

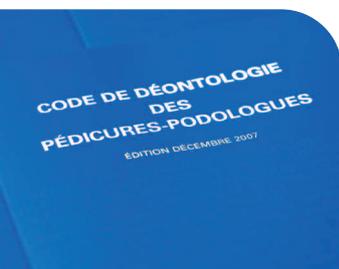


P. 4
missions

**NOUVELLE CARTE
DE PROFESSIONNEL
DE SANTÉ**

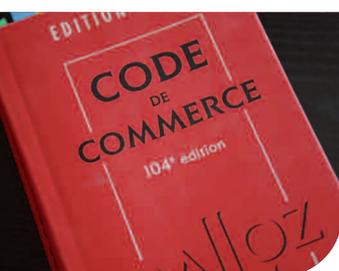
P. 5
vie ordinale

**BUDGET
PRÉVISIONNEL &
COTISATION 2011**



P. 17
déCodage

REFUS DE SOINS



P. 18
juridique

**LOI DE
SAUVEGARDE
DES ENTREPRISES**



dossier

**PROFESSIONS DE SANTÉ
RÉGLEMENTÉES EN FRANCE**

LES SEPT ORDRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET LEURS MISSIONS

Médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers et pédicures-podologues... Nous sommes sept professions de santé à nous être constituées en ordres et à avoir reçu, à ce titre, une délégation de la puissance publique pour organiser, réglementer et faire évoluer nos professions. L'histoire des ordres professionnels nous ramène aux confréries de métiers nées au Moyen Âge, mais celle qui nous concerne est en réalité plus récente : elle date des ordonnances du général de Gaulle de 1945 et, plus près de nous, des lois de 1995 et de 2004.

© Beside

Les sept professions réglementées de santé présentent des caractéristiques propres qui font que nos ordres sont tout à la fois proches et cependant spécifiques. Tour d'horizon dans Repères.

« Il y a des ordres jeunes, des ordres anciens, il y a de grands ordres en taille, il y en a de plus petits, il y a les ordres médicaux et des ordres paramédicaux ».

Pour autant, ils partagent les mêmes missions de défense et de sécurité du public à travers les soins délivrés par leurs professionnels. Leurs règlements se rattachent au Code de la santé publique et leurs organisations reposent sur des logiques semblables. Ce dossier en

dresse le tableau, revient sur leurs origines, rappelle leur vocation et, au-delà de leurs missions traditionnelles, s'interroge sur leurs préoccupations et leurs engagements spécifiques.

Un peu d'histoire...

Les regroupements professionnels traversent l'histoire depuis que les civilisations sont organisées en société. Le Moyen Âge et l'Ancien Régime, qui se définissaient comme des sociétés d'ordres, ont vu s'affirmer des groupements professionnels organisés, dotés de règles et de statuts qui garantissaient autant la protection de la profession que celle de l'individu.



© G. Fournier / Beside

Chères consœurs,
Chers confrères,

L'Ordre national des pédicures-podologues est heureux de vous présenter tous ses vœux de bonheur, de réussite et d'épanouissement pour l'année 2011.

En 2010 l'Ordre peut se féliciter des nombreuses avancées contribuant à l'organisation de la profession. Tout d'abord **PODEMO**, le logiciel d'analyse de

la démographie professionnelle qui vous a été décrit dans le précédent numéro de Repères, a été présenté à tous les élus ordinaires en novembre dernier et sera opérationnel dans vos conseils régionaux de l'Ordre des pédicures-podologues (CROPP) dès le début de l'année. Parlons également de la formidable participation des pédicures-podologues aux premiers programmes d'Evaluation des pratiques professionnelles, nous en présenterons prochainement le bilan, mais sachez que nous ne voulons pas mettre un frein à cette dynamique et lançons dès à présent un nouvel appel à candidatures pour être « facilitateur EPP ». Rappelons encore les publications de l'Ordre tels le Guide des contrats, le Mémento d'installation du pédicure-podologue, outils à la disposition des professionnels sur le site Internet www.onpp.fr...

Ainsi s'achève l'année avec le sentiment que la charge de travail ne nous a laissé aucun répit et pourtant il reste tant à faire. Souhaitons qu'avec la finalisation des textes d'application de la loi HPST et le nouveau Ministère en place, les équipes opérationnelles des services de l'État soient plus disponibles pour traiter les dossiers qui nous tiennent à cœur tels la reconnaissance des diplômes, titres ou certificats autres que le diplôme d'État de pédicure-podologue ou encore la finalisation de la réingénierie de notre diplôme... Travail qui permettra peut-être de faciliter nos actions de lobbying allant dans le sens d'une évolution de notre décret d'actes... Il va sans dire qu'à chaque rencontre avec des acteurs politiques du système de santé nous ne manquons pas de rappeler l'aberration que représente le décalage qui existe actuellement entre notre pratique quotidienne et les textes qui nous régissent, lesquels datent de la première réglementation de notre profession, en 1946! Notre pugnacité sur ce thème ne faiblira pas en 2011...

La nouvelle année sera marquée par un travail important de vos CROPP. En effet, à compter de mars 2011, le renouvellement des demandes de dérogations pour les cabinets secondaires devra être effectif. Nous entendons vos inquiétudes et sommes à votre écoute, soit lors des réunions d'informations organisées en régions, soit au sein de vos conseils régionaux. Sachez que chaque cas sera traité équitablement dans le cadre légal exigé. Ce sera un nouveau pas franchi vers l'harmonisation de notre profession. D'autres professions médicales, nos aînées l'ont fait avant nous et il est du devoir de l'Ordre de réguler la profession et d'œuvrer dans un objectif d'intérêt général, au bénéfice du praticien mais aussi des patients. Cela ne se fera bien sûr pas sans difficultés ni contraintes mais nous serions impardonnables de laisser notre profession à la traîne. C'est au présent que nous devons préparer le futur des générations qui prendront notre relève...

actualités

► Un grand Ministère du travail, de l'emploi et de la santé

Depuis le 14 novembre dernier, a été créé un grand Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, avec à sa tête Monsieur Xavier BERTRAND et nommée secrétaire d'État à la santé, Madame Nora BERRA. Notre Ordre retrouve avec plaisir Monsieur BERTRAND, qui le 9 octobre 2006, alors déjà ministre de la santé (de juin 2005 à mars 2007), avait présidé officiellement notre séance d'intronisation en Conseil national. Madame BERRA, quant à elle, a occupé le poste de secrétaire d'État chargée des aînés depuis le 23 juin 2009 et a lancé un grand chantier sur la prise en charge de la dépendance.

Il va sans dire que l'Ordre national des pédicures-podologues (ONPP) a demandé, dès leur nomination, à les rencontrer tous deux afin de faire un point sur notre fonctionnement institutionnel et sur les différents dossiers en attente de concertation avec les services ministériels (reconnaissance des diplômes autres que le diplôme d'État, évolution de notre décret de compétences, coopérations interprofessionnelles, l'Ordre guichet unique etc.). Certes les mêmes fonctionnaires opèrent dans les services attachés au Ministère de la santé, Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et Direction générale de la santé (DGS), notamment, et nos dossiers en cours vont suivre leur route avec principalement les mêmes interlocuteurs. Souhaitons que l'implication personnelle de notre nouveau ministre dans la création de notre instance en 2006 permette aujourd'hui d'accélérer certaines de nos demandes.

► Monsieur Jean-Noël CABANIS va à la rencontre de notre Ordre

Placé directement auprès de la directrice générale de l'offre de soins – Madame Annie PODEUR –, il exerce en qualité de chef du Département stratégie ressources à la DGOS depuis octobre dernier et a eu la démarche spontanée d'aller à la rencontre des instances ordinaires de santé. Sa visite à l'ONPP a eu lieu le 3 décembre. Elle a été pour lui l'occasion de bien préciser les nouveaux champs d'actions de la DGOS, les domaines d'application de la loi HPST et plus précisément le rôle du Département « stratégie ressources » qui se veut un appui transversal pour le suivi des relations avec l'ensemble des acteurs du système de santé. Elle fut pour nous l'opportunité de rappeler nos dossiers primordiaux : la régulation de la démographie professionnelle et sa meilleure répartition, la reconnaissance de diplômes, titres ou certificats autres que le diplôme d'État de pédicurie-podologie, ou encore l'évolution de notre décret d'actes...

► Le Sénat adopte l'amendement visant à élargir l'assiette de cotisations maladie des professionnels de santé libéraux conventionnés

Le Sénat a voté le 26 novembre dernier l'élargissement de l'assiette de cotisations maladie dues par les professionnels de santé libéraux conventionnés dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2011.

Pour rappel, actuellement, le régime des praticiens et auxiliaires médicaux est un régime spécial d'Assurance maladie rattaché au régime général. Il est lié à l'adhésion à une convention nationale conformément à l'article L. 162-14 du Code de la Sécurité sociale. Les cotisations sont de 9.7 % des revenus nets. En revanche, les taux de cotisation au régime social des indépendants (RSI) sont très inférieurs et plafonnés : 6.5 % jusqu'à un plafond de la SS, puis 5.9 % pour les revenus compris entre deux fois et cinq fois le plafond. Par ailleurs, la réforme de 2004 avait permis aux caisses d'Assurance maladie de limiter leur participation aux cotisations calculées sur la part des honoraires remboursables, hors "dépassements". Aujourd'hui, le praticien conventionné peut donc être amené à acquitter des cotisations sociales supérieures à celles qu'il aurait acquittées en cotisant simplement au RSI.

L'amendement voté permet de conserver le régime spécial des praticiens

et auxiliaires médicaux, de rétablir l'équité, de clarifier et de simplifier le statut social de l'ensemble des professionnels de santé.

► Représentants des ordres de santé et agences régionales de santé (ARS) réunis pour étudier les statuts juridiques des structures pluriprofessionnelles

Les expérimentations de nouveaux modes de rémunération ont été généralisées à l'ensemble des régions et Monsieur SARKOZY a annoncé la création de 250 maisons de santé pluridisciplinaires sur 3 ans. Les représentants des ordres de santé, dont les pédicures-podologues, et des agences régionales de santé (ARS) ont été réunis par les services du Ministère de la santé pour déterminer les formes juridiques les mieux adaptées au mode d'exercice libéral et pluridisciplinaire des professionnels concernés et aux besoins de ces structures de soins (maisons et pôles de santé) tout en conciliant les questions d'ordres déontologique, organisationnel et fiscal. On se dirige vers une variante des sociétés civiles professionnelles (SCP) qui, pour l'instant, porteraient le nom de société interprofessionnelle ambulatoire (SIA).

► L'Ordre se bat contre le projet de création d'un institut de formation à Alençon

Récemment, l'Ordre n'a pas hésité à réaffirmer sa position officielle sur l'ouverture de nouveaux instituts sur le territoire national. L'ONPP s'oppose en effet à toute décision allant dans le sens d'une augmentation globale, à l'échelon national, de la capacité d'accueil des instituts de formation en pédicurie-podologie. L'ONPP considère qu'un surnombre d'étudiants entrant dans la profession entraînerait un réel déséquilibre démographique au sein d'une profession déjà à saturation. Cependant, il prône une meilleure répartition géographique des accès aux études à certaines conditions. Face au projet de création d'un institut de formation en Basse-Normandie, l'instance nationale a agi de concert avec le CROPP Basse-Normandie en se rendant à plusieurs reprises aux réunions du Conseil régional politique et en développant par écrit un argumentaire imparable pour exprimer sa désapprobation :

À l'analyse des chiffres extraits du Tableau de l'Ordre au 15 juin 2010, il apparaît clairement que la Basse-Normandie, avec un cabinet pour 4 647 habitants dont une proportion de 39 % de cabinets secondaires par rapport aux cabinets principaux, ne souffre pas d'un manque de professionnels. Le nombre de cabinets secondaires peut laisser supposer la nécessité pour les professionnels d'avoir une activité complémentaire par rapport à leurs sites d'exercice principal leur permettant d'avoir un revenu suffisant. La même analyse a été faite pour les régions limitrophes (régions Bretagne, Pays de la Loire, Haute-Normandie notamment). En 2009, l'Ordre a enregistré 637 inscriptions au Tableau de l'Ordre pour 204 cessations d'activités soit une population de plus de 430 professionnels.

À ces données démographiques, ont été ajoutées des données économiques :

(SOURCE : UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS AGRÉÉES, REVENUS 2008)

- sur la région Basse-Normandie, le revenu net fiscal moyen est de 23 000 euros
- sur la région des Pays de la Loire, le revenu moyen est d'environ 21 000 euros
- sur l'ensemble du territoire, le revenu fiscal net moyen est de 23 208 euros.

Par ailleurs, les garanties pour un enseignement adéquat ne peuvent être réunies : pas de convention avec un centre hospitalier universitaire garantissant un enseignement de qualité et « ouvert » à la pratique notamment pluridisciplinaire (le Centre hospitalier de Caen étant à 110 km d'Alençon). L'arrêté du 30 juillet 2009 paru au Bulletin officiel du Ministère de la santé prévoit que l'ensemble des formateurs permanents en charge de l'enseignement doivent être titulaires du diplôme de cadre de santé. Or, à ce jour, très peu de pédicures-podologues disposent de ce diplôme, il était donc peu probable qu'à l'ouverture éventuelle de cet institut celui-ci puisse répondre favorablement à ce critère. La résistance face à l'ouverture de l'école d'Alençon a figé le projet puisque décalé de deux ans au moins... mais ce délai ne doit pas pour autant nous faire baisser la garde !

► Détail du tarif des prothèses : premiers contrôles de la Direction générale de la consommation, de la concurrence et de la répression des fraudes (DGCCRF)

Dans le numéro 13 de Repères, nous vous avons alerté sur l'article 57 de la loi HPST, relatif à l'obligation d'information du patient, sur le tarif détaillé lors de la fourniture d'un dispositif médical (exemple d'une orthèse plantaire). Il semble que notre alerte n'était pas injustifiée car malgré les démonstrations faites en réunion en décembre 2009 avec les représentants de la DGCCRF sur le caractère inapplicable d'une telle mesure et la promesse orale de la direction de la DGCCRF que les contrôles n'auraient pas lieu tant que les problèmes d'application ne seraient pas résolus, les chirurgiens-dentistes ont vécu les premiers contrôles des agents de la DGCCRF.

► Le statut de l'EIRL en vigueur le 1^{er} janvier 2011

Dans le Repères n°14 sous la rubrique « juridique » un article était consacré au statut de l'EIRL (entrepreneur individuel à responsabilité limitée). Il était indiqué que ce statut n'était pas encore opérationnel car son entrée en vigueur était conditionnée à la publication d'une ordonnance visant à adapter au patrimoine affecté de l'EIRL les dispositions du Code de commerce relatives à la prévention et au traitement des difficultés des entreprises et aux responsabilités et sanctions encourues par l'entrepreneur à cette occasion. Cette ordonnance a été publiée dans le JO du 10/12/2010 : il s'agit de l'ordonnance n° 2010-1512 du 9/12/2010. L'EIRL entrera bien en vigueur le 1^{er} janvier 2011.

LA CPS3

UNE CARTE UNIQUE POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Les ordres des professions de santé, en relation avec l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé), se sont engagés dans la voie de l'émission conjointe d'une carte d'identification électronique unique de professionnel de santé. Cette nouvelle carte – dite CPS3 - sera un outil complet et simplifié au service des professionnels.

Le 16 juillet 2009, les groupements d'intérêt public GIP-DMP et GIP-CPS se sont fondus dans l'Agence des systèmes d'information partagés de santé.

Dans sa convention constitutive, cette nouvelle structure s'organise en comités, accueillant chacun un ou plusieurs représentants des ordres de santé, et voit ses missions élargies au « développement des systèmes d'information partagés dans les domaines de la santé et du secteur médico-social. »¹

CPS3, nom de code de la nouvelle carte de professionnel de santé

La nouvelle CPS3 remplace donc la CPS2. La numérotation indique à la fois la pérennité du service et une évolution forte de sa conception. En effet, comme le souligne Jacques LUCAS, président du Conseil d'éthique et de déontologie de l'ASIP Santé, « les deux cartes se succèdent mais, en dehors de cela, n'ont rien en commun. »

Première nouveauté : il y aura désormais une seule carte porteuse de dispositifs électroniques par praticien, quels que soient ses lieux et modes d'exercice : authentification, identification et signature électronique – conçues selon les standards technologiques européens – afin de permettre aux professionnels de se connecter à de multiples applications. En exercice libéral, le professionnel aura accès à des applications propres comme à celles qui sont proposées par l'Assurance maladie. En établissement, comme dans des structures multi professionnelles par exemple, la CPS3 permettra d'ouvrir et de tracer les accès dans le partage de dossiers informatisés. Bien entendu, le partage d'information ne doit pas se faire au détriment du respect de la vie privée, condition sine qua non que remplit la CPS3.

Il est ainsi possible de déterminer quelles informations seront consultables par quel professionnel.

Il en sera de même pour les lectures ou écritures dans le DMP ainsi que pour les usages d'une messagerie sécurisée dont la confidentialité est assurée par l'authentification d'une part et le chiffrement des données d'autre part.

CPS3 et Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS)

La convergence est le maître mot de cette nouvelle carte. Une seule carte et un seul numéro d'identifiant permettent au professionnel de s'identifier auprès des différentes institutions. Pour permettre cette simplification, il est nécessaire d'informatiser et de partager les fichiers des ordres professionnels. Cela est désormais possible grâce à la création, par la loi, du Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS).

Ce répertoire est partagé entre les ordres, l'État et l'Assurance maladie, chacun gardant la maîtrise de ses propres usages.

Lors de l'enregistrement du professionnel dans le RPPS par l'Ordre dont il dépend, un numéro d'identifiant lui sera attribué. Ce numéro de génération aléatoire, valable sur tout le territoire, suivra le professionnel jusqu'à la fin de son activité et apparaîtra sur sa carte de professionnel et sur de nombreux documents - notamment de prescription. Le numéro ADELI s'effacera donc au profit du numéro d'identifiant RPPS. La convergence, c'est donc aussi la disparition de la carte de l'Ordre et de son numéro.

En pratique...

Pour les professionnels déjà inscrits au Tableau de l'Ordre, l'enregistrement au RPPS ne nécessite aucune démarche. En effet, c'est la base informatique de l'Ordre qui alimente le RPPS. Toute nouvelle inscription au Tableau de l'Ordre fera l'objet d'un enregistrement au RPPS. Enfin, l'enregistrement au RPPS engendrera automatiquement l'émission et l'envoi d'une carte de professionnel à l'adresse de correspondance. Seront enregistrés au RPPS : les noms,



ENVOYEZ VOS PHOTOS D'IDENTITÉ

Sur la nouvelle carte de professionnel de santé, de couleur jaune pour les pédicures-podologues, figureront le logo de l'Ordre des pédicures-podologues et le logo de l'ASIP Santé. Figurera également, outre son identité, la photo du professionnel. À cet effet, nous renouvelons notre demande, à ceux qui ne l'ont pas déjà fait, d'envoyer, dans les meilleurs délais, à votre CROPP, deux photos d'identité avec vos nom, prénom et numéro d'inscription au Tableau de l'Ordre.

prénoms, civilités, dates de naissance, lieux d'exercice, informations d'identification et qualifications professionnelles.

Quand ces services seront-ils effectifs ?

L'émission des nouvelles cartes CPS3 dépend de l'intégration des professionnels au RPPS. Les pharmaciens sont les premiers à entrer dans la phase de simplification administrative. Cela signifie qu'il suffit à un professionnel de se présenter au guichet de son ordre pour lancer la procédure. Les sages-femmes en sont au même stade, et très bientôt les chirurgiens-dentistes. Les médecins entreront dans cette phase au printemps 2011, suivis dans la foulée des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues. ●

1. Communiqué de presse de la Mission de préfiguration de l'Agence des systèmes d'information partagés de santé, publié le 17 juillet 2009.

BUDGET PRÉVISIONNEL & COTISATION 2011

Après examen de la Commission « contrôle des comptes » le 8 septembre 2010, le Conseil national du 8 octobre a approuvé le budget prévisionnel et les montants de la cotisation ordinale pour l'année 2011, identiques à ceux de 2010.

Pour 2011, les cotisations acquises devraient représenter 3 039 348 d'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 3 144 180 d'euros dont voici ci-contre la répartition par grands postes.

une évolution importante, 17.87 % contre 14.44 % en 2010. La totalité des trois services du national (juridique, comptable et administratif) est maintenant, peut être pas totalement mais, largement doté en moyen humain. Reste dans les années à

venir à consolider ces trois piliers et sans doute créer un pôle informatique, base de notre avenir de « guichet unique ».

Cotisation 2011

L'appel à cotisation pour l'année 2011 a été lancé. Celle-ci est exigible au 31 janvier. Lors de l'élaboration du budget prévisionnel 2011, le Conseil national a décidé de la maintenir au montant identique à l'année dernière. ●

LA COTISATION & SON UTILISATION (2011)

Gestion cotisations et inscriptions au Tableau (Appel à cotisation, attestation de paiement, ...)	1,17 %
Fonctionnement des conseils régionaux	52,84 %
Financement direct (Budgets alloués aux régions directement : fonctionnement et quotités)	48,09 %
Financement indirect (Budgets alloués indirectement : assurances, maintenance informatique, réseau, élections, chambre disciplinaire, éditique,...)	4,75 %
Fonctionnement du Conseil national (Immobilier, EDF-GDF, assurances, aménagement bureaux, ...)	5,97 %
Frais de communication (Téléphonie, Internet, ...)	0,80 %
Réunions et groupes de travail (Commissions, conseils nationaux, bureaux, Permanence Europe)	11,69 %
Services extérieurs (Honoraires, communication, informatique)	12,80 %
Autres charges (Impôts et taxes, frais bancaires, cotisations obligatoires, ...)	1,86 %
Charges de personnel (Rémunérations, charges sociales, formation continue)	17,87%

Le total des produits : cotisations acquises et produits financiers sur les fonds de roulement et l'encaissement progressif des cotisations, devrait cette année ramener le déficit budgétaire à moins de 1.5 % contre 3.5 % en 2010.

Les budgets et les bilans s'affinent avec le temps, la grande période des investissements est maintenant derrière nous. Nous attendons l'équilibre budgétaire pour 2012 / 2013.

L'action du service recouvrement porte aujourd'hui tous ses fruits : il reste 7 cotisations de 2006 à recouvrer, 14 de 2007, 11 de 2008 et 101 en 2009.

Au regard de l'année dernière, seul le poste « Charges de personnel » a connu

APPEL À CANDIDATURE POUR DEVENIR « FACILITATEUR »

L'ONPP recherche à nouveau des professionnels souhaitant devenir pédicure-podologue habilité pour l'Evaluation des pratiques professionnelles (EPP). Les professionnels retenus recevront une formation pluridisciplinaire leur permettant d'acquérir des compétences l'accompagnement de leurs pairs dans l'EPP. L'objectif est également de couvrir l'ensemble du territoire national en disposant d'un professionnel habilité dans chaque région ou interrégion.

Les régions où nous recherchons des professionnels en priorité sont :

- Alsace
- Aquitaine
- Basse-Normandie
- Champagne-Ardenne
- Franche-Comté
- Haute-Normandie
- Île-de-France
- Lorraine
- Nord-Pas de Calais
- Poitou-Charentes

Parmi les critères retenus pour devenir professionnel habilité :

- Avoir un exercice de préférence libéral, avec une expérience d'au moins cinq ans.
- Avoir montré un intérêt pour l'amélioration

des pratiques ou les démarches de qualité, à travers des expériences, réalisations, acquis de formations ou initiatives individuelles.

En outre, pour éviter les conflits d'intérêts éventuels, il est préférable que le professionnel :

- n'ait pas de mandat électif ordinal (national ou régional) ou du moins qu'il ne soit pas « ordinalement » impliqué dans la mise en place de l'EPP,
- ne soit pas en responsabilité auprès d'organismes ou de fonds de gestion de formation continue.

La formation (3 sessions à Paris), ainsi que le déploiement de la mise en place en régions représentent un investissement en temps non-négligeable au cours des deux prochaines années : les pédicures-podologues souhaitant devenir professionnel habilité doivent donc en être conscients avant de s'engager dans cette activité.

Les candidatures : lettre de motivation, curriculum vitae avec photocopie des diplômes de formations initiales et continues sont à adresser avant le 14 février 2011 au Conseil national à l'attention de la Commission formation, compétences et Evaluation des pratiques professionnelles - 116 rue de la Convention - 75015 Paris.

➤ Pour plus de renseignements vous pouvez également joindre le Conseil national.

RÉSULTATS DES ÉLECTIONS RÉGIONALES AU CROPP LANGUEDOC-ROUSSILLON

Le CROPP Languedoc-Roussillon a organisé le mercredi 15 décembre 2010 une élection complémentaire. Il s'agissait d'élire six membres suppléants. Seuls quatre professionnels se sont portés candidats. Sur 447 électeurs, 167 suffrages ont été exprimés.

Ainsi ont été élus : (Membres suppléants)
 Antoine BLANCHET Philippe DELPEY
 Gustave BRUGIDOU Robert PAYET

PROFESSIONS DE SANTÉ RÉGLEMENTÉES EN FRANCE LES SEPT ORDRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET LEURS MISSIONS (SUITE DOSSIER)

/// Du Moyen Âge à la Révolution française

Aux XII^e-XIII^e siècles, la phase d'expansion démographique, concomitante à l'essor des villes, stimule les activités économiques et les échanges commerciaux. Le développement de la production des biens et des services suppose de nouvelles organisations sociales. C'est dans ce contexte que se développent les confréries, dont les statuts - les jurandes - sont définis par ordonnances royales. Naissent alors celles de médecins de robe longue, des chirurgiens et des barbiers. Elles regroupent des membres d'une même profession et leur vocation est de protéger les confrères de la concurrence, de les contraindre à respecter certaines règles - charte de qualité, apparition de règles de bonne confraternité - tout en leur offrant l'assurance d'une bonne mort, la prise en charge des funérailles et des messes pour le salut de l'âme.

Du Moyen Âge à la Révolution, les confréries, devenues entre temps corporations (avec l'affirmation de l'État Nation), structurent la société. Le corporatisme, caractérisant une société de privilèges brimant l'initiative individuelle, est aboli par la Révolution avec la loi Le Chapelier (14 et 17 août 1791).

1802-1945 : un siècle et demi de réflexion

Tout au long du XIX^e siècle, l'organisation

professionnelle demeure un sujet de débat et de revendication dans de nombreuses professions - seuls les avocats ayant obtenus de Napoléon 1^{er} de s'instituer en ordre. Les médecins sont les premiers à en faire reconnaître le principe sous le règne de Louis-Philippe. Or le motif qui mobilise à Paris plus de 2000 praticiens au *Congrès Médical de France* est avant tout disciplinaire et vise la défense de la profession via la sécurité des soins dispensés aux patients. C'est la même préoccupation qui, cent ans plus tard, guidera les pharmaciens à vouloir se regrouper en ordre professionnel : « *Les pharmaciens d'officine ressentent le besoin de préserver une éthique en rapport avec leur formation universitaire et leur appartenance à un corps de professionnels de santé.* » (Extrait de l'histoire sur le site des pharmaciens).

1945-1950 : l'après-guerre ou les années de l'organisation professionnelle en ordres

C'est également par ordonnances, celles de 1945 signées par Monsieur François BILLOUX, ministre communiste de la santé, que l'État français décrète la création de trois ordres médicaux et d'un ordre des pharmaciens. La réglementation des professions médicales (médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes) et des pharmaciens participe à la réorganisation de la société française d'après-guerre autour de l'État Providence notamment

incarné par la Sécurité sociale. Leur naissance répond également aux attentes formulées avant-guerre par les professionnels eux-mêmes, en termes de régulation et de cohérence professionnelles, points sur lesquels les premiers syndicats, réapparus à la fin du XIX^e siècle, ne disposaient de réelle emprise. Les syndicats de pharmaciens, par exemple, déploraient ne pouvoir peser sur l'implantation des officines, dont les créations anarchiques ne permettaient pas de répondre aux besoins de la population tout en provoquant d'incessants conflits entre professionnels aux motifs de concurrence déloyale. Enfin, la nature même de ces professions qui plaçaient au centre de leur mission le lien de confiance entretenu avec leur patient et fondé sur le respect du secret professionnel, nécessitait là encore un statut particulier. Aujourd'hui, on peut se rappeler, scellée dans le marbre du hall d'entrée de l'Ordre national des médecins, de la déclaration solennelle de son président transmise aux autorités de Vichy en 1944 rappelant à l'ensemble de « *ses confrères qu'appelés auprès de malades ou de blessés, ils n'[avaient] d'autre mission à remplir que leur donner leurs soins, le respect du secret professionnel étant la condition nécessaire de la confiance que les malades portent à leur médecin.* »

La dernière vague

La création récente de trois nouveaux ordres professionnels d'auxiliaires médicaux, successivement les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues (2004) et les infirmiers (2006), redessine quelque peu le paysage imprimé par les fondations historiques des trois ordres médicaux et de l'ordre des pharmaciens. Leur apparition est liée à un contexte général de réforme des ordres professionnels de santé, certaines modifications ayant été apportées à cette occasion aux ordres anciens, mais plus encore et plus largement à des réformes de fond de la santé publique. La loi HPST et le sujet des collaborations entre professionnels de santé en sont la meilleure illustration. La création de ces nouveaux ordres n'a pas été pour autant sans douleurs. Il a fallu presque 10 ans pour que masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues, qui avaient vu paraître dès le 4 février 1995 la loi annonçant leurs actes de naissance, plongent enfin dans les fonds baptismaux. La non adoption des décrets d'application empêcha l'organisation de toute élection et par conséquent toute expression de leurs prérogatives. La loi du 9 août recréa en quelque sorte les ordres des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues portant alors le nombre des ordres à six ;

le septième, celui des infirmiers devait encore attendre, ce qui pouvait constituer une anomalie, sachant qu'ils disposaient depuis déjà 1993 de règles professionnelles. La loi du 21 décembre 2006 donnait donc naissance à l'Ordre des infirmiers !

Les missions traditionnelles des ordres

Le rappel de l'article L. 4121-2 du Code de la santé publique délimite le cadre moral, administratif et juridictionnel des missions traditionnelles de chaque ordre. L'article L. 4231-1 à l'intention des pharmaciens ou ceux concernant les masseurs-kinésithérapeutes (L. 4321-14), les pédicures-podologues (L. 4322-7) et les infirmiers (L. 4312-1 & -2) reprennent mot à mot ces principes.

ARTICLE L. 4121-2

L'Ordre des médecins, celui des chirurgiens-dentistes et celui des sages-femmes veillent au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine, de l'art dentaire, ou de la profession de sage-femme et à l'observation, par tous leurs membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le Code de déontologie prévu à l'article L. 4127-1.

Ils assurent la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale, de la profession de chirurgien-dentiste ou de celle de sage-femme. (...)

Ils accomplissent leur mission par l'intermédiaire des conseils départementaux, des conseils régionaux ou interrégionaux et du conseil national de l'ordre.

Un rôle administratif : l'inscription au Tableau

L'Ordre a pour première mission le recensement exhaustif de ses professionnels et doit, à ce titre, en tenir à jour le Tableau. L'inscription qui est obligatoire, est nécessaire pour pouvoir exercer dans le cadre de ses compétences définies par la loi. Chaque professionnel doit en faire la demande aux instances (départementales ou régionales) de l'Ordre qui vérifie la validité de sa recevabilité : morale (un extrait de casier judiciaire vierge), professionnelle (il doit également transmettre son diplôme) et administrative (il doit enfin attester de sa nationalité française ou fournir les éléments prévus par la loi s'il est ressortissant d'un État membre de la Communauté européenne ou ayant des accords sur son espace économique). Naturellement, tout défaut d'inscription ou communication mensongère expose son auteur à des poursuites judiciaires qui relèvent des

juridictions correctionnelles et pénales. La loi du 4 mars 2002 a ajouté aux missions classiques des ordres professionnels de santé, celle de contrôler la « compétence » des praticiens. Le Dr. Patrick BOUET, délégué général aux relations internes au CNOM, rappelle combien « aujourd'hui, un ordre ne peut s'absoudre du débat sur la compétence : elle est au cœur de la qualité des soins et tout ordre doit pouvoir assurer au public que le professionnel a bien obtenu ses diplômes et détient la compétence qui lui permet d'exercer la profession qu'il a déclarée. » Si seuls les infirmiers, parmi les ordres nouveaux, en ont reçu explicitement le commandement, le législateur a invité les ordres des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues à organiser, sous le contrôle de la Haute Autorité de santé, des actions d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). Le sujet a d'ailleurs fait l'objet de nombreux articles et d'un Dossier dans *Repères*. Cette même loi a également accru le rôle des usagers dans les procédures disciplinaires, notamment pour les ordres des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues.

Un rôle moral : la déontologie

Par les ordonnances de 1945 et la loi de 2004, l'État a délégué aux ordres le rôle de contrôle et d'organisation des professionnels. À ce titre, ils veillent à la bonne application et au bon respect du Code de déontologie. À l'image du serment d'Hippocrate prononcé depuis l'Antiquité par les jeunes médecins avant de se lancer dans la pratique, le Code de déontologie circonscrit le cadre d'obligations, tant légal qu'éthique, dans lequel s'inscrivent les missions des professionnels. Appelé également « Code d'exercice » de la profession, il décrit l'ensemble des droits et devoirs qui régissent la profession, la conduite de ceux qui l'exercent, les rapports entre ceux-ci et leurs patients. Comme le rappelle enfin chaque code de déontologie, ses « dispositions s'imposent à tous les professionnels inscrits au Tableau de l'Ordre. » Toutes « infractions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'ordre, sans préjudice des poursuites pénales qu'elles seraient susceptibles d'entraîner. »

Édictés sous forme de décrets en Conseil d'État et intégrés, depuis 2004, au Code de la santé publique, les codes de déontologie veillent donc au respect des obligations mutuelles et à l'indépendance des praticiens dans l'exercice de leur profession. Cette veille à l'indépendance des professionnels inclut bien par essence les relations que les professionnels

entretiennent avec leurs éventuels employeurs, qu'ils soient publics ou privés. Pourtant, cette fonction reste étonnamment encore exclue du champ de la déontologie de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, contrairement aux pédicures-podologues qui ont pu heureusement l'intégrer dans leur Code en 2006.

Il existe aussi une certaine disparité entre les ordres sur les conditions d'élaboration du Code de déontologie. Si les ordres médicaux et pharmaceutiques, mais également les pédicures-podologues, en assurent la conception et la rédaction, avant de le soumettre au Conseil d'État qui l'abonde par décret, dans d'autres cas, certains ordres sont uniquement consultés. Enfin, tout nouvellement créé (décembre 2006), l'Ordre des infirmiers ne dispose pas encore de Code de déontologie mais uniquement d'un recueil de règles professionnelles définies par le décret du 16 février 1993 ! Un projet de Code a été transmis au Ministère de la santé.

Un rôle juridictionnel : le disciplinaire

Chaque profession réglementée se définit donc au travers d'un Code de déontologie dont les règlements ne pourraient être appliqués s'il n'existait une instance de contrôle et de sanction. Le législateur a établi que les professions réglementées de santé puissent être jugées et éventuellement sanctionnées par leurs pairs en parfaite connaissance des manquements liés à l'exercice professionnel. Il en a donc confié l'organisation et l'administration aux instances ordinales (les pédicures-podologues peuvent se reporter au Numéro 13 de *Repères* qui y a consacré son dossier). Le caractère disciplinaire n'induit pas une conduite exclusivement procédurière : la mission de ces juridictions s'inscrit dans un esprit de défense de la profession.

La juridiction ordinale comporte deux niveaux juridictionnels propres et est soumise au contrôle de cassation du Conseil d'État. Procédures précontentieuses et contentieuses se tiennent, selon la taille des ordres, à l'échelon départemental ou régional (chambre disciplinaire de 1^{ère} instance), l'appel de leurs décisions à l'échelon national (chambre disciplinaire de 2^{ème} instance), et enfin, le pourvoi en cassation auprès du Conseil d'État.

La répartition territoriale des prérogatives judiciaires des ordres rappelle qu'ils sont organisés sur le modèle administratif français.

Un fonctionnement calqué sur le découpage administratif de l'État français

Comme le rappelle la loi, les ordres calquent leur organisation administrative sur les différentes échelles territoriales déjà existantes : l'échelon départemental, régional et national. Si au niveau national, les ordres sont systématiquement représentés, au niveau local, le découpage territorial répond à des logiques d'organisation liées à la démographie et aux modes d'exercices.

Le nombre élevé de professionnels médecins, infirmiers et, dans une moindre mesure, masseurs-kinésithérapeutes et chirurgiens-dentistes, justifie que chaque circonscription soit représentée par un nombre d'élus organisés en conseil. La part de conseillers élus est calculée au prorata de la densité de praticiens dans chaque département. En région, le nombre de conseillers dépend lui-même du nombre d'élus départementaux qui fournit aussi le collège électoral des conseillers nationaux.

	MÉDECINS	PHARMACIENS	SAGES-FEMMES	CHIRURGIENS-DENTISTES	MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES	PÉDICURES-PODOLOGUES	INFIRMIERS	
								
	CNOM	CNOP	CNOSF	ONCD	ONMK	ONPP	ONI	
Date de création	Ordonnance du 24 septembre 1945	Ordonnance du 5 mai 1945	Ordonnance du 24 septembre 1945	Ordonnance du 24 septembre 1945	Loi du 9 août 2004	Loi du 9 août 2004	Loi du 21 décembre 2006	
Nombre de professionnels (2010)	261.378	73.332	22.000	44.000	63.387	11.083	528.389 (2)	
Numerus clausus (2010)	7.400 (2009)	3.090 (2009)	1.016	1.150	2.000		30.514	
Nombre de professionnels pour 100.000 habitants	309	116 (1)	28,98	65	92	16,7	767,88	
% de femmes (2008)	40%	65%	98,7%	36,6%	46%	67,3%	87,5%	
Mode d'exercices	Libéral		15%	92%	79%	98%	15% (3)	
	Hospitalier (4)		55%	N.R.		N.R.	85% (3)	
	Salarié du privé	53,5%		30%	8%	2% (5)		
Revue ordinale	<i>médecins</i>	<i>La Lettre des nouvelles pharmaceutiques</i>	<i>Contact sages-femmes</i>	<i>La Lettre</i>	<i>Le bulletin de l'Ordre</i>	<i>Repères</i>	<i>Profession infirmière</i>	
Conseil de l'ordre (+ suppléants)	Conseillers nationaux	54	31	5	20	20	16	52
	dont Conseiller(s) d'État	2	2	2	1	1	1	1
	Bureau	16	9	3	8	9	8	9
	représentant(s) du ministère		1	3		1	1	1
	Président(e)	Michel LEGMANN	Isabelle ADENOT	Marie-Josée KELLER	Christian COUZINOU	René COURATIER	Bernard BARBOTTIN	Dominique LEBŒUF

Sources : Eco-Santé France d'après données ADELI de la DREES. CNOM, Atlas de la démographie médicale, situation au 1er janvier 2010. Recueil d'information auprès des différents ordres, données indicatives.
 (1) - 41,09 % sont titulaires d'officine
 (2) France métropolitaine et DOM-TOM. Les professions de santé au 1er janvier

2010, Daniel SICART, n°144 - mai 2010, DREES
 (3) La profession infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles, Muriel Bartet, Marie Cavillon, n°101, novembre 2010, DREES
 (4) Dont les professionnels exerçant en PMI pour les sages-femmes
 (5) Enseignants majoritairement



Les ordres des sages-femmes et des pédicures-podologues reprennent les principes généraux de ce modèle d'organisation administrative en l'adaptant au nombre de professionnels qui est loin d'atteindre celui des autres ordres de santé (voir les chiffres de la démographie professionnelle sur le tableau récapitulatif).

Les élections des conseils ordinaires

► Le mode électoral dépend naturellement des logiques administratives définies pour chaque ordre mais le suffrage indirect est la norme retenue par chacun.

► Les conseillers sont élus pour 6 ans avec un renouvellement par moitié tous les trois ans, depuis la loi HPST.

Des élections respectant les modes d'exercice

Si chaque ordre reprend les logiques territoriales d'organisation, il y superpose une segmentation par type d'exercice.

Chez les infirmiers, cette partition est tripartite entre les « représentants des infirmiers du secteur public, [ceux] des salariés du secteur privé et enfin [ceux] exerçant à titre libéral ». Elle exige en contrepartie, qu'« aucune des trois catégories de représentants ne puisse détenir à elle seule la majorité absolue en sièges » (sachant que 70 % d'entre eux exercent à l'hôpital). Le nombre peu élevé de praticiens organisés

pour une très large majorité (98 %) en exercice libéral, dispense les pédicures-podologues de ces complexes aménagements institutionnels.

Un tel découpage répond du moins à la nécessité d'apprécier les situations locales et d'être au contact direct des professionnels. Il permet aussi de garantir la continuité et la qualité des soins à l'échelle régionale en coordination avec l'Agence régionale de santé, nouvel organe public d'organisation des soins depuis la loi HPST. Il rappelle enfin le rôle de l'instance nationale, garante à la fois des missions traditionnelles de l'Ordre et en charge d'impulser les grands chantiers d'avenir.

Les missions spécifiques : les engagements propres à chaque ordre

Un ordre professionnel est avant tout l'expression des préoccupations et des attentes des praticiens qui le composent dans le contexte professionnel qu'il accompagne.

« La complexité, pour un ordre, est de ne jamais prendre de retard par rapport à un mode d'exercice : essayer de se dégager des certitudes de l'acquis pour anticiper les évolutions de la société et de la profession » rappelle le Dr. Patrick BOUET, délégué général aux relations internes au CNOM. La réflexion quotidienne autour du Code de déontologie en est, à l'intérieur des instances ordinaires, la première illustration. La rubrique « Décodage » dans *Repères*, revue ordinaire des pédicures-podologues, exprime cette préoccupation pédagogique du rappel et de l'explication des règles liées à l'exercice de sa profession. La société évoluant, les missions initiales et traditionnelles des ordres de santé se sont ouvertes à des perspectives et à des enjeux nouveaux. Parmi les sujets abordés par nos interlocuteurs, présidents ou délégués d'instances ordinaires nationales, la récurrence de certains démontre combien les professions de santé réglementées partagent des problématiques communes. Ce constat est réaffirmé tous les mois, à l'occasion des réunions des sept ordres médicaux et paramédicaux dans le cadre informel du CLIO santé (lire ci-contre la présentation du Comité de liaison inter ordres de santé par Jacques LUCAS).

interview

« Le CLIO santé s'empare des grands sujets de société qui impactent toutes les professions de santé »

Jacques LUCAS,
vice-président du Conseil national
de l'Ordre des médecins



Le CLIO Santé

Le Comité de liaison inter ordres, dit CLIO, réunit dans une même structure tous les ordres professionnels français rassemblés en trois familles (santé, juridique, technique de cadre de vie). Le CLIO fonctionne sans règles précises de représentation et sa mission est de coordonner les positions de chacun des membres et de participer aux réformes de structures les concernant (en 2005, il a par exemple contribué à définir le statut de collaborateur libéral). Depuis 2009, sur ce même principe, les professions de santé réglementées se sont constituées en CLIO santé. Jacques LUCAS, vice-président du CNOM, plus particulièrement chargé des systèmes d'information en santé, revient sur son organisation et ses missions.

Repères : Comment est né le CLIO Santé ? Comment s'organise-t-il ?

Jacques LUCAS : Les quatre ordres médicaux historiques avaient pris l'habitude de se réunir très occasionnellement pour débattre de sujets communs. L'arrivée d'autres professions de santé, l'évolution du monde de la santé et l'incitation par la loi HPST de renforcer les collaborations inter ordres, ont favorisé l'émergence d'un organe informel où chacun pouvait se rencontrer et échanger. Il réunit, chaque premier mercredi du mois, les représentants de chacune des sept professions de santé réglementées. Il n'y a pas d'organisation interne figée afin de ne pas risquer les querelles de préséance ni de tomber dans le formalisme statutaire souvent chronophage ! Par exemple, chaque réunion se déroule successivement au siège d'un ordre différent. On privilégie l'action !

Repères : Quels sont les thèmes abordés par le CLIO santé ? Comment sont-ils choisis ?

Jacques LUCAS : L'approche est à la fois thématique et transversale : la télémédecine, le répertoire partagé des professions de santé (RPPS), le partage du dossier médical, les maisons pluridisciplinaires, etc. Le CLIO santé s'empare des grands sujets de société qui impactent toutes les professions de santé et qui nécessitent d'être mutualisés dans la réflexion puis exprimés avec les spécificités de chacun. Par exemple, la notion d'équipe de soins n'est pas limitée à une lecture hospitalière et concerne aussi les professionnels de santé en ville. Sur le dossier patient, il faut définir quelles sont les valeurs communes à préserver et définir

ensemble les niveaux de partage de l'information. Sur chacun de ces sujets, le CLIO santé favorise l'échange de bonnes pratiques entre les ordres ! Les questions discutées au CLIO santé sont susceptibles de faire évoluer les mentalités et les habitudes des ordres. Il est déjà important qu'en un peu plus d'un an, nous soyons parvenus à nous réunir régulièrement : notre voix est désormais audible auprès des autorités de santé.

Repères : Quel est le rôle du CLIO santé dans le débat public ?

Jacques LUCAS : Dans les différents dossiers qu'il aborde, le CLIO santé ne s'inscrit pas dans une logique de rapport de force, mais se présente comme un interlocuteur fédérateur des positions des différents ordres. Par exemple, avec l'arrivée de l'informatique dans l'organisation des soins, le CLIO santé est devenu un espace de réflexion, mais également l'interlocuteur naturel de l'ASIP santé*. Sans le CLIO santé, l'organisme public aurait interrogé chacun des professionnels en ordre dispersé ! Il était important, sans que chacun partage forcément les mêmes idées, de pouvoir se concerter en amont, chaque ordre restant libre de sa réponse.

Repères : Quelles sont les perspectives prochaines pour accroître la visibilité du CLIO santé ?

Jacques LUCAS : Nous allons franchir une étape concrète d'affichage médiatique et de communication avec la création d'un site ayant pour nom « Les ordres de santé en France » sur lequel figureront les sept logos des ordres et leurs sites en lien. Nous souhaiterions, s'il y a une prise de position commune et totalement partagée, que chacun des ordres l'affiche sur leur site et que le CLIO y renvoie. D'autre part, chaque ordre a envoyé aux instances régionales décentralisées un texte commun signé des présidents pour la création de CLIO pour les ordres régionaux, les CLIOR. Dans le cadre de la loi HPST, il est nécessaire que les différents ordres soient au contact des agences régionales de santé, de même que les discussions qui se tiennent au niveau national puissent trouver un écho en région qui est devenu le nouvel espace de décision et de l'organisation de la santé. C'est pourquoi, les CLIOR, qui doivent conserver un caractère informel, échangeront régulièrement avec les instances nationales.

* L'Agence nationale des Systèmes d'Information Partagés de santé, l'ASIP Santé, entend favoriser le développement des systèmes d'information partagés dans les domaines de la santé et du secteur médico-social, au service de la qualité des soins - Cf. l'article missions qui lui est consacré dans ce numéro.

	NOMBRE DE SAGES-FEMMES	NOMBRE DE NAISSANCES
ROYAUME UNI FRANCE	40.000 22.000	700.000/AN 820.000/AN

interview

Marie-Josée KELLER,
présidente du Conseil national
de l'Ordre des sages-femmes
(CNOSF)



D.R.

« Les sages-femmes peuvent aujourd'hui effectuer des consultations de suivi gynécologique »

Repères : Le cadre de l'exercice des sages-femmes évoluant, en quoi leurs pratiques s'en trouvent-elles modifiées ?

Marie-Josée KELLER : Avec la loi du 9 août 2004 et la loi HPST, les sages-femmes ont vu leurs compétences étendues de manière historique et elles peuvent aujourd'hui effectuer des consultations de suivi gynécologique de prévention et de contraception auprès de toutes les femmes en bonne santé et donc prescrire tout type de contraception à celles-ci. Il faut désormais travailler à la mise en pratique de ces nouvelles compétences, notamment sur la question de la tarification ce qui est aujourd'hui l'objet de négociations entre l'Assurance maladie et les syndicats professionnels. Parallèlement, afin de refléter ces nouvelles compétences ainsi que l'évolution des pratiques professionnelles, l'Ordre s'est attelé à la réécriture du Code de déontologie et à la réactualisation de la liste des médicaments pouvant être prescrits par une sage-femme (actuellement vérifiée par l'AFSSAPS).

Repères : Quelle action en particulier, le CNOSF conduit-il en faveur de la profession ?

Marie-Josée KELLER : Sur le plan professionnel, l'Ordre est chargé de promouvoir l'exercice plus autonome des sages-femmes en libéral. Il défend par exemple le projet d'ouverture des maisons de naissance, établissements sous la responsabilité des sages-femmes, dans lesquels les patientes peuvent bénéficier d'un accompagnement global, c'est-à-dire être suivies par une même sage-femme pendant toute leur grossesse, pendant leur accouchement et en suite de couches. Il s'agit de proposer un accompagnement plus individualisé et respectueux du choix des patientes dans un cadre sécurisé. Il est également engagé pour permettre l'ouverture des plateaux techniques aux sages-femmes libérales afin qu'elles puissent y effectuer des accouchements et proposer ainsi un accompagnement global à leurs patientes. Il exerce aussi son rôle de défense des professionnels à travers son action contre les Doulas, personnes non diplômées qui monnaient très cher leur présence au chevet des femmes enceintes. Mais l'Ordre est également engagé dans le débat public comme lorsqu'il milite pour l'augmentation à 20 semaines de la durée du congé de maternité. Notons que l'Union européenne a voté dans le courant du mois d'octobre un tel allongement, principe auquel l'Ordre avait apporté son soutien à travers des actions de lobbying auprès des députés européens.

Parmi les missions nouvelles auxquels les différents ordres consacrent toute leur énergie, nos interlocuteurs citent souvent la compétence (déjà évoquée plus haut) autour des dispositifs d'amélioration qui l'accompagnent – l'EPP et le développement professionnel continu (DPC) pour ne citer que ceux-là –, mais aussi les dérives de la démographie professionnelle avec pour corollaire la problématique de la régulation des professions de santé.

Tous les ordres de santé consacrent, d'une manière ou d'une autre, aux problématiques démographiques, une attention particulière. Certains l'ont placé en tête de leurs priorités au rang de mission ordinaire (lire l'entretien avec le président de l'Ordre des chirurgiens-dentistes). C'est une question que l'Ordre des sages-femmes se pose devant le constat des faibles densités de ses professionnelles en général (voir tableau ci-dessus).

Dans certains ordres, cette diminution est compensée par la forte attractivité qu'exerce telle ou telle profession dans les pays de l'Union européenne. L'ordre des masseurs-kinésithérapeutes indique qu'aujourd'hui il y a autant de diplômés français que de ressortissants de l'UE (3.500 professionnels s'installent en France chaque année) !

Ces questions prennent une dimension plus dramatique à l'échelle de certaines régions totalement sinistrées, aux dires de certains représentants des ordres. À en lire d'autres, c'est davantage l'inégale répartition des professionnels sur le territoire qui fausse notre jugement. Le constat, par l'Ordre des pédicures-podologues, de la concentration des implantations professionnelles à proximité des centres de formation, en est une illustration. Il est d'ailleurs tout à fait significatif que, les uns après les autres, les ordres de santé se dotent d'outils d'analyse cartographique de la démographie professionnelle : logiciels pour les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes ou encore les pédicures-podologues (lire le dossier consacré à ce sujet dans le N°14 de *Repères*),

interview

« Il faut donc développer notre compétence en matière de gestion des flux professionnels »

Repères : Quel est le rôle dont, aujourd'hui, un ordre est investi ?

Patrick BOUET : Traditionnellement un Ordre est cantonné à la déontologie et à l'inscription avec tout ce que cela implique de contrôle et de validation, alors qu'une approche plus novatrice confère aux Ordres un rôle de régulation professionnelle, de garant de la compétence, de la sécurité des soins et d'acteurs référents sur la question de la distribution des soins sur le territoire. Les Ordres veillent à la réalisation de toutes ces missions et à l'équilibre des modes d'exercices qui en sont l'expression.

Repères : La question de la démographie est souvent brandie comme l'un des chantiers de la profession. Quel rôle doit tenir l'Ordre sur ce sujet ?

Patrick BOUET : On ne manque pas de médecins ! Paradoxalement, on n'a jamais eu, en France, autant de praticiens ! Dans ce contexte

Patrick BOUET,
membre du Conseil national
de l'Ordre des médecins (CNOM),
délégué général aux relations internes

la mission des Ordres est de veiller à ce que l'accès aux soins pour tous et partout soit garanti avec les mêmes critères de qualité. Il faut donc développer notre compétence en matière de gestion des flux professionnels. Les 7500 médecins issus du *numerus clausus* et les milliers de jeunes voulant passer le concours de médecine, doivent permettre que cette question démographique soit évacuée. Mais la question de la régulation ne dépend pas que de l'Ordre des médecins : c'est l'État qui en choisira les modalités après consultation de tous les représentants de la profession. En ce sens, la régulation professionnelle, est devenue l'une des principales missions des Ordres. Aujourd'hui, plus personne ne l'envisage sans complémentarité entre tous les acteurs de la santé. En cela, notre rôle est de faciliter les liens entre les différents professionnels et d'aider à décroiser les différents types d'exercices.

interview

« Il y a plus de praticiens qui partent à la retraite que de professionnels qui entrent sur le marché du travail »

L'épouvantail de la démographie

Repères : Peut-on dire que parmi les missions spécifiques de l'ONCD, la question de la démographie occupe une place centrale ?

Christian COUZINOU : De nombreuses régions manquent de chirurgiens-dentistes. On est sans doute la profession de santé la plus sinistrée dans ce domaine : en 2010, on compte en moyenne 65 praticiens pour 100.000 habitants, ce chiffre descendra à 40 pour 100.000 dans 20 ans ! Si, dès à présent, l'Ordre a planifié l'accroissement du *numerus clausus* (passer de 800 étudiants diplômés par an à 1150, et bientôt 1300), ses répercussions ne seront pas immédiates : il faut six ans pour former un chirurgien-dentiste. C'est pourquoi l'Ordre envisage aujourd'hui, sur le principe du tutorat, d'inciter les jeunes diplômés à travailler un an dans un cabinet situé dans une région déficitaire, et bénéficier du statut de collaborateur. En effet, une étude montre qu'une fois cette période de tutorat achevée, 15 % d'entre eux devraient rester dans la région. Une solution parmi d'autres d'enrayer la désertification inéluctable de certains territoires. De la même manière, les maisons médicales offrent un environnement favorable au maintien des praticiens dans des zones déshéritées, grâce à la mutualisation des forces et des moyens.

De nombreux autres sujets sont également la priorité de l'Ordre, comme la sécurité du patient qui est notre première préoccupation et à laquelle, au travers de la visite des cabinets dentaires, assurée

Christian COUZINOU,
président de l'Ordre national
des chirurgiens-dentistes
(ONCD)



D.R.

par les conseils départementaux, nous sommes particulièrement attentifs. Or, les plus réticents à se conformer à ces règles, se retrouvent proportionnellement davantage chez les praticiens proches de la retraite. Conséquence, là encore, de la crise démographique que traverse la profession, dans leurs dernières années d'exercice les praticiens n'investissent plus pour moderniser un cabinet dont les chances de revente diminuent régulièrement. Aujourd'hui, il y a plus de praticiens qui partent à la retraite (1500 l'an) que de professionnels qui entrent sur le marché du travail : chaque année, 500 cabinets ferment faute de reprenneur...

Repères : La notion de « compétence » fait-elle partie, comme dans d'autres ordres de santé, des priorités de l'ONCD ?

Christian COUZINOU : Naturellement, l'Ordre veille à ce que soit maintenue une formation de haut niveau qui doit permettre au professionnel de santé qu'est le chirurgien-dentiste, au sortir de son cycle d'étude, d'exercer dans le cadre de l'entière capacité professionnelle qu'est la sienne : la bouche, les dents, les maxillaires et les tissus attenants. À la sortie de la faculté, la compétence du chirurgien-dentiste doit être au niveau de sa capacité ! Dans la formation initiale, l'étudiant devrait avoir abordé les questions liées à l'implantologie et à la parodontologie (os et gencive). L'Ordre travaille d'ailleurs à développer une formation initiale plus performante, plus proche des réalités du terrain comme de celles de l'évolution permanente des technologies.

interview

« Nous avons lancé trois projets prioritaires qui visent essentiellement à faire entrer l'Ordre dans l'ère numérique »

Repères : Quelles sont les missions auxquelles l'Ordre des pharmaciens est aujourd'hui plus particulièrement attaché ? Quels sont les enjeux actuels et futurs ?

Isabelle ADENOT : Je suis attachée à ce que l'Ordre remplisse l'intégralité des missions qui lui ont été confiées par le législateur. Afin que nous les assumions au mieux, j'ai entrepris, au sein de notre institution, une réforme ambitieuse. Il s'agit, pour l'Ordre, d'assurer un service de qualité qui soit conforme à ce que le public, les pharmaciens et les autorités de santé sont en droit d'attendre. Pour ce faire, nous avons lancé trois projets prioritaires, qui visent essentiellement à faire entrer l'Ordre dans l'ère numérique : refondre notre outil informatique de gestion du Tableau ; moderniser notre communication, par la refonte de notre site Internet et de nos publications ; enfin, informatiser totalement le greffe de l'Ordre, afin de donner accès à une jurisprudence de référence, dans une démarche de pédagogie. Au-delà de ces trois projets prioritaires, l'Ordre a mis en place la simplification administrative, dont les pharmaciens bénéficient

depuis janvier 2010. Nos équipes sont également très mobilisées par l'accompagnement du déploiement du Dossier Pharmaceutique et par le développement des nouvelles applications que cet outil permet.

Repères : Quelle question de déontologie fait aujourd'hui débat au sein de l'Ordre ?

Isabelle ADENOT : Que ce soit dans les établissements pharmaceutiques, les hôpitaux, les laboratoires de biologie médicale ou les officines, la question de l'indépendance professionnelle au regard de la gouvernance de ces structures se pose avec acuité. En période de contraintes économiques, les choix des professionnels peuvent être plus facilement influencés, voire dictés, par la volonté d'acquiescer des avantages concurrentiels, mais aussi par des pressions hiérarchiques ou financières. L'Ordre a pour mission de défendre à tout prix cette indépendance, dans l'intérêt du patient et pour le bien de la santé publique. C'est ce que nous nous efforçons de faire.

Isabelle ADENOT,
présidente de l'Ordre
des pharmaciens



D.R.

mais aussi études et rapports approfondis pour les médecins (*L'atlas de démographie médicale* réalisé à partir du tableau de l'Ordre et actualisé tous les trois ans).

Ne faudrait-il pas plutôt penser régulation ? C'est l'approche de certains ordres. Elle nécessite de poursuivre et d'intensifier les actions d'échanges, de coopération et de coordination entre les professionnels de santé, telles qu'elles prennent corps au CLIO santé ou telles qu'elles se dessinent dans le cadre de la réforme HPST autour des agences régionales de santé. Nul doute qu'il s'agit là d'une mission qui requiert l'engagement de tous les acteurs de la santé, professionnels comme institutionnels, dont l'enjeu est d'améliorer la qualité, la sécurité et la continuité des soins sur l'ensemble du territoire. La création récente des CLIOR ou Comité de Liaisons Inter Ordres Régionaux, dénote de cette prise de conscience de trouver sur le terrain des solutions très concrètes. ●

interview

« Notre vocation à garantir la sécurité et la qualité des soins implique une formation infirmière de haut niveau »

Repères : L'Ordre national des infirmiers est le dernier-né des ordres professionnels de santé. Sur quelles missions vous êtes-vous penchés en priorité ?

Dominique LEBŒUF : L'Ordre national des infirmiers a une histoire très récente puisqu'il a été intégré dans le Code de la santé publique par la loi du 21 décembre 2006. Les premières élections ordinaires se sont tenues en 2008.

Bien au-delà des rôles administratif et disciplinaire habituels des Ordres, nous avons reçu, à notre demande, la mission légale de contribuer à la promotion de la santé publique et à la qualité des soins. Cela nous impose un devoir de prospective : anticiper les mutations nécessaires pour répondre aux besoins de soins et de prévention de la population et aux évolutions technologiques. Cela, dans le cadre du système de santé français, mais aussi en étant attentifs aux évolutions européennes, et proactifs également à ce niveau.

Ensuite, notre vocation à garantir la sécurité et la qualité des soins implique une formation infirmière de haut niveau, dans le cadre universitaire LMD, puis l'actualisation des compétences par le "développement professionnel continu", sujet ordinal à part entière, car il affectera directement l'exercice et l'expertise professionnels.

La démographie des infirmiers et leurs domaines d'intervention sont aussi des sujets centraux. Ils sont aujourd'hui environ 500 000, beaucoup plus mobiles que d'autres professionnels de santé, majoritairement libéraux, et souvent confrontés à un manque de médecins. Ils constituent une ressource majeure qui doit être mise à profit au mieux, dans l'intérêt des patients comme de leur propre promotion, que l'Ordre doit aussi assurer.

Dominique LE BŒUF,
présidente de l'Ordre
national des infirmiers



D.R.

Repères : Qu'en est-il de la déontologie ?

Dominique LEBŒUF : Notre projet de Code de déontologie a été adopté par le Conseil national dès février dernier. Il est en ligne sur notre site www.ordre-infirmiers.fr. Nous attendons impatiemment qu'il paraisse sous la forme d'un décret en Conseil d'État. Ce sera une avancée importante pour garantir aux patients la qualité et la sécurité des soins dans tous les lieux d'exercice, mais aussi pour aider les infirmiers eux-mêmes à défendre au besoin leur éthique.

interview

Didier EVENOU,
secrétaire général,
Conseil national de l'Ordre des
masseurs-kinésithérapeutes



D.R.

« La formation initiale ne suffit plus à former correctement un professionnel »

Repères : Quelles sont les missions auxquelles l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes est aujourd'hui plus particulièrement attaché ?

Didier EVENOU : L'avenir de la profession passe essentiellement par l'universitarisation de sa formation initiale ! Les masseurs-kinésithérapeutes n'ont pas accès à l'université ni à la recherche et les trois années de formation initiale ne suffisent plus à former correctement un professionnel. Le cas de la formation continue est de ce point de vue exemplaire : si les masseurs-kinésithérapeutes en sont grands consommateurs, ils acquièrent leurs nouvelles compétences dans des filières de formation hors cursus universitaire.

L'élévation du niveau de formation peut permettre à la profession de se retrouver davantage impliquée sur des questions de santé publique plus larges, comme celles liées à l'accroissement du vieillissement de la population, à l'évolution de la prévalence des maladies chroniques, et à l'importance des situations de handicap que ces évolutions génèrent. Autant de domaines où les masseurs-kinésithérapeutes ont un rôle à jouer.

Dans le prolongement de cette amélioration de la formation, l'Ordre milite également pour que la profession bénéficie de l'accès au statut de profession médicale à compétences définies avec accès direct sur le modèle que les sages-femmes afin de pouvoir intervenir sur des soins bien identifiés et sur lesquels le passage par la prescription médicale alourdit la chaîne de prise en charge des patients.

Repères : Quelle question de déontologie fait aujourd'hui débat au sein de l'Ordre ?

Didier EVENOU : La mise en application dans un cadre légal et défini des règles de déontologie est très récente (2008). C'est pourquoi, nous avons mis en place une commission nationale de déontologie qui répond à toutes les questions liées à l'interprétation du code, sachant qu'un code évolue en fonction de la jurisprudence, notamment au niveau des chambres disciplinaires. Les usages d'Internet constituent l'un des sujets auquel l'Ordre porte une attention particulière. Il s'est ainsi rapproché de l'Ordre des médecins dont la charte Internet, publiée au début de l'année 2010, propose un cadre d'usages qui tient compte de l'évolution de la société en besoins de communication tout en préservant l'éthique professionnelle.

Repères : Quelle dynamique a insufflé la réglementation pour la profession des masseurs-kinésithérapeutes ?

Didier EVENOU : L'ensemble des organisations professionnelles réfléchit depuis deux ans, dans le cadre des états généraux de la kinésithérapie, à l'avenir de notre profession et comment chaque acteur (Ordre, syndicats et associations professionnelles) se positionne en fonction de ses différentes missions. À cet égard, chaque partenaire avance dans le même sens et il y a une véritable convergence sur les sujets auxquels l'Ordre aujourd'hui consacre toute son énergie.

interview

M. Bernard BARBOTTIN,
président de l'Ordre national
des pédicures-podologues



© G. Fommet / Beside

« C'est sans nul doute la réflexion qui est menée sur les cabinets secondaires qui aujourd'hui mobilise toute l'attention de l'Ordre »

Repères : Quelles sont les missions traditionnelles de l'Ordre des pédicures-podologues ?

Bernard BARBOTTIN : Naturellement, notre Ordre veille au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la profession de pédicure-podologue, en vue de défendre son honneur et son indépendance. C'est pourquoi, il est particulièrement attaché à son rôle de régulation qui consiste à la fois à accompagner l'harmonisation démographique des cabinets de pédicures-podologues sur le territoire tout en veillant à ce que chaque professionnel agisse d'abord pour le bien-être des patients. À ce titre, l'Ordre a d'abord, auprès des pédicures-podologues, un rôle de conseil, tant auprès des plus jeunes qui s'installent et qu'il convient d'orienter, qu'auprès des professionnels confirmés qui au quotidien s'interrogent sur l'évolution juridique, technique et économique de leurs pratiques et de leur activité.

Repères : Quelles sont les missions auxquelles aujourd'hui l'Ordre des pédicures-podologues est plus particulièrement attaché : quels sont les enjeux actuels et futurs ?

Bernard BARBOTTIN : La mise en place du « guichet unique » qui implique l'entrée rapide dans les fichiers d'État du Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) par le biais de l'ASIP constitue l'un des principaux chantiers de l'Ordre. Elle facilitera en effet l'installation du pédicure-podologue qui pourra depuis un seul accès utiliser tous les services professionnels (Caisse de retraite, URSAAF, etc.). De son côté, l'Ordre pourra disposer d'informations démographiques précises et régulièrement mises à jour. Du reste, le travail d'analyse démographique réalisé depuis plusieurs années par l'Ordre, qui s'est concrétisé par l'acquisition du logiciel cartographique **Podemo**, participe à cette action de plus grande régulation des professionnels sur le territoire. La question démographique est au cœur

des problématiques d'organisation de la profession et ces outils donneront à l'Ordre l'occasion d'exercer pleinement son rôle de conseil auprès des jeunes professionnels dans cette phase d'installation. Cette fonction d'accompagnement doit d'ailleurs être étendue aux populations étudiantes qu'il faut sensibiliser aux problématiques de surpopulation professionnelle de certaines régions et sur la nécessité d'en tenir compte dans tout projet d'installation.

Repères : Quelle question de déontologie fait aujourd'hui débat au sein de l'ordre ?

Bernard BARBOTTIN : C'est sans nul doute la réflexion qui est menée sur les cabinets secondaires qui aujourd'hui mobilise toute l'attention de l'Ordre. Mais notre Code de déontologie est très récent. Toute éventuelle refonte n'est pas à l'ordre du jour. En revanche, des ajustements sont nécessaires pour répondre à l'évolution de la profession et de la société. L'Ordre aura à se pencher sur la question de la pluriactivité, à revenir sur les articles concernant les assistants qui n'existent plus ou encore à réfléchir sur des aménagements à apporter sur les modes de communication des pédicures-podologues.

Repères : Mis à part le cadre du CLIO Santé, existe-t-il des échanges, et de quelle nature, entre l'ONPP et d'autres ordres de santé ?

Bernard BARBOTTIN : Le CLIO santé comme le CLIO général constituent des espaces naturels d'échanges entre les professionnels exerçant une activité réglementée. Ils se concrétisent aussi à travers les relations plus informelles et personnelles entretenues par les uns ou les autres. Les CLIOR ne prolongeront cet élan que si ces nouvelles instances demeurent informelles, préservant ainsi la liberté d'expression de chaque ordre, garantie de la diversité des échanges qui fait notre richesse.

ARTICLES 52 ET 54 DU CODE DE DÉONTOLOGIE

REFUS DE SOINS : UNE DISPOSITION DÉONTOLOGIQUEMENT ENCADRÉE

Dans le cadre de ses devoirs envers les patients, tout pédicure-podologue doit, conformément au Code de déontologie, prodiguer ses soins avec la même conscience, quelle que soit la personne qu'il est amené à rencontrer. Ce qui ne l'empêche pas, toujours selon le Code de déontologie, de pouvoir exercer son droit de refuser des soins pour des raisons professionnelles. Explications...

I l y a, d'un côté, le droit de toute personne, sans discrimination de quelque nature que ce soit, d'accéder aux soins, dans un contexte de prise en charge où doivent être assurées tant la continuité que la permanence des soins. Et de l'autre, la possibilité - de nature déontologique - pour un professionnel, dans certaines conditions, de ne pas prendre en charge un patient. C'est donc bien de la raison invoquée par un professionnel que dépend la nature licite ou illicite du refus de soins qu'il oppose à son patient. Reste que dans le cas des pédicures-podologues, seules des raisons professionnelles peuvent être invoquées alors que dans le cas des médecins, par exemple, le Code de déontologie prévoit que les refus de soins puissent répondre à des raisons professionnelles autant que personnelles.

Le refus de soins licite

Le professionnel de santé dispose de la faculté de refuser de prendre en charge certains patients, mais sous certaines conditions. Ainsi, comme le précise l'article R. 4322-54 du Code de la santé publique (décliné du R. 4127-47 applicable aux médecins), *" Dans le respect de ses obligations légales d'assistance et hors les cas d'urgence, le pédicure-podologue peut refuser ses soins pour des raisons professionnelles. "* Les situations permettant au professionnel d'exercer son droit au refus de soins sont variées. Le risque d'atteinte à sa sécurité peut ainsi lui permettre de refuser un soin ou de s'en désister. En l'espèce, le Conseil d'État* a considéré comme légitime le refus d'une infirmière de se déplacer en zone de

détention sans être accompagnée d'un membre du personnel de surveillance, tel que cela est normalement exigé. Un professionnel peut également se trouver en situation d'obligation de refus de soins, notamment lorsque les soins nécessaires excèdent ses compétences ou ses moyens. Dispenser des soins dans des domaines qu'il ne maîtrise pas ou qui ne relèvent pas de ses attributions constitue une violation des règles déontologiques et pourrait représenter un exercice illégal de la médecine. Dans tous les cas, et afin d'assurer la continuité des soins, le praticien qui exerce son droit de refus doit orienter le patient vers un confrère à même de le prendre en charge. Cette réorientation doit être réelle et satisfaisante pour le patient. Elle sera écrite et fournira une liste exhaustive de tous les professionnels du secteur avec leurs coordonnées.

Enfin, un pédicure-podologue peut se trouver en désaccord avec la prescription d'un professionnel de santé concernant un patient commun. Il peut alors exercer son droit de refus en informant le praticien prescripteur de sa décision motivée.

Le refus de soins illicite

Les cas de refus de soins illicites les plus évidents concernent les dispositions explicites du Code de déontologie. Ainsi, le refus d'agir face à un patient en situation d'urgence expose le professionnel à des sanctions disciplinaires, voire civiles ou pénales. Rappelons par ailleurs que pèse sur tout individu, et non uniquement sur les professionnels de santé, l'obligation

de porter secours. Le refus de soins pour discrimination concernant l'origine, les mœurs, la situation sociale ou familiale, l'appartenance ou non à une ethnie, une nation ou une religion déterminées, le handicap, l'état de santé ou la réputation des patients sont parfaitement illicites, comme le rappelle l'article R. 4322-52 du Code de déontologie. Le fait de refuser de prendre en charge un bénéficiaire de la Couverture maladie universelle (CMU) constitue également une discrimination répréhensible.

La permanence et la continuité des soins sont deux principes fondamentaux pour garantir l'accès de tous aux soins. Ils constituent donc des limites à toute disposition reconnaissant le droit aux professionnels de santé d'exercer le refus de soins. Ainsi, tant le refus de prise en charge d'un patient sans réorientation vers un confrère, que l'interruption de soins en cours sans assurer la continuité des soins sont tous deux considérés comme des refus de soins illicites.

De manière plus générale, il ressort des décisions rencontrées dans les autres ordres de professions de santé que dès lors que l'intervention du praticien n'est pas commandée par l'urgence, qu'il n'adopte pas une attitude incorrecte vis-à-vis du patient et qu'il offre à ce dernier une alternative efficace lui permettant d'assurer la continuité des soins, le professionnel de santé n'est pas sanctionné. ●

(* CE - 15 mars 1999 - N°183545

LA LOI DE SAUVEGARDE DES ENTREPRISES ET SON EXTENSION À L'EXERCICE LIBÉRAL

Dans le cadre de la loi n° 2005-845 du 26 juillet 2005 de sauvegarde des entreprises, le législateur a mis un terme à une aberration de plusieurs années qui consistait à exclure du champ des procédures de traitement des difficultés des entreprises, dites « les procédures collectives », tout un pan d'acteurs économiques. En effet, la loi opère une extension de ces procédures aux professionnels libéraux notamment à ceux qui exercent leur activité à titre individuel et qui rencontrent des difficultés financières. Déclenchées devant le Tribunal de grande instance (TGI) par un débiteur, un créancier ou la justice, ces différentes procédures sont les suivantes : la conciliation, la sauvegarde, le redressement judiciaire et la liquidation judiciaire.

> La procédure de conciliation (article L. 611-4 et suivants du Code de commerce)

La conciliation est une nouvelle procédure instituée par la loi du 26 juillet 2005 qui se substitue à celle du règlement amiable. Elle a pour objet de rechercher un accord amiable entre le débiteur et ses principaux créanciers afin de résoudre les difficultés rencontrées par l'entreprise. Elle s'adresse aux entreprises qui éprouvent une difficulté juridique, économique et financière, avérée ou prévisible et qui ne se trouvent pas en cessation de paiements depuis plus de quarante-cinq jours.

Le professionnel libéral qui souhaite bénéficier de ce dispositif doit adresser au président du TGI une requête dans laquelle il expose principalement sa situation économique, sociale et financière. Elle doit être accompagnée de différentes pièces : état des créances et des dettes accompagnées d'un échéancier ainsi que la liste des principaux échéanciers, l'état actif et passif des sûretés (c'est-à-dire les garanties accordées aux créanciers pour le recouvrement de leurs créances)... le cas échéant la requête doit indiquer la date de cessation des paiements. Le président du TGI désigne alors un conciliateur. Le dirigeant de l'entreprise peut proposer ou récuser un conciliateur.

Cette procédure est notifiée au professionnel concerné et au conciliateur par le greffier. Elle est également communiquée au Ministère public et à l'Ordre professionnel ou à l'autorité compétente. Le président définit l'objet de sa mission. La durée de cette procédure est limitée à quatre mois mais elle peut être prorogée d'un mois à

la demande du conciliateur. À l'expiration de cette période, la mission du conciliateur et la procédure prennent fin de plein droit. Une nouvelle conciliation ne peut être ouverte dans les trois mois suivants la précédente conciliation.

Le conciliateur rend compte au président de l'état d'avancement de sa mission et formule toutes observations utiles sur les diligences du débiteur. Si l'accord est accepté par le débiteur, toute action en justice ou poursuite sur le patrimoine de l'entrepreneur est suspendue. En cas d'échec de la conciliation, le conciliateur présente sans délai un rapport au président du tribunal qui met fin à sa mission et à la procédure de conciliation. Cette décision est notifiée au débiteur qui se retrouve dans la situation antérieure à l'ouverture de la procédure. Cette décision n'est pas susceptible de recours.

> La procédure de sauvegarde (articles L. 620-1 et suivants du Code de commerce)

Attention : Pour bénéficier de la procédure de sauvegarde, l'entreprise ne doit pas être en cessation de paiements. (situation dans laquelle l'entreprise n'est plus en mesure de faire face au passif exigible avec son actif disponible).

Innovation de la loi du 26 juillet 2005, la procédure de sauvegarde a pour objectif de faciliter la réorganisation de l'entreprise afin de permettre la poursuite de son activité économique, le maintien des emplois ainsi que l'apurement de son passif. Elle aboutit

à l'élaboration d'un plan de sauvegarde arrêté par jugement à l'issue d'une période d'observation.

La saisine ne peut être effectuée que par le dirigeant de l'entreprise auprès du greffe du TGI du siège social de son entreprise, mais c'est le débiteur qui demande l'ouverture de la procédure. Il doit pour cela exposer la nature des difficultés rencontrées et les raisons pour lesquelles il n'est pas en mesure d'y faire face. À sa demande, il doit joindre, outre les comptes annuels du dernier exercice, d'autres pièces établies à la date de la déclaration : une situation de trésorerie, un compte de résultat prévisionnel... Le Tribunal rend un jugement d'ouverture dans lequel il désigne alors un juge-commissaire (chargé de veiller au déroulement rapide de la procédure et à la protection des intérêts en présence), un représentant des créanciers, un représentant des salariés, des contrôleurs et deux mandataires de justice (un mandataire judiciaire qui a seul qualité pour agir au nom et dans l'intérêt collectif des créanciers et un administrateur judiciaire chargé de surveiller le débiteur dans sa gestion ou de l'assister dans ses actes de gestion).

Période d'observation :

La procédure de sauvegarde commence par une période d'observation d'une durée maximale de six mois qui permet d'établir un diagnostic économique et social et de procéder à l'inventaire des éléments patrimoniaux du débiteur. Pendant cette période, l'activité de l'entreprise est poursuivie tandis que les droits des créanciers sont paralysés. Si au terme de la période d'observation des

éléments sérieux pendent favorablement pour la survie de l'entreprise, un plan de sauvegarde est mis en place et adopté par le Tribunal. Un plan de sauvegarde ne peut excéder dix ans.

Exécution du plan de sauvegarde :

Le Tribunal nomme l'administrateur ou le mandataire judiciaire en qualité de commissaire chargé de veiller à l'exécution du plan. Si le débiteur n'exécute pas ses engagements dans les délais fixés dans le plan, le Tribunal peut, après avis du Ministère public, y mettre un terme.

Lorsque les difficultés qui ont justifié la procédure de sauvegarde disparaissent, le Tribunal clôt la procédure, à la demande du commissaire chargé de l'exécution du plan, du débiteur ou de tout intéressé.

> La procédure de redressement judiciaire (articles L. 631-1 et suivants du Code de commerce)

La procédure de redressement judiciaire est ouverte à toute entreprise commerciale, artisanale, agricole, libérale (personne physique ou morale) ainsi qu'aux personnes morales de droit privé (association par exemple). Seule la cessation de paiements peut justifier l'ouverture d'une telle procédure.

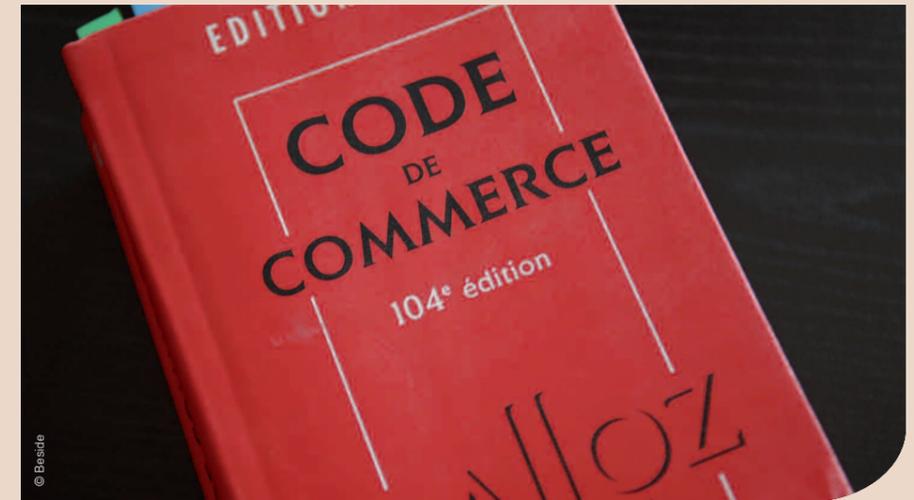
Le redressement est arrêté par jugement à l'issue d'une période d'observation. Il est destiné à permettre la poursuite de l'activité de l'entreprise, le maintien de l'emploi et l'apurement du passif.

L'ouverture de la procédure doit être demandé par le débiteur dans les 45 jours suivant la cessation des paiements.

Le tribunal fixe la date de cessation des paiements et rend un jugement d'ouverture de la procédure de redressement dans lequel il désigne le juge-commissaire mais aussi deux mandataires de justice.

Période d'observation :

La procédure de redressement commence par une période d'observation d'une durée maximale de six mois, pendant cette période, l'administrateur peut être chargé d'assister le débiteur ou assurer seul l'administration de l'entreprise. Dès l'ouverture de la procédure, il est dressé un inventaire du patrimoine de l'entreprise. Celle-ci remet à l'administrateur et au mandataire judiciaire la liste de ses créanciers, de ses dettes et des principaux contrats en cours.



Élaboration du plan de redressement :

Pendant la période d'observation, l'administrateur établit le bilan économique et social de l'entreprise qui précise l'origine, l'importance et la nature des difficultés de l'entreprise. Au vu de ce bilan, il propose un plan de redressement. De son côté le mandataire dresse la liste des créances déclarées qu'il transmet au juge-commissaire. À l'issue de la période d'observation, lorsque l'entreprise a des chances d'être sauvée, le Tribunal adopte un plan de redressement qui prévoit les modalités de règlement des dettes, déduction faite des délais et remises consentis par les créanciers. La durée du plan ne peut excéder dix ans.

Attention : Si le Tribunal constate que le redressement est manifestement impossible, il prononcera la liquidation judiciaire.

> La procédure de liquidation judiciaire (articles L. 640-1 et suivants du Code de commerce)

Les conditions de demande de liquidation sont identiques à celles du redressement. La procédure de liquidation judiciaire concerne les débiteurs en cessation des paiements et dont le redressement est manifestement impossible. Elle est destinée à mettre fin à l'activité de l'entreprise ou à réaliser le patrimoine du débiteur.

Procédure :

Le Tribunal statue sur l'ouverture de la procédure après avoir entendu le débiteur et toute autre personne dont l'audition lui paraît utile. Le Tribunal, dans le jugement qui ouvre la liquidation judiciaire, désigne un

juge-commissaire ainsi qu'un mandataire judiciaire ayant qualité de liquidateur. Ce dernier établit un rapport sur la situation de l'entreprise et procède aux opérations de liquidation et de vérification des créances.

Opérations de liquidation :

La cession de l'entreprise a pour but d'assurer le maintien des activités susceptibles d'exploitation autonome, de tout ou partie des emplois qui y sont attachés et d'apurer le passif. Elle peut être totale ou partielle ; dans ce dernier cas, elle porte sur un ensemble d'éléments d'exploitation qui forme une ou plusieurs branches complètes et autonomes d'activités. C'est le juge-commissaire qui fixe la mise à prix et les conditions essentielles de la vente, détermine les modalités de la publicité, ordonne la vente aux enchères publiques, autorise la vente de gré à gré des autres biens du débiteur.

En ce qui concerne l'apurement du passif, s'il y a cession totale ou partielle de l'entreprise, les créances non échues sont exigibles à la date du jugement prononçant la cession. Le produit de la liquidation est réparti entre les créanciers en fonction de leur rang. Les opérations de liquidation sont clôturées s'il n'existe plus de passif exigible ou si le liquidateur dispose de sommes suffisantes pour désintéresser les créanciers, ou lorsque la poursuite des opérations de liquidation judiciaire est rendue impossible en raison de l'insuffisance de l'actif. La clôture de liquidation est prononcée par le tribunal, le débiteur entendu ou dûment appelé.

Toutes ces procédures sont sous contrôle de l'Ordre ! ●

EXERCICE PROFESSIONNEL

“ Collaborateur, je suis amené à remplacer mon titulaire, est-il nécessaire d'établir un contrat de remplacement ? „

Lorsque le collaborateur remplace le titulaire, un contrat de remplacement doit être souscrit avec le titulaire. Pendant la durée du remplacement, le contrat de collaboration est suspendu. Il faut alors expliciter dans le contrat de remplacement qu'il s'agit d'un remplacement dans le cadre d'une collaboration pour que la clause de non concurrence ne s'applique pas.

“ En tant que collaborateur, je suis amené à prendre un remplaçant, qu'en est-il de la redevance que doit recevoir le titulaire du cabinet ? „

En règle générale, dans un contrat de collaboration libérale, le collaborateur reverse une redevance sur les honoraires perçus au titulaire du cabinet. Dans le cas où le collaborateur prend un remplaçant, la redevance due par le collaborateur au titulaire est fixée à partir de la totalité des honoraires qu'il a lui-même perçus du remplaçant. Dans la pratique, le remplaçant verse la totalité des honoraires perçus au collaborateur qui ainsi le rémunère par une rétrocession d'honoraires. La quotité de la redevance prévue dans le contrat de collaboration est préalablement fixée à un certain pourcentage, mais dans les faits, une fois la redevance versée au titulaire, il ne reste plus rien au collaborateur. Reste néanmoins à celui-ci la possibilité

de renégocier les termes de son contrat pour la durée du remplacement et ce, par avenant au contrat dûment daté et signé.

“ Puis-je engager un collaborateur pour ne faire que des soins à domicile ? „

Le collaborateur libéral n'est pas un remplaçant : il n'exerce pas en lieu et place du titulaire dont il suit la clientèle mais **auprès** d'un titulaire. Un contrat de collaboration ne peut-être conclu pour laisser au collaborateur uniquement les soins à domicile ou encore la fabrication des orthèses plantaires... Cantonner le professionnel à un seul mode d'activité irait de plus à l'encontre du principe même de l'article 18 de la loi du 2 août 2005 stipulant que « le collaborateur libéral exerce son activité professionnelle en toute indépendance, sans lien de subordination ».

“ J'ai l'opportunité d'installer mon cabinet en partageant le local avec deux médecins généralistes et une gynécologue, cette installation est-elle possible ? „

Conformément au principe du secret professionnel et de l'indépendance professionnelle, l'Ordre national des pédicures-podologues, à l'instar des autres ordres de santé, n'autorise le partage des locaux qu'avec des membres de professions de santé réglementées (professions médicales

et paramédicales) dont l'exercice professionnel n'a aucune vocation commerciale (médecin, kinésithérapeute, infirmières...) et en aucun cas avec des professions assujetties à TVA (podo-orthésistes, réflexologues, esthéticiennes...). En cas de partage des locaux, toutes les dispositions devront être prises pour protéger les informations relatives aux patients détenues par le pédicure-podologue dans le cadre de son exercice professionnel. Il doit en effet veiller à la protection contre toute indiscretion de ses dossiers patients par exemple... Sous ces réserves, un pédicure-podologue libéral peut ainsi partager, dans le temps, l'ensemble des parties communes de son local professionnel, notamment la salle d'attente.

“ Détenteur d'un cabinet secondaire, dois-je avoir un numéro SIRET différent de celui de mon cabinet principal ? „

Le numéro SIRET est le numéro unique d'identification attribué à chaque établissement, principal ou secondaire, par l'INSEE. Ce numéro est composé de 14 chiffres non significatifs. Les 9 premiers chiffres correspondent au numéro SIREN de l'entreprise et les 5 derniers à un numéro interne à l'établissement. L'unité SIRET est un établissement défini comme un lieu géographiquement distinct où s'exerce tout ou partie de l'activité d'une unité SIREN. Cette définition de l'INSEE appliquée à l'activité des pédicures-podologues conduit à l'application d'un numéro SIRET pour chaque cabinet. Dès lors, un cabinet secondaire ne peut avoir le même numéro SIRET que celui du cabinet principal.