

Afin de pouvoir permettre l'accès aux personnes en fauteuil roulant, les sols des abords du cabinet doivent présenter un revêtement non meuble et non glissant, dépourvu d'obstacles (grilles, trous ou fentes) et d'une dénivellée inférieure ou égale à 5 %. Naturellement, l'accès proprement dit, doit laisser une largeur de 1,40 m (ou de 1,20 m s'il n'y pas de mur de part et d'autre). Dans l'ancien, la loi tolère que par endroit le passage fasse goulet (limite minimum de 0,90 m). De même, dans les établissements vieux de plus de trois ans, le pourcentage de dénivellation est toléré jusqu'à un taux inférieur ou égal à 6 %. Il peut atteindre 10 % sur une longueur inférieure à 2 mètres, 12 % sur une longueur inférieure à 0,50 mètres, si un palier de repos a été conçu en amont et en aval de la rampe.

Accéder aux étages par l'ascenseur...

L'installation d'un ascenseur est aujourd'hui très normalisée. Comme l'indique la norme EN 81-70 relative à l'accessibilité aux ascenseurs pour toutes les personnes y compris les personnes handicapées, retenons que la cabine doit mesurer au moins 1 m de large et 1,30 m de profondeur avec une entrée à 0,80 m.

D'autre part, devant la porte de l'ascenseur, un dégagement de 1,40 m est prévu pour faciliter les manœuvres d'entrée et de sortie de l'habitable. Une fois dans la cabine, les boutons d'accès aux étages, comme celui dédié à

l'alarme, ne doivent pas dépasser 1,30 m de hauteur. Une barre d'appui située à 0,90 m de hauteur permettra au passager de se tenir lors du fonctionnement de l'ascenseur.

Il existe aussi des normes liées à la signalisation palière extérieure et intérieure, dont la caractéristique est d'accentuer la lisibilité de ses mouvements dans sa cage :

- sur chaque palier, un signal sonore pour prévenir de l'ouverture des portes, des flèches lumineuses d'au moins 40 mm, des sons spécifiques à la montée et à la descente de la cabine ;
- dans la cabine, des signaux lumineux et sonore (voire vocal) pour indiquer sa position à l'arrêt.

... ou par les escaliers

Les escaliers peuvent être empruntés par des personnes à mobilité réduite. La largeur maximale est alors de 1,40 m s'il comporte un mur de chaque côté ; les mesures sont inférieures s'il comporte un mur (1,30 m), voire aucun mur (1,20 m). Dans un édifice ancien, la largeur peut descendre jusqu'à 1 mètre. La hauteur de marches ne peut excéder 0,16 m et la profondeur horizontale (le giron) doit être au minimum de 0,28 m. Antidérapantes, les marches sont revêtues d'un nez de couleur ou en relief, au moins pour la première et la dernière. Cette disposition n'est pas obligatoire dans l'ancien.

Enfin, une main courante disposée de part et d'autre doit être continue, rigide et commencer et s'achever 0,40 m avant et après la première et la dernière marche. Cette dernière obligation est valable quelle que soit la nature de l'habitation. Seul leur nombre varie du neuf à l'ancien : pour ce dernier, il est admis qu'une seule main courante peut équiper l'escalier.

La porte d'entrée

L'entrée principale du cabinet empruntée par les personnes handicapées laisse un passage de 0,90 m. Dans l'ancien, la largeur minimale descend à 0,80 m.

Pour être accessibles, les poignées de portes sont placées à 0,80 m du sol. La forme a son importance : il vaut mieux privilégier les poignées dites « béquilles » utilisables par les personnes présentant une déformation des mains.

➤ Se déplacer dans le cabinet

(articles 5 à 10 de l'Arrêté du 17 mai 2006)

Une fois à l'intérieur du cabinet, toute personne handicapée doit pouvoir se déplacer sans danger, c'est-à-dire sans glisser et pouvoir



© GHP

rouler sans encombre lorsqu'elle est en fauteuil. Cela commence par un revêtement au sol stabilisé : pas de tapis mais plutôt un revêtement antidérapant intégrant du caoutchouc, du PVC ou des particules minérales prises dans la masse ou en surface. Les couloirs et passages empruntés par la patientèle doivent être suffisamment larges et dégagés pour permettre toutes manœuvres. Les sanitaires résumant l'attention qui doit être portée à la bonne circulation de toutes personnes en fauteuil roulant : la cuvette des toilettes doit laisser libre un espace latéral de 0,80 m de large sur une profondeur de 1,30 m. Une rampe latérale située de 0,70 à 0,80 m de haut aidera la personne à se hisser puis à se retirer du siège.

Tout obstacle doit être signalisé et protégé pour être facilement repéré et surmonté. Ainsi, ne faut-il pas négliger de placer au sol la matérialisation d'éléments placés en hauteur qui pourraient gêner la circulation (comme une boîte à lettres, un téléphone mural, etc.). De même, au-delà de trois marches, tout escalier intérieur doit être équipé d'une main courante sur les deux faces.

L'obligation d'accessibilité impose également de mettre à bonne hauteur chaque élément mis à disposition de la patientèle.

Il en est ainsi dans les sanitaires où chaque



ERP établissement recevant du public

2007

1^{er} janvier

Cabinet de pédicure-podologue neuf (moins de 3 ans)

➤ Accessibilité totale
Décret n°2006-555
art. 13 du 17 mai 2006

2011

1^{er} janvier

Cabinet de pédicure-podologue créé par changement de destination

➤ Une partie du bâtiment accessible pour fournir l'ensemble des prestations
Décret n°2006-555
art. 14 du 17 mai 2006

2015

12 février

Cabinet de pédicure-podologue existant (plus de 3 ans)

➤ Accessibilité totale sauf dérogation
Art.5 de la Loi sur l'accessibilité
(11 février 2005)

élément doit respecter des mesures maximum de hauteur d'utilisation :

- la cuvette des toilettes doit se situer entre 0,50 et 0,46 m
 - le lavabo être placé à 0,70 m du sol
- De même, le miroir sera soit incliné soit posé à une hauteur minimale de 1,05 m.

Dans l'ancien, l'exiguïté originelle des espaces consacrés au sanitaire ont amené la loi à plus de tolérance : s'il est entendu que toute personne handicapée pourra disposer d'un lieu accessible en fauteuil roulant, les espaces de dégagement à l'intérieur de la pièce s'agenceront en fonction de l'architecture de celle-ci.

Enfin, il est important d'insister sur le fait qu'il n'est pas obligatoire que l'ensemble du cabinet soit en conformité avec la Loi sur le Handicap. Tout pédicure-podologue est dans la légalité, dès lors qu'une partie de ses locaux est effectivement accessible à sa patientèle handicapée. Le professionnel doit pouvoir lui offrir, au même titre qu'une personne valide, les soins habituellement dispensés dans un environnement adapté à son handicap.

3- OÙ, COMMENT ET COMBIEN ? DE LA LOI À SON APPLICATION, COMMENT ÊTRE DANS LES RÈGLES ?

Récapitulatif du calendrier de mise en conformité

Le calendrier d'obligation de mise aux normes diverge en fonction de plusieurs facteurs :

• La date de création des cabinets

Il existe trois grands types de situations : les cabinets récents (moins de 3 ans), anciens (plus de 3 ans) ou encore créés par changement de destination. À ces trois cas de figures correspondent des obligations calendaires différenciées :

- Depuis le 1^{er} janvier 2007, tout nouveau cabinet de pédicure-podologue ou tout nouvel immeuble comprenant un cabinet de pédicure-podologue doit répondre aux exigences de la loi et du décret en matière d'accessibilité¹.
- À compter du 1^{er} janvier 2011, les cabinets de pédicures-podologues créés par changement de destination, transformant un local d'habitation en lieu d'exercice de sa profession, ou d'un cabinet de pédicure-podologue avec une habitation dans des locaux à usage d'habitation existants, sont soumis aux

dispositions imposées par la loi.

- À compter du 1^{er} janvier 2015, les cabinets de pédicures-podologues existants doivent se conformer aux obligations d'accessibilité des personnes handicapées. Il est possible de ne mettre qu'une partie du cabinet en conformité.

• Des mesures dérogatoires exceptionnelles

La loi prévoit que certains moratoires, dérogations ou dispenses définitives, pourront être prononcés en faveur des pédicures-podologues installés dans un bâtiment astreint à des obligations de normes de conservation du patrimoine architectural², ou dans le cas d'impossibilité technique résultant de l'environnement du bâtiment³, ou, enfin, en cas de disproportion manifeste entre les améliorations apportées et leurs conséquences. Une fois sensibilisé et en bonne connaissance de sa situation au regard du Code de la construction et de l'habitation et de la Loi sur le Handicap et les arrêtés correspondants, le pédicure-podologue peut se lancer dans la mise aux normes de son cabinet.

Les démarches à suivre

Une autorisation de construire, aménager ou modifier un établissement recevant du public est nécessaire avant de commencer les travaux. Le dossier de demande d'autorisation est déposé à la mairie de la commune dans laquelle le pédicure-podologue envisage les travaux. La demande de permis de construire ou de l'autorisation de travaux doit être accompagnée d'une **notice d'accessibilité** concernant les ERP. Ces dispositions sont les mêmes qu'il s'agisse de la construction d'un bâtiment neuf ou de la création d'un ERP dans un bâtiment existant. L'autorisation n'est délivrée par le préfet ou le maire, selon les cas⁴, que si les travaux projetés sont conformes aux règles d'accessibilité des personnes handicapées⁵. Le permis de construire tient lieu d'autorisation dès lors que les travaux projetés ont fait l'objet d'un accord de l'autorité compétente en ce qui concerne le respect des règles d'accessibilité⁶. À l'issue de l'achèvement des travaux, le maître d'ouvrage doit fournir à l'autorité qui a délivré ce permis un **document attestant** de la prise en compte des règles concernant l'accessibilité⁷.

Une autorisation d'ouverture d'un établissement recevant du public est, en outre, nécessaire ; cette autorisation est délivrée après le contrôle par une commission départementale de sécurité et d'accessibilité du respect des règles de l'accessibilité des personnes handicapées.

interview



D.R.

Patricia BOUCHENY
Porte-parole du GIHP
Groupement pour
l'insertion des
personnes
handicapées
Physiques

Créé en 1964 à l'initiative d'étudiants très lourdement handicapés qui voulaient suivre leurs études en milieu ordinaire, le GIHP coiffe aujourd'hui un réseau très dense d'associations de personnes handicapées moteurs ou sensoriels. Le Groupement «milite pour que la personne handicapée puisse être partie prenante de son existence et de son avenir, en participant pleinement à la vie en société.» Repères revient avec Patricia Boucheny, porte-parole du GIHP, sur la Loi du 11 février 2005, aussi bien sur ses modalités d'application dans les ERP de 5^{ème} catégorie que sur l'esprit qui l'a portée.

REPÈRES : Pouvez-vous nous resituer le contexte de la Loi de 2005 ?

Le législateur n'a pas attendu 2005 pour statuer sur notre place dans la société ! Trente ans auparavant, il affirmait déjà que toute personne handicapée devait pouvoir évoluer en milieu de vie ordinaire. La Loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées parlait déjà d'intégration et du principe de solidarité nationale. La loi du 13 juillet 1991 portant diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité est venue compléter la loi de 1975. Ces mesures ont été précisées par le Décret n° 94-86 du 26 janvier 1994, relatif à l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation, des établissements et installations recevant du public, modifiant et complétant le Code de la construction et de l'habitation et le Code de l'urbanisme.

La Loi de 2005 insiste sur la liberté du choix de vie de la personne qui nécessite une compensation de nature technique ou humaine selon le degré de dépendance, ainsi que l'accès à tout pour tous. En ce qui

« La Loi de 2005 insiste sur la liberté du choix de vie de la personne »

concerne l'accessibilité, la nouveauté réside davantage dans son caractère volontariste que sur le fond qui avait déjà été l'objet des législations antérieures. La loi a non seulement établi un calendrier précis mais l'a également assorti de sanctions pour ceux qui ne le respecteraient pas. Par ailleurs, autre apport significatif, le handicap moteur n'est plus le seul handicap à être concerné.

REPÈRES : Qu'attendez-vous de la Loi de 2005 sur la question de l'accessibilité ?

On communique beaucoup sur le handicap, mais dans les pratiques et les habitudes, ce n'est pas intégré dans les esprits. À l'exemple de certains élus de petites communes qui ne veulent pas aménager leur voirie ou leurs ERP, au prétexte qu'il n'y a pas ou peu de personnes handicapées sur leur territoire. Il faut d'abord rappeler à ceux-là, que le handicap ne se voit pas forcément et que la Loi de 2005 concerne plus largement, l'ensemble des personnes à mobilité réduite (PMR) ! Nous avons besoin de cette loi relativement contraignante pour faire évoluer les mentalités ! La sensibilisation ayant montré ses limites, les échéances légales et les sanctions prévues constituent un bon levier de pression auprès de ceux qui renâclent à vouloir l'appliquer, particulièrement nombreux parmi les ERP de 5^{ème} catégorie.

REPÈRES : Quels sont les points sur lesquels il vous semble important d'insister dans les aménagements et mises aux normes des ERP de santé ?

D'un point de vue légal inspiré de l'usage, l'accessibilité ce n'est pas uniquement le bâtiment lui-même ! Si on ne peut pas se déplacer pour rejoindre le cabinet (voirie, transport), si on ne peut pas stationner à proximité, on ne peut pas consulter même si le cabinet lui-même est accessible. C'est le bon sens que l'on retrouve dans la fameuse « chaîne du déplacement » imposée par la loi. Il est pour nous primordial que les cabinets médicaux et paramédicaux soient engagés dans ces aménagements nécessaires, par ailleurs bénéfiques

à l'ensemble de la population.

Pour l'aménagement intérieur, tout ce qui relève de la distribution de l'espace, la hauteur d'un comptoir d'accueil, d'un bouton d'appel, un dispositif d'information ou de communication, les toilettes, la luminosité, les contrastes de couleurs, l'acoustique, etc. relève de prescriptions techniques précises. Ces points sont soumis obligatoirement à l'avis de la sous-commission départementale*, ce qui n'est pas le cas pour tout le mobilier. Il est pourtant essentiel de choisir ce dernier judicieusement (sièges de différentes hauteurs, sans roulettes, avec accoudoirs, tables de consultation à hauteur réglable, etc.).

L'appréciation du handicap par les personnes valides est aussi un point très important à souligner ! Le handicap est souvent assimilé à la personne en fauteuil roulant. Or le handicap est multiforme, y compris pour le handicap moteur. Le cas des personnes souffrant d'un handicap auditif, confrontées à la généralisation des sonorisations d'ambiance, illustre la difficulté de notre société à simplement identifier puis prendre en considération le handicap.

REPÈRES : Existe-t-il des points sur lesquels il existe quelques ambiguïtés dans l'application de la loi ?

Tout en étant très complète, la loi n'a pas pour autant tout prévu ou en tous cas tout écrit, laissant des questions en suspens. Par exemple, pour un ERP de 5^{ème} catégorie existant qui réalise des travaux d'aménagements intérieurs sans toucher la façade, il n'est pas rappelé que le seuil de la porte d'entrée doit également être revu (pour une accessibilité totale en 2015...). Nous sommes encore obligés de batailler à ce sujet.

REPÈRES : Au-delà des questions de mises aux normes, que faut-il retenir de la loi en matière d'accessibilité ?

Elle doit permettre une prise de conscience civique et sociale de la diversité de l'autre dans des usages de savoir vivre

interview (suite)

qui au final nous concernent tous !

Je voudrais revenir sur l'attention qu'il convient de porter aux personnes atteintes d'un handicap sensoriel, psychologique ou mental. La qualité de l'accueil humain fait partie de l'accessibilité et bénéficie à tous. Un simple et aimable « bonjour » ou un petit mot agréable rassure et tranquillise. La voix permet aux personnes handicapées visuelles de se représenter plus facilement leur environnement immédiat, de les guider jusqu'à la salle de soins du praticien...

La loi impose un cadre pratique pour la mise aux normes (accessibilité aux abords, déplacements facilités dans les murs et mobiliers adaptés à la patientèle porteuse d'un handicap, quel qu'il soit). Elle répond tout autant, à un souci de reconnaissance et de compréhension de la multiplicité des handicaps. Ne voir que la dimension très formelle et contraignante de cette loi serait oublier les enjeux individuels et de société qu'elle prône (égalité des chances, participation, citoyenneté), et le bien-être de tous.

*Depuis 1994, dans chaque département, il existe une commission préfectorale dite sous-commission départementale d'accessibilité, qui dépend elle-même de la Commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité. Depuis l'entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007 de la Loi de 2005, tous les types de personnes handicapées y ont leurs représentants, aux côtés de la DDE, des maires dont les communes ont soumis leurs dossiers de mise aux normes. On y traite les demandes de permis de construire et de permis d'aménagement touchant entre autres les ERP de 5^{ème} catégorie. À l'issue de l'étude du dossier, un procès-verbal est rendu pour être appliqué sous peine de sanctions. Avec avis favorables ou non, avec des préconisations pour tous les types de handicap.

Aides et dérogations

Il existe par ailleurs des aides pour financer les travaux d'accessibilité dans les cabinets de soins médicaux et paramédicaux. Ils sont dispensés par l'ANAH (Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat) et peuvent s'élever jusqu'à 70% des travaux de mise aux normes d'un local dans une limite plafonnée de 8.000 euros HT. Il existe aussi des aides départementales, sous forme de prêts ou de subventions complémentaires, cumulables avec celles de l'ANAH, à solliciter auprès des conseils généraux.

Les risques encourus

La lecture attentive du Code de la construction et de l'habitation précise que tout cabinet ne respectant pas les délais imposés par sa situation (dans le neuf, l'ancien et dans des locaux soumis à des clauses dérogatoires particulières) pourra être fermé par décision de la préfecture de Police. Cette décision est également valable pour tout cabinet qui, selon les mêmes restrictions, n'aurait pas appliqué les obligations d'accueil des personnes handicapées définies par la Loi du 11 février 2005 et l'Arrêté du 17 mai 2006. La mise aux normes ne dispense pas les pédicures-podologues en fin d'exercice. Ceux qui ont programmé de prendre leur retraite avant 2015 devront malgré tout anticiper la mise en conformité de leur cabinet. En effet, le non respect des normes édictées ci-avant pourraient purement et simplement rendre toute vente caduque, ou du moins en minorer de manière significative le prix de vente.

CONCLUSION

Le mouvement concerne la profession des pédicures-podologues, mais il touche également toutes les professions médicales et paramédicales. Au-delà de la logique d'insertion de notre profession dans le monde de la santé et de sa reconnaissance en tant que membre à part entière, cette démarche de généralisation et de normalisation s'inscrit dans une volonté d'amélioration des soins dispensés dans le cadre des missions de santé publique. Plus prosaïquement, la mise aux normes est aussi une occasion de valoriser son capital, ce qui dans l'esprit de sa revente constitue un incontournable économique décisif pour le rachat par un pair. Elle n'en reste pas moins un dispositif légalement imposé, ce qui, indépendamment des mesures devant être prises par chacun, selon la nature d'occupation de ses locaux professionnels, a pour corollaire des poursuites à l'encontre de ceux qui ne voudraient pas s'y plier. La plus radicale d'entre

elles se résumant, sans aucune autre forme de procès, à la fermeture du cabinet...

Le cadre défini ici doit permettre à chacun d'évaluer en fonction de sa situation les aménagements à réaliser effectivement. Tout professionnel qui veut s'installer ou intégrer un nouveau cabinet devra être particulièrement attentif à ce cahier des charges normalisé, et pourra d'autant plus facilement orienter sa recherche de locaux, en individuel ou en groupement, en fonction de ces diverses obligations. Un pédicure-podologue exerçant dans un cabinet sis dans un édifice de construction ancienne pourra, en fonction de sa clientèle, surseoir à cette mise aux normes jusqu'en 2015, considérant qu'en ville, la structure du bâti lui permettra bien souvent de subir une mise aux normes aménagée. La visite à domicile peut constituer, mais dans un premier temps seulement, une réponse aux podologues dont les cabinets ne sont pas adaptés pour recevoir des personnes handicapées... Certains s'inquiètent déjà de la difficulté tant économique qu'architecturale et avancent l'impossibilité des pouvoirs publics de procéder à la fermeture des cabinets qui n'auraient pas appliqué la loi... Il est souvent risqué pour un professionnel de se mettre hors la loi : plutôt que de s'ériger en juge de paix, il reste plus prudent de se rapprocher des instances ordinaires.

On le voit, pour tout pédicure-podologue, la question de la mise aux normes de son cabinet ne trouve donc pas de réponse définitive et uniforme ! Il s'agit d'abord de considérer sa situation personnelle, l'état et la nature de son exercice, avant de se ruer sur un calendrier et chez son banquier. Nul doute en effet, que l'opération peut s'avérer rapidement coûteuse, mais la diversité des situations de chacun dilue la réalité des aménagements à réaliser dans l'avenir. L'Ordre et ses antennes régionales, conscients des lourdeurs et de la complexité de ces mises aux normes, prodiguent aux professionnels autant de conseils qu'ils mettent d'informations à leur disposition pour les aider à entrer dans le cabinet des pédicures-podologues de l'après 2015 ! ●

Textes à consulter et à télécharger sur le site www.onpp.fr.
(<http://www.onpp.fr/textes-officiels.html>)

¹Décret n°2006-555 du 17 mai 2006
²Le décret n° 2007-1327 relatif à la sécurité et à l'accessibilité des établissements recevant du public et des immeubles de grande hauteur
³Ex : les caractéristiques du terrain, la présence de constructions existantes ...

⁴R.111-19-13 du CCH
⁵R.111-19-14 du CCH
⁶R.111-19-15 du CCH
⁷L.111-7-4 du CCH

QUELQUES DÉCISIONS DE JUSTICE

Après trois ans d'existence de l'Ordre, il y a actuellement 157 dossiers en cours d'instruction portant à la fois sur des exercices illégaux (praticiens non inscrits au Tableau de l'Ordre, personnes non titulaires du diplôme d'État...) et des usurpations de titre. Ces affaires sont traitées par l'avocat de l'Ordre qui dépose plainte auprès des différentes juridictions compétentes, notamment la juridiction pénale. Ces premières « affaires » permettent la constitution de nos jurisprudences.

Les jugements portés l'ont été en adéquation avec les manquements aux dispositions légales et, malheureusement, certains professionnels n'ont pas mesuré l'importance de leurs actes et des conséquences.

Pour exemples :

► Madame X, titulaire d'un certificat d'aptitude professionnelle validé aux Pays-Bas, obtient une autorisation préfectorale lui permettant de s'installer en tant que « pédicure-esthéticienne beauté des pieds ». Alerté par la qualification donnée à son exercice professionnel, le Conseil national lui a demandé copie de la décision lui donnant compétence pour exercer et a bien constaté que la préfecture avait pris une initiative ne relevant pas de ses prérogatives. Ainsi, l'Ordre des pédicures-podologues a saisi les services ad hoc du ministère de la Santé ainsi que la préfecture concernée pour contester cette décision en s'appuyant sur les textes légaux régissant l'exercice de notre profession. Madame X s'est vue retirer son autorisation d'exercice sur le territoire national par M. le Préfet.

► Par jugement rendu par le Tribunal correctionnel de Strasbourg le 17 septembre 2009, un professionnel a été déclaré coupable d'exercice illégal de la profession de pédicure-podologue par défaut d'inscription au Tableau de l'Ordre et, à ce titre, condamné à une amende délictuelle de 1500 euros et une interdiction d'exercer la pédicurie-podologie pendant une durée de deux ans. La constitution de partie civile de l'Ordre des pédicures-podologues a été déclarée recevable et il lui a été alloué la somme de 1 euro à titre des dommages et intérêts et la somme de 800 euros en

application de l'article 475-1 du Code de procédure pénale.

► Par jugement rendu le 1^{er} octobre 2009 par le Tribunal correctionnel de Poitiers, un pédicure-podologue a été reconnu coupable d'agression sexuelle et d'atteinte à l'intimité de la vie privée par fixation ou transmission de l'image d'une personne, faits qui ont été commis dans le cadre de son exercice professionnel. Ce professionnel a été condamné à une peine principale d'emprisonnement délictuel de douze mois assortie du sursis total avec mise à l'épreuve pendant trois ans et à une peine complémentaire d'interdiction d'exercer la profession de podologue pour une durée de cinq ans. La constitution de partie civile du Conseil national de l'Ordre des pédicures-podologues a été déclarée recevable et ce professionnel a été condamné à lui verser 1 euro à titre de dommage et intérêts et 1.000 euros au titre de l'article 475-1 du Code de procédure pénale. ●



élections

CONSEILLERS RÉGIONAUX CROPP AUVERGNE

Par jugement rendu le 10 juillet 2009,

le Tribunal administratif de Clermont-Ferrand a rejeté la demande de Madame LEROUX et Monsieur SOULIER d'annulation des opérations électorales ayant eu lieu le 2 avril 2009 en vue de la désignation des membres du Conseil régional de l'Ordre des pédicures-podologues de la région Auvergne.

Madame LEROUX et Monsieur SOULIER ont été également condamnés à verser au Conseil régional de l'Ordre des pédicures-podologues de la région Auvergne et aux élus NIEMCZYNSKI, CAFFIERE, METAYER, LANDREA et THILBAULT DE BEAUREGARD une somme de 900 euros, soit 150 euros chacun, au titre de l'article L. 761-1 du Code de justice administratif.

REFUS DE SOINS AUX BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU

La Loi N°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - dite Loi HPST - renforce la lutte contre les refus de soins aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU).

► Constat

La création de la couverture maladie universelle (CMU) en 1999 (Loi n°99-641 du 27 juillet 1999) visait à améliorer l'accès aux soins des personnes défavorisées en leur accordant le droit à une couverture médicale complémentaire gratuite. D'un point de vue éthique et déontologique, aucun professionnel de santé ne peut refuser de soigner un patient au prétexte qu'il est bénéficiaire de la CMU. Cependant, 10 ans après l'instauration de ce dispositif, cette règle simple n'est pas encore totalement intégrée par les professionnels de santé.

En effet, les résultats d'une enquête commandée par le Fonds de financement de la CMU à l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) et diffusés le 1^{er} juillet 2009, témoignent d'une banalisation du refus de soins de la part de certains professionnels de santé. D'importantes différences ont été relevées. Certaines spécialités se montrent plus réfractaires que d'autres à la CMU.

Il semblerait que la motivation économique soit la raison principale de ces refus : prendre un patient en CMU suppose de facturer les consultations et les actes au tarif conventionnel de la sécurité sociale et de faire automatiquement le tiers-payant, ce qui constitue un manque à gagner pour les praticiens à honoraires libres. D'autres explications sont avancées, comme la difficulté de remboursements que rencontrent certains médecins, notamment ceux qui ne sont pas équipés du lecteur de carte vitale. Contraire à l'éthique et à la déontologie professionnelle, cette importante discrimination a été très peu sanctionnée disciplinairement par les ordres concernés ; c'est la raison pour laquelle la Loi HPST intensifie la lutte contre les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU.

► Apport de la Loi HPST

Elle complète l'article L.1110-3 du Code de la santé publique de la manière suivante :

► **En élargissant l'interdiction** à un professionnel de santé de refuser des soins à un

patient pour toute distinction établie sur l'origine, le sexe, la situation de famille, la grossesse, l'apparence physique, le patronyme, l'état de santé, le handicap, **mais également au motif que le patient est bénéficiaire d'une aide sociale** (CMU, CMU-C...).

Hors le cas d'urgence et celui où le professionnel de santé manquerait à ses devoirs d'humanité, le principe énoncé ci-dessus ne fait pas obstacle à un refus de soins fondé **sur une exigence personnelle ou professionnelle essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins.**

► **En précisant les modalités de recours pour les patients** : désormais, toute personne s'estimant victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné, des faits qui permettent d'en présumer l'existence.

Cette disposition concerne la charge de la preuve. Par cette disposition spéciale, le législateur manifeste sa volonté d'alléger le fardeau de la preuve pesant sur les épaules de la « victime ». En effet, il ne lui appartient pas de prouver le refus de soins illégitime mais de présenter aux personnes énumérées ci-dessus des faits qui permettent de le présumer.

Cette saisine vaut dépôt de plainte. Elle est communiquée à l'autorité compétente par celle qui l'a reçue. Le destinataire en accuse réception à l'auteur, en informe le professionnel de santé mis en cause et peut le convoquer dans un délai d'un mois à compter de la date de l'enregistrement de la plainte.

Dans les trois mois de la réception de la plainte, une conciliation est menée par une commission mixte de conciliation (instituée

par la loi) composée à parité de représentants du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné et de l'organisme local d'assurance maladie.

En cas d'échec de la conciliation, le président du conseil territorialement compétent transmet la plainte à la juridiction ordinaire compétente (chambre disciplinaire) avec son avis motivé et en s'y associant le cas échéant.

L'article L.1110-3 du Code de la santé publique (CSP) prévoit également qu'en cas de carence du conseil territorialement compétent, dans un délai de trois mois, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut prononcer à l'encontre du professionnel de santé une sanction dans les conditions prévues par l'article **L.162-1-14-1** du Code de la sécurité sociale.

► **En pénalisant financièrement le professionnel de santé** : en vertu de l'article L.162-1-14-1 du Code de la sécurité sociale (CDD), le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut notamment prononcer à l'encontre du professionnel de santé qui pratique une discrimination dans l'accès aux soins ou à la prévention, une sanction financière. Celle-ci, pour les refus de soins, pourra prendre la forme d'une pénalité financière forfaitaire dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.

Les sanctions prononcées en vertu de l'article L.162-1-14-1 du CSS peuvent faire l'objet d'un affichage au sein des locaux de l'organisme local d'assurance maladie et être rendues publiques, en cas de récidive et après épuisement des voies de recours, par voie de presse. ●

Les modalités d'application de l'article L.1110-3 du CSP et celles de l'article L.162-1-14-1 du CSS, notamment pour les modalités d'affichage et le barème des sanctions applicables, sont fixées par voie réglementaire.

Le ministère de la Santé a sollicité le CNOPP pour recueillir son avis sur le projet de décret précisant les modalités d'application de ces deux articles et autres mesures intéressant la lutte contre la fraude.

CONTRAT DE COLLABORATION LIBÉRALE

Le contrat de collaboration libérale présente un risque : la requalification en contrat de travail.

L'article 18 de la Loi n°2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises a instauré le statut du collaborateur libéral pour les professions libérales en lui donnant la définition suivante : « *A la qualité de collaborateur libéral le membre non salarié d'une profession réglementée ou dont le titre est protégé qui, dans le cadre d'un contrat de collaboration libérale, exerce auprès d'un autre professionnel, personne physique ou personne morale, la même profession.* »

Le collaborateur libéral exerce son activité professionnelle en toute indépendance, sans lien de subordination. Il peut compléter sa formation et peut se constituer une clientèle personnelle. »

L'absence de lien de subordination qui définit le statut du collaborateur libéral implique que le collaborateur libéral exerce sa profession en totale indépendance, en son nom propre et sous sa propre responsabilité, qu'il organise son travail comme il l'entend, qu'il doit bénéficier d'une installation lui permettant d'exercer sa profession selon les règles déontologiques, qu'il doit pouvoir être en mesure de développer sa clientèle personnelle et qu'il perçoit directement ses honoraires dus par les patients qu'il a soignés.

Dans cette définition, la caractéristique la plus novatrice est la possibilité pour le collaborateur libéral de se constituer sa propre clientèle.

Au regard d'une jurisprudence constante de la Cour de cassation, la possibilité ou non pour le collaborateur libéral de se constituer une clientèle personnelle est l'un des critères permettant d'éviter toute requalification du contrat en contrat de travail.

Une telle requalification entraîne de lourdes conséquences juridiques et financières : ► Le collaborateur devenant salarié est en droit d'invoquer le droit du travail, notamment le droit au licenciement en cas de

rupture du contrat (le titulaire du cabinet ne peut rompre qu'en présence d'une cause réelle et sérieuse).

► Le régime général de la sécurité sociale peut s'appliquer : une URSSAF ne manquera pas d'exiger le paiement des charges sociales sur les rémunérations reçues par le salarié.

► La législation en matière de travail dissimulé peut trouver également application, si le collaborateur n'a pas payé ses propres charges.

Un arrêt récent de la première Chambre civile de la Cour de cassation du 14 mai 2009 a requalifié un contrat de collaboration libérale d'une avocate en contrat de travail au motif que « *les conditions réelles d'exercice de l'activité de celle-ci ne lui avaient pas effectivement permis de se consacrer à sa clientèle et que le cabinet (...) avait manifestement omis de mettre à sa disposition les moyens matériels et humains lui permettant de développer sa clientèle personnelle.* » Les juges du fond ont notamment relevé que « *l'avocate n'avait pu traiter que cinq dossiers personnels en cinq ans de collaboration avec le cabinet, que la plupart des rendez-vous et appels téléphoniques, nécessaires au traitement de ces rares dossiers personnels, se passaient hors du cabinet et après vingt heures ou pendant le week-end, qu'elle partageait son bureau avec un autre avocat et pouvait difficilement trouver un lieu pour recevoir ses propres clients, qu'elle était privée de l'indépendance technique propre au collaborateur libéral.* »

Certes, les faits évoqués ci-dessus sont difficilement transposables à l'activité exercée dans un cabinet de pédicure-podologue, néanmoins il s'en dégage un principe général : le titulaire du cabinet doit mettre à la disposition du collaborateur des moyens matériels (voire humains) lui permettant de développer sa clientèle ; sinon, il y a un risque de requalification en contrat de travail. ●



EXERCICE PROFESSIONNEL

“ Comment dois-je libeller ma prescription ? „

De plus en plus réglementée, la prescription doit faire l'objet de la plus grande attention de la part des praticiens pour que leurs patients reçoivent les traitements qui leur sont indispensables et qu'ils soient remboursés dans les meilleures conditions. Ainsi, la prescription doit être faite sur ordonnancier classique en double exemplaire (un pour le pharmacien, un pour le patient). Vous devez apposer votre pavé d'identification comportant vos nom, prénom, adresse, qualité et numéro d'identification ADEL à 9 caractères. Il faut indiquer les nom, prénom, sexe et âge du patient (pour les enfants de moins de 15 ans) et la date de la prescription. Vous prescrivez les dispositifs et produits prévus à l'arrêté (30 juillet 2008 paru au Journal officiel le 2 août 2008) de manière quantitative et qualitative, c'est-à-dire : le nom du produit prescrit, sa posologie, son mode d'emploi, la durée du traitement... Il vous faut également préciser si la prescription concerne des soins en rapport ou non avec une affection de longue durée - pour un patient atteint d'une ALD - et, enfin, ne pas oublier de signer la prescription.

“ Je souhaite racheter le cabinet principal d'un confrère. Puis-je dans le même temps racheter son cabinet secondaire ? „

Avant toute signature d'un acte de vente, vous devez soumettre le projet à votre Conseil régional en vue de l'obtention d'un agrément préalable. Aucune autorisation préalable n'est nécessaire pour l'acquisition d'un cabinet principal. En revanche, nous vous rappelons que, conformément aux articles R. 4322-79 et R. 4322-81 du Code de la santé publique, dans le

cas qui vous concerne, l'autorisation dont a bénéficié le vendeur pour la création ou le maintien de son cabinet secondaire ne vous est pas cessible. Il vous faut impérativement demander une autorisation de création de cabinet secondaire auprès du Conseil régional compétent. Ne signez donc pas l'acte de vente sans avoir obtenu votre dérogation.

“ Je viens de m'inscrire au tableau de l'Ordre, j'ai mon numéro d'Ordre mais comment puis-je obtenir mon code et mon mot de passe pour accéder à l'espace réservé du site Internet de l'ONPP ? „

En effet, un champ d'identification pour les pédicures-podologues inscrits au Tableau donne accès à l'espace sécurisé. L'identifiant correspond à votre numéro d'inscription à l'Ordre et le mot de passe personnalisé est créé de façon aléatoire par un logiciel spécifique. Pour obtenir ce mot de passe, vous pouvez :

- soit, en faire la demande par le biais du formulaire sur le site Internet www.onpp.fr à la rubrique « Nous contacter » puis, nature de la demande : « inscription au Tableau de l'Ordre ».
- Un mail vous sera adressé par retour ;
- soit, par courrier à l'attention de Mme MUNIAK, Ordre des pédicures-podologues – 116 rue de la Convention – 75015 Paris.

“ Ayant cessé toute activité professionnelle que dois-je faire vis-à-vis de l'Ordre ? „

Vous devez adresser au Conseil régional de l'Ordre des pédicures-podologues (CROPP) dont vous dépendiez une attestation de radiation de l'URSSAF qui prouve ainsi la

cessation définitive de votre activité de pédicure-podologue. À défaut de celle-ci, vous pouvez fournir une attestation de radiation des listes ADEL obtenue auprès de votre DDASS.

“ Pédicure-podologue, mère de trois enfants, je souhaite travailler 2 jours par semaine. Puis-je bénéficier du contrat de remplacement partiel libéral ? „

Non, en aucun cas, le contrat de remplacement partiel libéral ne peut être souscrit pour des convenances strictement personnelles. Nous vous conseillons de conclure un contrat de collaboration libérale.

“ Pandémie grippale : où en est la campagne de vaccination pour les pédicures-podologues ? „

Au même titre que les autres professionnels de santé, vous avez dû recevoir par courrier votre bon de vaccination nominatif contre la grippe A/H1N1. Cette vaccination est particulièrement importante si vous êtes amené à être en contact avec des personnes fragiles, de jeunes enfants ou des femmes enceintes. Si elle offre une protection individuelle à celui qui en bénéficie, elle contribue aussi à protéger ses proches, son entourage et ses patients. Vous pouvez vous faire vacciner sans rendez-vous, dans le(s) centre(s) de vaccination indiqué(s) sur votre courrier, munis de celui-ci et d'une pièce justifiant de votre identité. Une notice d'information et un questionnaire médical vous seront remis au centre de vaccination. Une fois vacciné, il vous sera remis un certificat de vaccination contre la grippe A/H1N1 avec le nom et les numéros de lot du vaccin injecté.