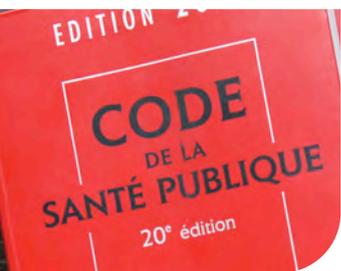




P. 5
missions
ÉVALUATION
DES PRATIQUES
PROFESSIONNELLES
> PREMIER BILAN



P. 8
en régions
LES NOUVELLES
COMMISSIONS
D'AUTORISATION
D'EXERCICE



P. 18
juridique
CONVENTION
DE STAGE
EN CABINET
LIBÉRAL

dossier

2011, ANNÉE DES PATIENTS
ET DE LEURS DROITS

PATIENTS ET PROFESSIONNELS DE SANTÉ : ENTRE DROITS ET DEVOIRS RÉCIPROQUES

En dédiant l'année 2011 aux patients et à leurs droits, le Ministère du travail, de l'emploi et de la santé entend sensibiliser les professionnels de santé et plus largement les citoyens aux droits et devoirs des patients tels qu'ils ont été définis par la loi du 4 mars 2002. Patients comme professionnels de santé sont encore mal informés sur ses orientations. Les pédicures-podologues ne font pas exception. L'Ordre des pédicures-podologues relaie dans Repères l'information nécessaire à la compréhension d'une législation qui témoigne des évolutions récentes de notre société.

© Getty Images

La relation entre le patient et le médecin, et plus largement entre les usagers du système de santé et ses professionnels, a évolué par à coups. Si la reconnaissance par la Cour de cassation de la notion de *droit du malade* en 1942 en constitue l'acte fondateur, il a fallu attendre la période 1970 – 2000 pour voir se succéder les nombreux textes législatifs et réglementaires qui l'ont construit. Ils ont permis d'instaurer progressivement un dialogue plus transparent et réfléchi entre le praticien et le patient, lequel a vu ses droits considérablement étoffés. Une telle évolution, on le verra, n'est pas étrangère aux grands courants sociétaux, scientifiques et économiques qui ont marqué cette époque. L'entrée dans le débat

public de sujets tels que la douleur, la fin de vie, l'information du malade, ou la responsabilité médicale, témoignent de ce mouvement.

À cet égard, la loi du 4 mars 2002, dite également Loi KOUCHNER, propose une synthèse ainsi qu'une remise en ordre des droits des patients. Les titres du texte adopté au Parlement en éclairent les grands principes : démocratie sanitaire, qualité du système de santé et réparation des risques sanitaires. Avec cette loi, les malades deviennent des usagers, avec des droits, des devoirs et des représentants pour les défendre ; ils acquièrent avant tout le statut d'acteur de la santé.

SUITE P. 10



© G. Fernet/Beaside

Chères consœurs,
Chers confrères,

Il est bon parfois de rappeler les missions essentielles de l'Ordre :

« L'Ordre des pédicures-podologues assure la

défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession, veille au maintien des principes de moralité, de probité et de compétence et à l'observation, par tous ses membres, des droits, devoirs et obligations professionnels, ainsi que des règles édictées par le Code de déontologie prévu à l'article L. 4322-14. »

L'Ordre est donc une institution créée pour défendre la profession dans son ensemble en ayant constamment à l'esprit l'intérêt et la sécurité du patient. C'est dans ce cadre, qu'il mène des actions en justice pour exercice illégal de la profession ou pour usurpation du titre. Plusieurs condamnations font aujourd'hui jurisprudence. C'est aussi dans cet esprit que l'Ordre travaille à la régulation de notre exercice tant par sa politique démographique visant à réguler l'accès à la formation initiale que par la gestion des cabinets secondaires. Pour cette dernière, les décisions des conseils régionaux sont prises dans l'intérêt de tous et l'étude au cas par cas des dossiers doit aboutir à des décisions respectueuses de la législation en vigueur et des droits du patient.

C'est bien dans cet objectif aussi que notre instance a jugé utile de demander l'abrogation de certaines clauses de la Convention nationale des pédicures-podologues de décembre 2007. Suite au recours de l'ONPP, par arrêt du 4 février 2011, le Conseil d'État a rendu sa décision.

Elle n'entrera en application que lorsque l'arrêté modificatif sera publié au Journal officiel.

Ne nous trompons pas ! Contrairement à ce qui a pu être colporté, l'Ordre est très attaché à la formation des professionnels qui est d'ailleurs une obligation légale et déontologique. La formation continue conventionnelle, suite à la décision du Conseil d'État, doit être revue dans son organisation et son application.

Pour accomplir ces missions, l'Ordre fait appel au droit et procède à des analyses et expertises juridiques pointues. Il se fait un point d'honneur d'être à l'écoute de la profession mais de toujours agir en totale indépendance : indépendance vis-à-vis des pouvoirs publics et de ses administrations de tutelle, vis-à-vis des organismes de formation et des groupements ou associations de professionnels quels qu'ils soient.

Bernard BARBOTTIN

actualités

› Détection précoce des cancers de la peau : un partenariat entre l'INCa et l'Ordre

L'Institut national du cancer (l'INCa) est l'agence nationale sanitaire et scientifique en cancérologie, créée par la loi de santé publique du 9 août 2004, dans le cadre du Plan cancer 2003-2007 et ce, pour coordonner les actions de lutte contre le cancer. Placé sous la tutelle des ministères chargés de la santé et de la recherche, l'INCa fédère l'ensemble des acteurs de la lutte contre le cancer en France autour d'une double ambition : contribuer à diminuer la mortalité par cancer en France et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer.

L'INCa agit pour :

- Mieux prévenir, dépister et diagnostiquer les cancers ;
- Garantir l'accès à des soins de grande qualité pour tous dans le respect du principe d'équité et rendre plus accessibles innovations et progrès ;
- Apporter une information adaptée aux populations, aux patients et aux professionnels ;
- Rechercher des moyens plus efficaces pour prévenir, diagnostiquer et traiter les cancers.

Dans le cadre de son activité, le pédicure-podologue est amené à avoir accès à une grande étendue de la surface cutanée du patient qui ne se limite pas à la peau du pied. Cette zone est aussi susceptible de présenter des lésions. Les naevi méritent attention et surveillance, surtout s'ils sont situés à la plante du pied ou dans les espaces interdigitaux qui sont des régions peu propices à l'auto surveillance. Au niveau de l'ongle, toute tache ou bande noire, brunâtre, rougeâtre, plus ou moins irrégulière, peut être suspecte... C'est alors que le pédicure-podologue doit pleinement exercer son rôle de prévention, de détection et d'orientation. Son rôle de conseil en santé est reconnu et il est bien placé pour inciter son patient à consulter dans les meilleurs délais un médecin généraliste ou un dermatologue.

C'est dans ce cadre que le Conseil national de l'Ordre des pédicures-podologues travaille en partenariat avec l'INCa sur un programme de formation des professionnels à la détection précoce des cancers de la peau. Ainsi, prochainement, tous les pédicures-podologues inscrits au Tableau de l'Ordre recevront avec leur revue Repères un dépliant d'information leur donnant les éléments nécessaires pour agir ainsi qu'un accès spécifique pour la profession à un module de formation via le site Internet de l'INCa ou de l'ONPP.

L'ONPP voit dans cette action de nombreux bénéfices :

le premier et le plus important est celui apporté au patient car le mélanome est un cancer dit « de bon pronostic » lorsqu'il est détecté à un stade précoce ; ensuite il s'agit de l'amélioration de la précocité de prise en charge des patients par une bonne coordination entre différents professionnels de santé contribuant aussi à une meilleure

connaissance et reconnaissance de l'activité de notre profession.

› Rendez-vous dans votre prochain Repères pour en savoir plus !

› L'Ordre persiste : pas d'ouverture de nouveaux instituts de formation sans une meilleure répartition !

En apprenant fortuitement l'autorisation donnée par le Conseil régional politique d'Île-de-France à l'ouverture d'un nouvel institut de formation sur Paris, le Conseil national de l'Ordre des pédicures-podologues a réagi vivement. Par cette décision, prise sans aucune concertation, ni avec les représentants de la profession (Ordre et Syndicat), ni avec la commission régionale de l'ONDPS (Observatoire national de la démographie des professions de santé), nous sommes à nouveau confrontés à une situation extrêmement préjudiciable pour la profession visant à renforcer le déséquilibre existant, puisque cette décision porte la capacité d'accueil nationale de 535 à 580 étudiants, dont 62 % formés sur Paris.

La position officielle de notre instance est très ferme : si nous ne sommes pas opposés à l'ouverture de nouveaux instituts de formation en pédicurie-podologie, en revanche ceux-ci doivent impérativement être mieux répartis sur le territoire national et les pouvoirs publics doivent tout mettre en œuvre afin de ne pas permettre une augmentation globale de la capacité d'accueil pour de nouveaux étudiants qui ne pourront pas au final s'épanouir dans le métier pour lequel ils auront été formés. L'ONPP a écrit aux instances politiques régionales concernées (ARS, Conseil régional) et un rendez-vous a été obtenu auprès du ministre de la santé afin d'initier une réflexion globale sur le thème de l'accès à notre formation et d'évaluer la possibilité d'instaurer pour notre profession un numérus clausus à l'instar des autres professions de santé réglementées.

› Rapport JOHANET sur la RCP

Le 24 février, Gilles JOHANET a remis à M. Xavier BERTRAND son rapport sur l'assurance responsabilité civile des professionnels de santé. Ce rapport fait suite à la mission qui lui avait été confiée le 8 octobre dernier par Roselyne BACHELOT, Christine LAGARDE et François BAROIN en vue notamment de définir les conditions et les modalités de mise en place d'un dispositif de mutualisation plus large de la responsabilité médicale. Ce rapport permet à la fois de poser un diagnostic sur la situation du marché de l'assurance responsabilité civile, de préciser les situations dans lesquelles les professionnels sont exposés à des « trous de garantie » et de proposer

des solutions à ces situations tenant compte de la configuration du marché. Onze propositions sont émises en ce sens comme celles d'étendre à l'ensemble des professionnels de santé la limitation à 10 ans de la mise en cause de la responsabilité du professionnel de santé, alors même qu'elle ne concernait que les chirurgiens, obstétriciens et sages-femmes, ou encore d'instaurer la mutualisation de l'ensemble des professionnels de santé libéraux pour les sinistres supérieurs à trois millions d'euros, via la création d'une « surcotisation », accompagnée de la création d'un pool réunissant tous les assureurs RCM. Xavier BERTRAND souhaite que les pistes proposées par Gilles JOHANET fassent très rapidement l'objet d'une analyse technique par ses services en vue de définir les conditions dans lesquelles elles pourraient être mises en œuvre.

› Exercice libéral dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Le 31 décembre dernier ont été publiés au Journal officiel :

- le décret n° 2010-1731 du 30 décembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
- l'arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles des contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Le décret précise que le contrat prévu à l'article L. 314-12 du Code de l'action sociale et des familles, conclu entre un professionnel de santé et un EHPAD, est conforme aux contrats types fixés par l'arrêté mentionné ci-dessus. Ces contrats types fixent les engagements réciproques des signataires, concernant notamment les modalités d'intervention du professionnel de santé dans l'établissement et de transmission d'informations relatives à cette intervention, les modalités de coordination des soins entre le professionnel de santé et le médecin coordonnateur de l'établissement ainsi que la formation de ce professionnel.

Si les contrats types, fixés en annexe du décret, ne concernent que les conditions d'intervention des médecins libéraux et des masseurs-kinésithérapeutes en EHPAD, il n'en demeure pas moins que les contrats signés par les autres professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans ce type d'établissement doivent être conformes à ces contrats types. Les textes publiés occultent toute référence au mode de rémunération (paiement à l'acte forfait ou autre)

des libéraux de santé en EHPAD. Cette condition d'exercice essentielle devra donc être soumise à négociation.

À peine publiés, l'Ordre des médecins, le CNOM, dans un premier temps, et celui des masseurs-kinésithérapeutes, le CNOMK, dans un deuxième temps ont déposé chacun un recours gracieux auprès du ministre contre ces textes en arguant principalement du fait que la liberté de choix du praticien par le patient est restreinte puisque seuls les praticiens signataires pourront intervenir dans l'établissement.

Face à ce mécontentement, Xavier BERTRAND leur accorde un sursis de trois mois pour la mise en place des contrats types et en attend un premier bilan au 30 juin 2011.

Article L. 314-12 : Des conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral destinées notamment à assurer l'organisation, la coordination et l'évaluation des soins, l'information et la formation sont mises en œuvre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Ces conditions peuvent porter sur des modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l'acte et sur le paiement direct des professionnels par l'établissement. Un contrat portant sur ces conditions d'exercice est conclu entre le professionnel et l'établissement.

➤ **L'Ordre lutte contre l'exercice illégal et l'usurpation de titre : sanctions à l'encontre de professionnels non pédicures-podologues**

- Le 29 avril 2010, le Tribunal de Grande Instance de Nantes a condamné un ostéopathe à verser à l'Ordre des pédicures-podologues 800 euros au titre de l'article 475-1 du Code de procédure pénale et 1 euro à titre de dommage et intérêt.

- En février 2011, le Tribunal de Grande Instance du Mans a condamné une personne faisant usage du titre de pédicure-podologue sans être titulaire du diplôme pour revendiquer cette qualité, à verser à l'Ordre des pédicures-podologues 700 euros au titre de l'article 475-1 du Code de procédure pénale et 1 euro à titre de dommage et intérêt.

événement

UN PROFESSIONNEL À L'HONNEUR!

Jean-Marie BERTIN, témoin et acteur de l'évolution de notre profession depuis les années 60.

Les insignes de Chevalier dans l'Ordre national du Mérite qui lui ont été remis par le Colonel Maurice DUTEL, Commandeur de la légion d'Honneur, Grand Croix de l'Ordre national du Mérite, Dignitaire de la République, en présence de notre actuel ministre de la Santé Xavier BERTRAND, s'adressent à un officier, commandant de réserve, investi dès son diplôme - délivré en 1965 - dans une recherche consacrée à la reconnaissance et l'amélioration de notre profession.

Jean-Marie BERTIN canalise son énergie dans deux directions qui lui semblent essentiellement dépendantes ; vers le soin responsable répondant aux meilleures conditions d'hygiène et de stérilisation connues à l'époque, mais aussi vers une recherche novatrice dans le domaine de la podologie qui balbutiait encore par manque de matériaux performants. Passionné par une réponse podologique aux troubles de la statique et de la dynamique qu'il analysait, il a mis son expertise au service des nouvelles techniques.

Investi dans un militantisme syndical régional et national à l'époque où ce dernier répondait prioritairement à la promotion de la formation continue, il participe à la fondation du CEREP pour la recherche en podothérapie et adhère à l'Association nationale des podologues du sport (ANPS). Podologue référent de l'athlétisme en Picardie, membre de la Fédération française d'athlétisme (FFA), sélectionné en tant que podologue du sport aux championnats du monde d'athlétisme en 2003, il se consacre également à la posturologie et à la médecine énergétique.

Conférencier, chargé de cours à Paris XIII Bobigny, il a mis son expérience au service de la mise en place de tests sur les matériaux de thermoformage et les silicones.

Nous lui souhaitons une retraite bien méritée puisqu'il vient de cesser son activité et le remercions pour son investissement et sa disponibilité de toujours au service de la profession.

RETOUR SUR NEUF MOIS D'EXPÉRIMENTATION L'EPP RECONDUITE!

Après neuf mois d'expérimentation de l'Évaluation des pratiques professionnelles (EPP), le temps est venu de dresser un bilan prospectif. Le 28 janvier, facilitateurs, élus nationaux et représentant de la HAS se sont réunis pour examiner le « Rapport d'expérimentation d'Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) 2008-2010 ». Le bilan est positif. S'il demeure des points d'amélioration, notamment sur les aspects organisationnels et de communication, réjouissons-nous du taux élevé de participants chez les pédicures-podologues.

L'engouement des professionnels témoigne du succès de l'EPP. Fin septembre 2009, le taux de réponse à l'appel à candidature, envoyé par les CROPP, était de 10,12 %. Dans une région, ce taux atteignait 56 % ! De janvier à septembre 2010 : 37 groupes ont vu le jour dans 19 régions. Ils ont réuni 353 pédicures-podologues, soit un taux global de participation de 3,30 %¹.

Les programmes EPP

Parmi les cinq programmes proposés, celui qui a rencontré le plus vif succès est l'*Avis podologique sur une gonalgie*. Pour rappel, les quatre autres programmes actuels sont l'*Hygiène des soins au cabinet*, le *Bilan podologique du patient âgé*, le *Dossier patient en pédicurie-podologie* et l'*Hygiène des locaux*. Ce dernier n'a été préféré que par un faible nombre de candidats. En 2011, l'EPP se poursuit sur ces thèmes et il est prévu d'en développer de nouveaux. Parmi les souhaits exprimés par les professionnels pour de futurs programmes, citons : le dépistage du mélanome, le pied diabétique, la polyarthrite, les onychomycoses, la prévention des chutes et l'éducation thérapeutique, sujets qui reflètent bien les attentes des professionnels en matière d'évaluation de leurs pratiques et leur souci de maintenir leur niveau de compétences.

La journée du 28 janvier 2011 a été l'occasion, pour élus et facilitateurs, d'exprimer leurs avis, au regard d'une année d'expérience, sur les atouts de l'EPP, mais aussi sur les freins qui persistent. Outre les problèmes organisationnels qui impliquent de roder les procédures et renforcer les

rôles de chacun, il semblerait que l'EPP souffre d'un manque de communication. Par exemple, nous avons vu plus haut que le programme Hygiène des locaux n'avait pas mobilisé suffisamment de candidats pour être mis en place pendant l'expérimentation. Il a été identifié que de nombreux professionnels craignaient de voir arriver chez eux un facilitateur missionné par l'Ordre pour inspecter leurs locaux. Une vision très éloignée de la réalité ! Le rôle du facilitateur est d'animer les groupes de volontaires et d'inciter des échanges fructueux (cf. interview ci-contre de Guillaume BROUARD), en aucun cas de surveiller les professionnels dans leurs manières d'exercer.

Le terme « évaluation » est certainement à l'origine de cette confusion. Dans les faits, si évaluation il y a, c'est uniquement celle que le professionnel porte sur ses propres pratiques (cf. interview ci-contre de Carole CASAS et dossier EPP dans *Repères* n° 8). Point positif, les facilitateurs ont confirmé que les professionnels engagés dans l'EPP en apprécient particulièrement la démarche originale qui n'est ni un cours théorique, ni un jugement des pratiques de chacun. Elle consiste en un échange entre pairs permettant une autoévaluation. Et cela avec la richesse du mélange des profils et des générations. Dans ce cadre, les professionnels se considèrent en confrères et non en concurrents. La confrontation permet de se remettre en question sur certaines pratiques et d'en conforter d'autres. Tout cela se déroule, grâce au contexte favorable du volontariat, dans un climat spontané et dynamique.



Signature le 18 septembre 2008 de la convention entre l'ONPP et la HAS portant sur l'expérimentation de la mise en œuvre de l'Évaluation des pratiques professionnelles, la communication, le partage et la diffusion d'informations relatives à l'EPP.

L'EPP et la Loi

Le Développement professionnel continu (DPC) englobe EPP et formation continue. Les décrets qui doivent rendre le DPC obligatoire pour tous les professionnels de santé se font attendre. Mais cela ne remet pas en question l'EPP et il a été décidé, lors de cette réunion du 28 janvier, de la reconduire en 2011. La phase d'expérimentation se poursuit donc et se développe. Elle est une occasion de façonner la mise en œuvre de l'EPP et de lui permettre de correspondre au mieux aux besoins des pédicures-podologues, en vue du jour où le législateur la rendra obligatoire. Il faudra alors être en mesure d'absorber la montée en puissance qui en découlera. ●

1. Rapport d'expérimentation d'Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) 2008-2010

RETOUR SUR NEUF MOIS D'EXPÉRIMENTATION L'EPP RECONDUITE! (SUITE)

interview



D.R.

« Il est primordial de capter son groupe et de ne laisser aucune individualité sur le bord de la route »

Guillaume BROUARD
Facilitateur, en région Limousin,
sur le thème de *l'Avis podologique sur une gonalgie*.

REPÈRES: Comment s'est déroulée l'EPP en région Limousin ?

Guillaume BROUARD: Sur les 84 professionnels que compte la région Limousin, treize ont participé à l'EPP. J'ai pu constater une bonne implication de chacun des participants.

Le thème Avis podologique des gonalgies s'y prête car c'est celui qui s'appuie le moins sur des critères prédéfinis. Nous en construisons le contenu avec le groupe dont les participants se prêtent volontiers au jeu. Le point de départ est une discussion libre sur le sujet entre professionnels. À partir de cette discussion, nous élaborons ensemble la liste de ce que nous appelons les incontournables. Puis, nous reprenons chacun de ces incontournables et les validons - ou les invalidons - en les confrontant à la littérature scientifique. Bien sûr, ces incontournables varient d'un professionnel à l'autre. L'objectif des séances n'est pas d'aboutir à une unique façon de faire mais à un consensus. C'est cela qui est important et permet à chaque professionnel de faire progresser ses pratiques.

REPÈRES: Quel rôle joue le facilitateur ?

Guillaume BROUARD: D'abord, il est important de comprendre que le facilitateur n'est pas, comme on serait tenté de le croire, un expert. Il est tout à fait possible que les participants en sachent plus que moi sur le sujet des gonalgies. Et tant mieux. Ceux-ci peuvent, dans ce cas, faire bénéficier le groupe de leur savoir tout en remettant en question, eux aussi, certains aspects de leurs pratiques. Le facilitateur a pour rôle, comme son nom l'indique, de faciliter les échanges entre les personnes présentes, d'encourager chacun à faire part librement de ses expériences. Il est primordial de capter son groupe et de ne laisser aucune individualité sur le bord de la route car c'est la dynamique de l'ensemble qui fait le succès d'une EPP.

Enfin, une séance productive demande un peu de communication et de coordination hors séance. On évite ainsi les absences et l'on assure la réalisation par les participants du travail qu'ils se sont fixés d'une fois sur l'autre. Ce travail demande peu de temps, mais il est important que chaque participant soit partie prenante et non spectateur. Très vite, les pédicures-podologues comprennent que cette

notion d'échange est primordiale et ils sont demandeurs car ces interactions sont rares lorsqu'on exerce en libéral.

REPÈRES: Quelles évolutions sont à prévoir ?

Guillaume BROUARD: D'abord, je pense qu'on peut gagner en organisation. Il est apparu au niveau national qu'il était nécessaire de mieux définir les rôles entre facilitateurs et délégués régionaux EPP. Ce dernier a la tâche compliquée de faire le lien entre le facilitateur, son CROPP et le CNOPP. Une autre évolution importante concerne le contenu des programmes EPP. Rien n'est acté à l'heure actuelle mais, parmi les différents sujets formulés par les professionnels, celui qui semble récolter le plus de faveur est le dépistage des mélanomes. Nous le savons grâce à la fiche individuelle de synthèse qui est demandée à chaque professionnel en fin d'EPP. Ces fiches anonymes sont transmises à l'Ordre National. Basé sur les souhaits des professionnels, le choix des prochains thèmes à développer dépendra de discussions entre l'Ordre, les facilitateurs et, bien entendu, les besoins de santé publique.

interview

« Il ne s'agit pas de normaliser les pratiques à tout prix »



D.R.

Carole CASAS
Facilitatrice, en région Ile-de-France,
sur le thème du *Bilan podologique du patient âgé*. Elle exerce également comme formatrice en institut.

REPÈRES: Comment s'est déroulée cette première année de facilitatrice ?

Carole CASAS: Tous les facilitateurs se sont beaucoup investis au départ car il y avait tout à créer. En plus de se former à la fonction, il fallait construire entièrement les programmes, en collaboration avec l'Ordre et la Haute Autorité de santé (HAS) et à partir des recommandations de la HAS. Après cela, est venue l'animation des groupes à proprement parler. J'ai encadré un groupe de sept personnes sur le thème du Bilan podologique du patient âgé, ce qui représente quatre séances de trois heures.

Une participante s'est tout de suite portée volontaire comme secrétaire de séance tout au long du programme. Au CROPP, le délégué EPP m'a bien épaulée. Je n'ai pas rencontré les problèmes organisationnels qu'ont pu rapporter d'autres régions.

REPÈRES: Quels freins avez-vous rencontrés ?

Carole CASAS: Lors de notre réunion du 28 janvier, les facilitateurs étaient unanimes quant à l'image faussée que véhicule encore l'EPP chez certains professionnels.

Le problème vient sans doute de la terminologie trompeuse d'«évaluation» qui suggère une démarche scolaire. Je suis le premier témoin de ce contresens puisque je suis aussi formatrice en institut auprès d'étudiants. Les séances d'EPP n'ont rien en commun avec un cours magistral et le facilitateur n'est pas un professeur.

Pour revenir au groupe que j'ai suivi cette année, j'ai le sentiment que ce mode de fonctionnement s'est clarifié seulement lors de la troisième séance. À la première séance, les participants semblaient surpris. Sans doute s'attendaient-ils à une liste d'obligations à satisfaire pour «être dans la norme». À la troisième séance, les langues se sont vraiment déliées.

Au fil des réunions, nous avons défini ensemble une liste de critères qu'il convenait de respecter. L'important étant d'apprendre les uns des autres sans porter de jugement. C'est une démarche originale dans le sens où elle permet à tous les participants de progresser ensemble.

REPÈRES: Les praticiens sont-ils ouverts aux recommandations de la HAS ?

Carole CASAS: Nous partons, en effet, de recommandations. Mais attention, il ne s'agit pas non plus de normaliser les pratiques à tout prix! Chaque professionnel est unique et il est responsable de sa façon d'exercer, au mieux des intérêts du patient. C'est particulièrement vrai dans notre profession où une part très importante réside dans l'échange humain avec le patient.

À la différence d'autres professions, nous pratiquons les soins assis et en face à face, ce qui favorise les discussions. Des relations se tissent entre professionnels et patients, d'autant plus que certains viennent régulièrement et dans la durée. Le critère relationnel est aussi important que les compétences théoriques et techniques, aux yeux des patients, dans le choix d'un professionnel. Toutefois, le rôle du praticien est aussi de suivre l'évolution des pratiques et de les remettre régulièrement en question pour assurer des prestations de qualité. À cet effet, l'EPP me paraît un excellent outil.

PROFESSIONNELS DE SANTÉ RESSORTISSANTS EUROPÉENS

LES NOUVELLES COMMISSIONS D'AUTORISATION D'EXERCICE

Tout ressortissant de l'Union européenne souhaitant s'établir en France, en vue d'y exercer la profession de pédicure-podologue, est contraint de présenter une demande, sous forme de dossier, à l'une des nouvelles commissions d'autorisation d'exercice siégeant au niveau régional. Cette nouvelle organisation, effective depuis l'été 2010, réduit le temps de traitement des dossiers mais nécessite encore des ajustements.

Le décret n° 2010-334 du 26 mars 2010 signé par Monsieur François FILLON, Premier ministre, et Madame Roselyne BACHELOT, alors ministre de la santé et des sports, redéfinit le cadre légal de la reconnaissance des qualifications professionnelles requises des ressortissants des États membres de l'Union européenne pour l'exercice, sur le territoire français, des professions médicales, pharmaceutiques et paramédicales.

Premier changement, les postulants doivent adresser leur dossier, non plus au niveau national mais directement dans la région où ils souhaitent établir leur activité.

À réception d'un dossier par l'Agence régionale de santé, la commission d'autorisation d'exercice correspondante dispose de quatre mois pour se réunir et donner son avis au préfet de la région qui accordera ou non son autorisation. Chaque commission comprend : le directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ou son représentant, le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant, un représentant du Conseil régional de l'Ordre des pédicures-podologues, un médecin ainsi que deux pédicures-podologues.

La commission juge uniquement sur dossier. Celui-ci doit contenir, en plus du formulaire de demande d'autorisation d'exercice, les pièces justificatives de l'identité, de l'absence de sanctions, des titres de formation et de l'expérience professionnelle du candidat.

Doit également y être présenté le niveau de formation précisant, année par année, le détail et le volume horaire des enseignements suivis. Face à la pluralité des cursus européens, c'est grâce à ce dernier document, en le comparant au programme de formation français, que la commission pourra évaluer si le niveau de connaissance du postulant satisfait aux exigences de l'exercice de la profession de pédicure-podologue en France.

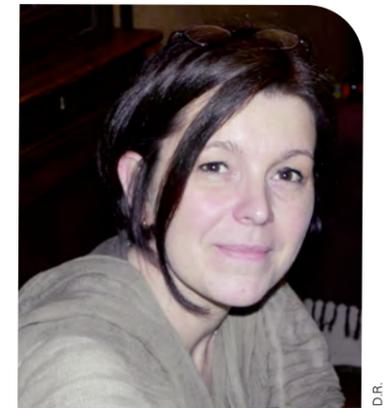
Si la commission constate, chez le postulant, une différence substantielle entre les qualifications acquises et les qualifications requises, elle peut lui imposer une mesure de compensation. Le candidat doit alors se soumettre, au choix, à une épreuve d'aptitude ou à un stage d'adaptation. Enfin, le candidat doit évidemment maîtriser les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de la profession. ●



© Parlement Européen

interview

Cécile BLANCHET
Représentante du CROPP
Île-de-France DOM-TOM pour la Commission
régionale Ile-de-France d'autorisation d'exercice
de la profession de pédicure-podologue.



D.R.

« Les commissions d'autorisation d'exercice doivent examiner tout nouveau dossier avec la plus grande attention »

REPÈRES: Depuis sa mise en place, combien de dossiers la Commission Ile-de-France a-t-elle étudiés ?

Cécile BLANCHET : Cinq dossiers ont été examinés lors de notre première réunion qui s'est déroulée le 4 novembre 2010. L'un d'eux a été refusé d'emblée car le candidat avait adressé ce même dossier dans une autre région, ce qui est formellement interdit. Le candidat ne pouvait pas l'ignorer car il est demandé une attestation sur l'honneur de ne pas présenter simultanément son dossier dans plusieurs régions.

Les quatre autres dossiers venaient de professionnels formés au sein d'un même institut en Belgique, pays où la profession n'est pas réglementée. Aucun frein linguistique à noter puisque les candidats étaient tous Français. En revanche, en nous penchant sur les programmes de cours et les stages effectués par chacun, nous avons noté un manque en diabétologie. En effet, ils n'avaient suivi que quelques heures de cours sur ce thème, durée insuffisante face aux quarante heures qu'y consacre le programme français. Les connaissances en diabétologie sont primordiales : elles abordent de façon transversale tous les savoirs nécessaires au métier de pédicure-

podologue, qu'il s'agisse d'hygiène, de semelle ou de soin. La Commission a donc requis une mesure de compensation pour les quatre candidats. Celle-ci a pris la forme d'un stage d'adaptation de trente-cinq heures.

La Commission s'est à nouveau réunie le 20 janvier 2011. L'objectif de cette seconde réunion était de réexaminer les quatre dossiers et de vérifier la bonne exécution des mesures de compensation. Les quatre candidats avaient bien effectué le stage d'adaptation exigé. Suite à notre avis positif, ils ont tous obtenu leur autorisation d'exercice.

REPÈRES: Quel premier regard portez-vous sur cette nouvelle organisation en commissions régionales ?

Cécile BLANCHET : D'un État à l'autre, les professions de la pédicure-podologie diffèrent du tout au tout. À commencer par la présence ou l'absence de réglementation. L'intitulé, le contenu et la durée des formations varient également. Ajoutez à cela les parcours professionnels propres à chaque candidat, les commissions d'autorisation d'exercice doivent examiner tout nouveau dossier avec la plus grande

attention. La tâche n'est pas facile dans la mesure où il n'existe pas encore d'antécédents auxquels se référer. Les commissions partent de zéro et ne disposent que de peu d'informations, voire aucune, quant aux particularités des pays européens sur le sujet.

Dans ce contexte, et dans la mesure où chaque commission siège de manière indépendante, comment s'assurer qu'un même dossier serait jugé de façon identique dans une commission voisine ? Le risque encouru est une inégalité de traitement d'une région à l'autre, ce qui encouragerait les candidats à présenter leur dossier dans certaines régions, ou encore à se représenter, suite à un premier refus, dans une autre région.

En conclusion, il semble évident que les dossiers sont examinés de manière plus structurée qu'auparavant. Le temps de traitement se voit aussi amélioré. Mais cette nouvelle organisation présente des risques que l'Ordre doit suivre de près. Il est impératif d'harmoniser les décisions et, à cet effet, de développer des outils à disposition des commissions, au niveau national.



© DICOM-DEACG Alain FRANCOIS

2011, ANNÉE DES PATIENTS ET DE LEURS DROITS PATIENTS ET PROFESSIONNELS DE SANTÉ : ENTRE DROITS ET DEVOIRS RÉCIPROQUES (SUITE DOSSIER)

Pourtant, aujourd'hui encore, une grande partie des patients et, dans une proportion moindre, des professionnels de santé, méconnaissent ces droits. Selon un récent sondage BVA (avril 2010), 70 % des personnes interrogées ont assuré ne pas en avoir connaissance. De même, plus de la moitié des personnes hospitalisées ignorent qu'elles peuvent disposer d'informations médicales les concernant... On comprend mieux pourquoi le Ministère chargé de la santé a lancé à l'automne dernier le principe de dédier l'année 2011 aux « patients et à leurs droits ». L'institution veillera ainsi à promouvoir toutes manifestations permettant de renforcer leur visibilité, de réfléchir aux moyens mis en œuvre pour améliorer le passage des malades dans les établissements hospitaliers et enfin de réfléchir aux façons de placer le citoyen au cœur de sa santé¹. Cette réflexion vise en premier lieu à résorber ce défaut de connaissance en rappelant que « le premier droit, c'est de connaître ses droits »².

La relation entre professionnels de santé et patients est régie par des droits et des devoirs réciproques. Examinons d'abord concrètement quels devoirs pour les professionnels de santé et les pédicures-podologues en particulier engendrent les droits des patients.

I – LES DEVOIRS DU PÉDICURE- PODOLOGUE ENVERS SES PATIENTS

Si la loi KOUCHNER constitue la base de la réflexion sur les droits et devoirs des patients, elle est aujourd'hui intégrée au Code de la santé publique et chaque profession de santé ordonnée y consacre également de nombreux articles de son Code de déontologie³. Les sujets traités (respect de la dignité et de l'intimité du patient, dispense de soins sans discrimination, dispense de soins de qualité, obligation d'information, tenue obligatoire du dossier patient, garantie de la sécurité du patient, actes et prescriptions adaptées et sans excès, réalisation de devis préalable et politique tarifaire transparente) témoignent de l'esprit de la loi du 4 mars 2002, en privilégiant les deux grands axes auxquels le législateur a porté une attention toute particulière et qui caractérisent les devoirs des professionnels de santé à l'égard des patients : soigner et informer !

A- La qualité, la sécurité et la continuité des soins

Si chaque professionnel de santé est lié à son devoir de délivrer des soins de qualité en toute sécurité, tous les patients doivent disposer d'un égal accès aux soins. Une telle obligation est rappelée explicitement par notre Code de déontologie selon des normes très précises.

1- Tous les patients doivent avoir accès aux soins

L'article R. 4322-52 indique que les devoirs d'exercice, conseil et soins doivent s'appliquer à tout patient majeur sans restriction, limitation ni exclusion, quel que soit son état de santé et sa mobilité. Aucune considération d'opinion, de religion, d'appartenance ethnique, de nationalité, de situation professionnelle, familiale et sociale, ne pourra constituer un motif de refus de dispenser ses soins. L'article est directement inspiré des principes constitutionnels de la République, d'égalité de tous les citoyens devant la loi. Le parallèle induit que tout professionnel en présence de mineurs devra, pour exécuter ses soins, recevoir préalablement l'accord de l'autorité parentale. Inscrite à l'article L. 1110-3 du Code de la santé publique, l'interdiction de discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins, est complétée par l'article 54 de la loi HPST pour interdire expressément les refus illégitimes de prise en charge par des professionnels de santé. Il est ainsi rappelé qu'un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne parce qu'elle est bénéficiaire de la CMU (couverture maladie universelle), de la CMUC (couverture maladie universelle complémentaire) ou de l'AME (aide médicale d'État) au risque d'encourir des poursuites disciplinaires voire judiciaires. L'article R. 4322-54 de notre Code de déontologie précise néanmoins que le pédicure-podologue peut ne pas accéder à la demande de son patient pour des motifs professionnels mais non sans lui avoir au préalable exposés et indiqué un confrère vers lequel pouvoir se tourner (lire l'article *DéCodage* dans le numéro 15 de *Repères*). Si, en effet, un défaut de compétence ou la complexité du soin à réaliser peuvent motiver le praticien à suspendre son suivi, il doit pouvoir orienter son patient sur les démarches à suivre afin d'assurer la continuité et la qualité des soins.

Le refus de soins ne constitue pas la seule discrimination dénoncée par le législateur. Les problématiques d'accessibilité sont également en jeu. Si les lois de 1975 et 1991 ont déterminé un cadre favorisant l'intégration des personnes handicapées à la société et notamment l'accessibilité à tous les services publics, celle du 11 février 2005 (n° 2005-102) pour *l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*, dote la puissance publique de moyens pour mettre effectivement en

application les conditions propices à l'accueil des personnes handicapées et à faible mobilité (personnes âgées, femmes enceintes, etc.) pour assurer les soins et le suivi dans des conditions identiques à tout autre usager. À partir du 1^{er} janvier 2015, les différents types d'établissements de santé recevant du public devront pouvoir ainsi remplir toutes conditions d'accueil et d'accessibilité (lire dans le numéro 11 de *Repères*, le dossier consacré au décryptage de la Loi).

Notre Code de déontologie rappelle également aux pédicures-podologues leur devoir de discrétion (les articles R. 4322-51 à 54) envers les patients. Toute intrusion dans la sphère privée (R. 4322-51) est ainsi dénoncée. Pour autant, le praticien doit savoir se montrer prévenant et à l'écoute de ses patients, ingrédients nécessaires à la construction d'une relation de confiance entre les deux parties. Si cela ne constitue pas un motif de refus de soin, le professionnel peut exiger de son patient une attitude et une présentation correctes (violences physiques et verbales ou hygiène déplorable peuvent constituer un motif de surseoir le déroulement de la consultation).

2- Tous les patients doivent recevoir des soins de qualité

Examiner, conseiller et soigner constituent les trois piliers de la mission du professionnel de santé ! Pour « *prodiguer des soins éclairés et conformes* » à l'état de la science, comme tout praticien, le pédicure-podologue doit sans cesse interroger sa pratique. Il peut consulter un confrère pour partager son expérience ou prendre conseil. Mais cela nécessite surtout de se tenir informé des nouvelles évolutions de sa discipline afin de réactualiser ses connaissances et sa pratique. Depuis la loi de santé publique n° 2004-806 du 9 août 2004 - art. 99 JORF 11 août 2004, l'obligation de formation continue a été étendue à toutes les professions de santé. Même si les décrets d'application ne sont pas encore parus au Journal officiel, notre Code de déontologie a repris cette obligation (article R. 4322-38) rappelant que : « *tout pédicure-podologue doit entretenir et perfectionner ses connaissances notamment en participant à des actions de formation continue et à des actions d'évaluation des pratiques professionnelles* ».

1. Cf. dossier de presse du mardi 5 octobre 2010 du Ministère chargé de la santé.

2. Ibid.

3. Lire notamment le chapitre intitulé *Devoirs envers les patients* avec les articles R. 4322-51 à R. 4322-61, p. 6-7 du Code de déontologie.

Aujourd'hui individuelle et volontaire, la démarche répond directement à l'obligation de garantir des soins de qualité à la patientèle. Par ailleurs, la loi du 9 août 2004 place de fait l'EPP (Évaluation des pratiques professionnelles) comme partie intégrante du Développement professionnel continu auquel les pédicures-podologues doivent désormais subordonner leur pratique. L'Évaluation des pratiques professionnelles, la formation professionnelle continue et la recherche d'informations pour compléter ses connaissances et sa pratique lui permettent de dispenser des soins de qualité mais aussi de répondre avec toujours plus de précision à la demande du patient.

B- Le droit à l'information

Indissociable du consentement aux soins institué par la loi du 2 mars 2002, l'obligation d'information du patient constitue la pierre angulaire de la nouvelle relation entre usagers et professionnels de santé voulue par le législateur. Seule une information claire et complète permet au patient d'exprimer en toute lucidité et responsabilité son consentement ou non. Dès lors, tout patient, informé par son praticien des risques éventuellement encourus, peut prendre la responsabilité de refuser un acte, un traitement et un examen clinique, ou même de les interrompre à tout moment. Une telle décision devra être tranchée en concertation avec le professionnel qui, prolongeant son obligation d'information, alertera son patient des conséquences et des risques de son acte et devra l'inviter à prendre conseil auprès d'un confrère (article R. 4322-55 du Code de déontologie).

La responsabilisation du patient n'est donc envisageable sans cet échange éclairé et transparent entre les deux parties, le praticien apportant son expérience professionnelle et ses connaissances scientifiques, le malade la perception au quotidien de sa pathologie.

La loi a également prévu que le patient puisse refuser d'être informé ! Mais la loi protège surtout les patients inaptes à consentir ou non à un soin du fait de leur âge, de leur condition physique ou mentale. Elle étend ainsi aux mineurs, aux adultes sous tutelles et aux personnes souffrant de troubles mentaux le droit de consentement. À ceux-là, comme pour tout usager, la loi leur reconnaît le droit de recourir à une personne de confiance qui, en accord avec le malade qui l'a choisie, assure le relais avec les corps de santé. Elle devient

l'interlocuteur loyal et responsable qui tranchera, au nom du patient et en concertation avec les personnels de santé, sur le suivi ou non des soins, des traitements et des examens cliniques proposés.

Au-delà de l'information aux patients, l'éducation thérapeutique constitue un degré supplémentaire dans la relation et l'échange avec les professionnels de santé. Comme le rappelle le rapport de l'OMS Europe, l'éducation thérapeutique des patients vise à les « aider à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. » L'aide concerne autant le patient que ses proches et entend à la fois les sensibiliser et les responsabiliser à la maladie tout en les aidant à vivre avec elle. Parmi les réflexes stimulés, celui de développer des compétences d'auto soins et d'auto surveillance. Ce dispositif est mis en œuvre par le professionnel de santé en accord et en collaboration avec son patient en respectant les principes de transparence et de lisibilité fondés sur la rigueur scientifique de l'échange.

C- L'Ordre garant de la bonne application de la Loi

En application du Code de la santé publique et de la loi du 4 mars 2002, se mettent en place également des dispositifs de défense des droits des assurés sociaux dans le cadre des institutions disciplinaires de l'Ordre.

Ainsi, lors d'un litige entre un patient et un professionnel non résolu en conciliation, la présence d'un représentant des usagers est prévue en chambre disciplinaire (voir plus loin la place des associations de patients au travers de l'entretien avec M. Christian SAOUT). Cette disposition inscrite dans le Code de la santé publique et appliquée à l'ensemble des professions de santé réglementées, n'a pas encore été suivie de nominations dans les chambres disciplinaires des pédicures-podologues.

De même, les patients peuvent se retourner contre les abus de dépassements d'honoraires et de cotations de consultations et d'appareillages auprès des sections des assurances sociales, à même de trancher et répondre à toutes dérives.

Les instances ordinaires sont également présentes pour accompagner les professionnels dans la compréhension des nouveaux règlements comme des nouveaux enjeux de la santé

interview

« Chaque année, nous enregistrons des mises en cause de responsabilité liées à des dommages corporels au cabinet »

Nicolas GOMBAULT
Directeur général
du Sou-Médical



Le Sou-Médical fait partie du groupe MACSF, mutuelle d'assurances spécialisée dans l'assurance de la responsabilité des professionnels de santé. Dès qu'un litige oppose un des 300.000 professionnels de santé (médecins, sages-femmes, infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, etc.) à un patient, le Sou-Médical prend en charge sa défense, gère toute la procédure, qu'elle soit civile, pénale, disciplinaire, amiable ou portée devant une commission régionale de conciliation et d'indemnisation (CRCI) et si le sociétaire voit sa responsabilité consacrée, paie en son lieu et place les indemnités auxquelles il a pu être condamné.

Repères : Quels sont les litiges identifiés par le Sou-Médical pour les pédicures-podologues ?

Nicolas GOMBAULT : Le Sou-Médical assure autour de 5000 pédicures-podologues en responsabilité professionnelle. En 2010, 13 mises en causes de responsabilité ont été déclarées. Parmi elles, il y a eu une plainte ordinaire et douze réclamations amiables. Parmi les plus fréquentes, il faut distinguer la critique des appareillages réalisés (confection imparfaite de semelles orthopédiques) et des soins prodigués (saignements, ongles incarnés mal traités, dossiers concernant des patients diabétiques avec des effractions cutanées, des surinfections, etc.). Chaque année, nous enregistrons des mises en cause de responsabilité liées à des dommages corporels au cabinet, et notamment des chutes (4 en 2010). Le plus souvent, il s'agit de personnes âgées ou à mobilité réduite qui, faute d'une attention suffisante du professionnel, se blessent dans son cabinet. Pour ces types de litiges, le magistrat est susceptible de retenir une responsabilité au même titre que lorsque la qualité des soins

est contestée si, en fonction d'un certain nombre de critères, il considère que le pédicure-podologue n'a pas apporté son soutien au patient. Pour ces litiges, les magistrats peuvent avoir tendance à privilégier l'indemnisation du patient, sachant que le professionnel est protégé par son assurance.

Repères : Quelle est la part des litiges de notre profession par rapport aux autres professions de santé ?

Nicolas GOMBAULT : Les pédicures-podologues ne sont pas la profession la plus exposée ! Nous enregistrons une sinistralité de 0,25 % : sur un groupe de 100 assurés, il y a statistiquement 0,25 plaintes par an, soit un taux médian au niveau des professions paramédicales.

Repères : Quelles leçons le professionnel peut-il tirer de ces indicateurs ? Quels sont ses devoirs incompressibles ?

Nicolas GOMBAULT : La responsabilité du professionnel n'est pas limitée à l'acte effectivement pratiqué : elle s'étend sur toute la période passée par le patient dans le cabinet. Il y a donc une vigilance particulière à exercer afin de garantir la sécurité des patients durant toute la durée de leur passage au cabinet. D'autre part, dès lors que le pédicure-podologue est libéral, il a une obligation d'assurance comme le rappelle la loi du 4 mars 2002. Tout professionnel libéral qui ne serait pas assuré encourt des sanctions extrêmement lourdes. Il faut donc bien veiller à être assuré ! Enfin, tout bon exercice de la profession s'effectue dans le respect des règles de compétences. Il est fondamental de ne pas excéder sa compétence légale et donc ne pas pratiquer d'actes qui ne soient autorisés.

publique. L'acronyme HPST (Hôpital, patients, santé et territoire) rappelle que la loi de 2009 est d'abord dédiée à la recherche de l'équité de traitement des usagers quel que soit le territoire. La création des agences régionales de santé ainsi que la réflexion qui est conduite localement pour mieux répartir l'offre de soins tout en encourageant les collaborations entre les professionnels de santé pour optimiser l'accueil des malades, illustrent cette approche. Elles sont relayées par les ordres de santé, médicaux et paramédicaux, qui ont fait ces

dernières années de la démographie professionnelle l'une des principales réflexions concourant à assurer le maintien de la qualité, de la sécurité et de la continuité de l'offre de soins.

II – LA LOI DU 4 MARS 2002, QUESTIONS, ENJEUX ET PERSPECTIVES

En reprenant l'adage selon lequel, la loi suit l'usage, celle du 4 mars 2002 propose une synthèse de la nouvelle relation qui s'est

construite depuis une soixantaine d'années entre les patients et les professionnels de santé. Sa promulgation s'inscrit dans un contexte à décrypter pour en comprendre le sens et les enjeux.

1- Le droit des patients, plus d'un demi-siècle d'histoire

• Retour au XX^e siècle

Il a fallu 60 ans pour que se définisse le cadre juridique et social d'une relation normalisée entre le patient et son thérapeute. Le 28 janvier 1942, la Cour de cassation reconnaissait pour la première fois le droit du malade à consentir ou non préalablement de se soumettre aux

interview

Isabelle VACARIE
Professeur à l'Université
de Paris-Ouest Nanterre
La Défense



D.R.

Repères : Quelles évolutions a suivi la jurisprudence en termes de droits des patients ?

Isabelle VACARIE : Durant l'année 2010, les arrêts de la Cour de cassation ont abondé dans le sens de la loi du 4 mars 2002. En effet, plutôt que de parler d'obligations des médecins, ils mentionnent en premier lieu les droits des patients, celui d'être soigné et celui d'être informé, et en déduisent, au regard de ces droits, les obligations du professionnel pour en tirer les conséquences quant à la réparation de la violation d'un droit. Avant la loi de 2002, on ne raisonnait que par rapport au droit des obligations, c'est-à-dire aux droits des contrats (on cherchait si le praticien avait correctement exécuté ses obligations et, en cas de manquement, sa responsabilité était retenue). Ces arrêts s'appuient sur la loi de 2002, mais aussi sur la loi bioéthique de 1994 et encore sur le chapitre Du Statut du corps humain que lui consacre le Code civil. Tous trois inscrivent la reconnaissance et le respect des droits fondamentaux de la personne dans le cadre de la relation entre le professionnel de santé et le patient.

Mais dans le même temps, une série de dispositions prises dans le champ de l'Assurance maladie obéissent à une toute autre logique. L'obligation de dispenser des soins plus efficaces (c'est-à-dire prenant en compte le rapport coût/efficacité) réduit la décision de santé aux rapports entretenus par le praticien avec l'Assurance maladie. Les professionnels de santé sont incités, dans ce cadre, à suivre des recommandations de bonnes pratiques, élaborées par la HAS, sans se préoccuper du rapport avec le patient.

> Lire à ce sujet l'article qu'Isabelle VACARIE y a consacré dans La Revue d'économie médicale (mars 2011).

examens et aux soins. La loi du 4 mars 2002, dite aussi loi KOUCHNER, a parachevé les grands principes des droits des patients dont le cadre légal n'avait cessé de s'affiner avec le temps. Car le droit des patients est d'abord un droit fondamental, inscrit dans le préambule de la Constitution de la IV^e République (1946), se déclarant garante de la protection de la santé de tous, réaffirmé deux ans plus tard dans la Déclaration universelle des droits de l'Homme (1948). La société née de l'après-guerre se veut résolument plus solidaire, protectrice, vigilante dans sa défense des faibles. Le plan LAROQUE et la création de la Sécurité sociale illustre cette vision. Il faut attendre ensuite les années 70, pour voir le droit des patients effectivement défini. Libre choix de son praticien (loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière) qui sera renforcé par la loi de 1991 ; la défense et un accès limité des données du patient (1978), une défense accrue à l'égard des personnes acceptant d'être associées à la recherche scientifique (1988) ; à partir des années 90, à la suite des premiers grands scandales de santé publique (l'affaire du sang contaminé et la mauvaise gestion de l'épidémie de VIH, plus tard l'épidémie de la « vache folle »), la législation induit la judiciarisation de la santé : indemnisation des patients (lois de 1991 et 1993), définition d'un statut de patient avec le Livret hospitalier (lois de 1995 et 1996).

Ce mouvement est parachevé par la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 avec la création d'instances auxquelles incombent un devoir de contrôle de sécurité sanitaire : l'InVS (Institut de veille sanitaire), l'AFSSA (Agence française de sécurité sanitaire des aliments) et l'AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé).

• Les années 2000

Après des réformes de fond liées à la sécurité des patients dans le cadre général du système de santé, le tournant des années 2000 marque l'élaboration d'une législation intégrant toutes les grandes questions et les nouvelles approches du soin, de la douleur, de la responsabilité des soignants, de la fin de vie, etc. La société vieillit, et l'on peut affirmer que la loi du 4 mars 2002 est celle de la maturité qui tente de rassembler et de répondre à 60 ans de principes, de législations et d'évolution de la santé.

Si la loi KOUCHNER a notamment permis de favoriser un dialogue plus équilibré entre le professionnel de santé et le malade, cette relation continue de se construire.

interview

Alexandra FOURCADE
Responsable de la Mission usagers de l'offre de soins à la
Direction générale de l'offre de soins (DGOS) qui dépend du
Ministère du travail, de l'emploi et de la santé.
Le Dr. Alexandra FOURCADE revient sur les dernières
évolutions et actions conduites pour promouvoir
le droit des patients.



D.R.

« Le premier droit est celui d'être informé »

Repères : Quels sont les thèmes retenus par la journée de lancement de « 2011, année des patients et de leurs droits » qui s'est tenue le 4 mars dernier au Conseil économique et social ?

Alexandra FOURCADE : La journée du 4 mars a permis de dresser un inventaire des très nombreuses propositions contenues par les différents rapports rédigés à la suite des missions lancées dans le cadre de « 2011, année des patients ». Des axes stratégiques se dessinent autour de quatre questions :

- 1- Comment mobiliser les professionnels de santé en faveur des droits des usagers ?
- 2- Comment concilier droits des patients et innovations technologiques et nouvelles organisations des soins ?
- 3- Comment dynamiser la démocratie sanitaire au-delà de la faire connaître : comment faire participer effectivement les patients à la politique de santé, à travers par exemple la formation des représentants des usagers (être en capacité de participer au débat), mais aussi aux dispositifs d'indemnisation pour ceux qui sont par ailleurs salariés ?
- 4- Comment améliorer la transparence de l'information en santé, véritable réponse à la loi sur les droits des patients dont le premier droit est celui d'être bien informé pour faire un bon choix pour s'adresser au bon professionnel, au bon établissement... Quels moyens par exemple donner aux usagers pour les aider à se repérer dans les méandres des sites Internet dédiés à la santé ?

Repères: Que faut-il changer dans l'état d'esprit et dans l'organisation de l'information autour des droits des patients pour l'avenir ?

Alexandra FOURCADE : Le professionnel peut être amené à voir le droit des patients davantage dans sa dimension médico-légale, c'est-à-dire plutôt comme une menace pour sa pratique : à trop informer on prendrait un risque ! Cette défiance par rapport à un risque de contentieux n'est pas perçue comme telle par le public. Alors qu'informer sur le droit à la confidentialité fait partie intégrante du métier de tout professionnel de santé, il n'est pas dans cette logique de se poser en ambassadeur des droits du patient, souvent faute de temps mais aussi de connaissances suffisantes pour en assurer la conduite. C'est pourquoi il y a une action à mener en termes de réassurance et de formation. Cela n'existe pas en formation initiale et, en pratique, dans le cadre professionnel libéral, ils se retrouvent seuls et sans outils. Parmi les propositions issues des rapports débattus à la journée du 4 mars dernier, il y avait l'idée d'un guide pratique « Droits des patients, mode d'emploi » destiné aussi bien aux professionnels de santé qu'aux citoyens ! Mais, plus globalement, cette action d'information est à mener avec tous les acteurs de la santé. À cet égard, de par une proximité souvent plus grande avec leurs patients, les professions paramédicales seraient plus facilement en capacité d'être proactives dans la promotion des droits des patients !

Diverses lois sont venues ainsi compléter ces orientations. Celle du 9 août 2004 investit la Conférence nationale de santé (CNS) d'une mission de contrôle mais aussi d'analyse et de recherche d'amélioration. Son premier bilan, paru en 2009, autour du respect des droits collectifs et individuels des usagers, est venu conforter les dispositions prises par la loi HPST en la matière. Dans ce rapport, la CNS a notamment sensibilisé les pouvoirs publics à la nécessité de rendre plus lisibles et mieux accessibles les droits des patients et notamment de les faire mieux connaître. À cette fin, la loi HPST de 2009 a entre autres prévu une meilleure représentation des patients ainsi qu'un effort général pour faire progresser l'accès aux soins et l'autonomie des patients. Point d'encrage et de coordination des nouvelles orientations sanitaires, les agences régionales de santé (ARS) alimentent une réflexion constante sur sa bonne application. Elles reprennent notamment les conclusions présentées par la Conférence nationale de santé (CNS).

• 2011, année des patients et de leurs droits

C'est dans ce même esprit que le Ministère en charge de la santé a lancé courant 2010 une action visant à sensibiliser les citoyens sur la législation des droits des patients. « 2011, année des patients » a ainsi missionné des experts dont les propositions permettront de dégager un cadre d'actions sur les prochaines années (lire dans l'entretien avec le Dr. Alexandra FOURCADE, le rappel des grands axes finalement retenus lors de la journée du 4 mars 2011 ponctuant « 2011, année des patients et de leurs droits »).

Parmi elles, retenons l'incitation des professionnels à, d'une part, mieux connaître la législation en vigueur, mais également à s'investir auprès des patients dans un rôle d'ambassadeur de leurs droits. Le propre de ces missions est de pouvoir débattre des avancées mais aussi des contradictions, ou du moins des incompréhensions que peut soulever la nouvelle législation.

interview

« Les représentants des usagers ont tout intérêt à se rapprocher du CISS pour bénéficier de l'information et des formations qui sont mises à leur disposition »

Le Collectif Inter associatif sur la santé (CISS) représente depuis plus de 15 ans les intérêts communs à tous les usagers du système de santé et œuvre pour un accès de tous à des soins de qualité. Le CISS rassemble plus de 30 associations nationales et 22 collectifs régionaux intervenant dans le champ de la santé à partir des approches complémentaires d'associations de personnes malades et handicapées, d'associations familiales et de consommateurs. Il veille en particulier au respect des droits des malades consacrés par la loi du 4 mars 2002.

Repères : Quel est le rôle dévolu aux associations de patients par la loi de 2002 ? Quelles en sont les avancées notables pour le tissu associatif ?

Christian SAOUT : La loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé a formalisé les modalités par lesquelles a été reconnue aux associations intervenant dans le champ de la santé la capacité à représenter les usagers du système de santé. La loi a notamment créé une procédure « d'agrément en santé » qui s'impose aux associations préalablement à ce que leur soit accordé le droit à exercer cette mission de représentation.

Repères : Quelle est la place du CISS dans le paysage associatif ?

Christian SAOUT : Le CISS a une place historiquement originale dans le sens où il a été le premier collectif à proposer une réflexion transversale sur les problématiques de santé en recoupant les approches des associations de malades, de personnes handicapées, de personnes âgées, de consommateurs et de familles. Il représente certainement aujourd'hui une structure associative de référence en matière de défense des droits des usagers du système de santé et ce, d'autant plus qu'il intervient en complémentarité de la diversité des initiatives existantes : que ce soient celles portées par ses propres associations membres, ou celles - nombreuses - pouvant émerger de la part d'autres organisations et regroupements associatifs.

Repères : Quel est le rôle du CISS en général et de son président en particulier ?

Christian SAOUT : Il est d'abord d'organiser, en interne entre les associations membres, les débats autour des thématiques qui sont suivies par le collectif de façon à faire émerger des propositions communes crédibles et documentées. Il est ensuite de porter ces propositions auprès des décideurs, des relais d'opinion et de l'opinion publique en général afin de participer du mieux que nous pouvons à la réalisation de l'objectif qui sous-tend toute notre action : l'accès de tous à des soins de qualité. C'est à son président que revient, en particulier, cette double mission de synthèse et de porte-parole qui repose sur un subtil dosage de consensus et de principes militants.

Christian SAOUT
Président du Collectif
Inter associatif
sur la santé
(CISS)



D.R.

Repères : Pourquoi et comment un usager doit-il se rapprocher du CISS ?

Christian SAOUT : Le CISS est un collectif d'associations et non pas directement d'usagers qui sont plutôt amenés, le cas échéant, à contacter le collectif via leur « association d'origine ». C'est notamment le cas pour notre dispositif d'information juridique et sociale sur toutes questions en lien avec la santé, Santé Info Droits - 0 810 004 333, dont la notoriété auprès des usagers auxquels il s'adresse passe d'abord par la diffusion de l'information dans nos associations membres. En revanche, les représentants des usagers, c'est-à-dire les acteurs associatifs impliqués dans la représentation des usagers du système de santé, ont tout intérêt à se rapprocher du CISS pour bénéficier de l'information et des formations qui sont mises à leur disposition, que ce soit via des outils de communication (en ligne : extranet, listes de diffusion de courriels etc., papier : édition de nombreux guides et supports de documentation...) ou via des rencontres physiques au niveau national ou encore dans le réseau des CISS régionaux.

Repères : Dans quelles instances les associations et plus particulièrement le CISS sont-ils représentés ? Quels sont leur rôle et leur pouvoir d'influence ? Quel est leur pouvoir d'action ?

Christian SAOUT : De nombreuses instances prévoient la participation de représentants des usagers issus du monde associatif : dans celles des établissements de santé (conseils de surveillance, commissions des relations avec les usagers...), dans celles de la nouvelle gouvernance régionale de santé, dans de nombreuses agences et organismes nationaux ou encore dans les instances de l'Assurance maladie tant nationales que locales. Toutefois, il ne suffit pas de prévoir leur participation dans les textes pour qu'elle ait lieu dans des conditions appropriées : les représentants des usagers doivent pouvoir être accompagnés et formés pour exercer un quelconque pouvoir au sein de ces instances, ceci d'autant plus que dans certains cas leur voix n'est que délibérative et leur influence reposera alors d'autant plus sur leur force de conviction et leur capacité d'alerte. Deux dimensions de l'action qui reposent sur la bonne connaissance du champ dans lequel on intervient.

Il convient aussi de souligner l'importance des conditions matérielles d'exercice de leur mandat de représentation : les acteurs associatifs, très majoritairement bénévoles et eux-mêmes directement touchés par des difficultés de santé, doivent impérativement voir leurs frais de déplacement, liés à ces activités de représentation, être pris en charge si on veut réellement les voir s'impliquer durablement dans leur mission, sachant qu'il s'agit d'une condition nécessaire à l'obtention d'un certain pouvoir d'action.

2- Les grandes avancées de la Loi > Les droits individuels et collectifs des patients

• Le patient acteur du système de santé

De « malade » désignant l'état d'une personne diminuée à « patient » qui exprime sa dépendance passive au soignant, le terme d'« usager » replace le citoyen au cœur d'un dispositif dont il devient un acteur à part entière avec des droits et des devoirs.

La loi du 4 mars 2002 a changé le statut du patient qui est passé d'objet à sujet du système de santé. Elle induit en effet autonomie et responsabilité de l'usager, fondement même de la notion de « démocratie sanitaire » voulue par la Loi. En effet, la loi KOUCHNER a donné à l'usager les moyens d'agir sur la gestion de la thérapie et plus largement sur la politique de santé. À titre individuel, « *aucun acte ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans [son] consentement libre et éclairé* ». Une telle décision est indissociable du droit corollaire de pouvoir disposer d'une information libre et éclairée de son état. La loi du 4 mars 2002 insiste notamment sur l'obligation du soignant d'informer préalablement son patient des conditions, des bienfaits et de risques de toute intervention ou thérapie envisagée. Cette transparence de l'information repose notamment sur le droit d'accès, donné au patient par la Loi, à son dossier médical. Son existence est du reste très codifiée, le patient décidant seul de la diffusion ou non, partielle ou totale, d'informations le concernant à tous professionnels de santé.

De même, le choix d'une thérapie sera déterminé en concertation avec le patient, seul décideur, une fois les motifs exposés, d'engager un soin particulier. Le partage de la décision impose que le patient, une fois la décision prise, devra respecter strictement les règles établies en amont par son soignant. Ces dispositions concourent à placer le patient dans une démarche de codécision, le plaçant au cœur du système dont il devient véritablement acteur.

• Le rôle des associations de patients

Cette notion d'usagers acteurs du système de santé, au même titre que les professionnels qui s'y consacrent, a impliqué une véritable représentativité au sein des instances dont la mission est de veiller au bon respect de leurs nouveaux acquis. Les associations d'usagers

DOSSIER PATIENT

À l'image du dossier patient qui recueille et contractualise la nouvelle relation d'échanges et de confiance établie entre tous les acteurs de la santé, la loi du 4 mars 2002 installe le patient au centre du dispositif de santé. Il s'agit non seulement d'optimiser l'organisation de la chaîne de soins, mais aussi de l'impliquer comme acteur responsable du suivi de sa santé.

En cela, intégrer la rédaction du dossier patient dans ses pratiques quotidiennes, contribue aussi bien à consolider ses compétences professionnelles qu'à asseoir sa légitimité dans l'organisation globale du système de santé. Un enjeu à l'échelle des aspirations des pédicures-podologues !

les conseillent et les représentent en chaque occasion où leurs droits sont débattus. Ainsi, lors d'un litige entre un pédicure-podologue et son patient, une place est réservée aux associations dès la procédure de conciliation. Notons qu'il ne faudrait pas cantonner les associations à un rôle défensif, elles collaborent d'abord à la construction et à la rénovation du système de santé et sont ainsi présentes aux comités de direction de nombreuses instances (lire l'entretien avec Christian SAOUT, président du Collectif Inter associatif sur la santé).

CONCLUSION : UNE RELATION ÉQUILIBRÉE

Dans l'impulsion législative des deux dernières décennies visant à placer le patient au cœur du système de santé, la loi du 4 mars 2002 a joué un rôle fondateur ! Elle a cherché à rétablir l'équilibre dans la relation entre patients et soignants, en accordant davantage de responsabilités au patient et en imposant aux soignants plus de transparence de leur suivi.

Nous l'avons vu, être acteur de son parcours de soin suppose une bonne connaissance des outils et des instances mis à sa disposition. Dans l'esprit de l'initiative « 2011, année des patients et de leurs droits », l'Ordre des pédicures-podologues souhaite s'inscrire dans cette ambition d'information et d'échanges qui reste encore à construire avec la participation de tous, professionnels de santé et patients : le quotidien de notre pratique doit s'en inspirer ! ●

CONVENTION DE STAGE EN CABINET LIBÉRAL DE PÉDICURIE-PODOLOGIE

Les stages en cabinet sont, comme chacun sait, un excellent moyen d'appréhender la profession de pédicure-podologue, tant sur le plan des pratiques que sur celui de la gestion libérale. Cependant, il convient pour le praticien qui accueille le stagiaire d'être au fait de la législation, qui n'autorise pas tous les types de stages, pour ne pas risquer de mettre en cause sa responsabilité.

› Quels sont les contours et les contenus de ce type de stage ?

Dans le cadre de leur formation préparatoire au diplôme d'État de pédicure-podologue les étudiants ont la possibilité d'effectuer des stages chez des praticiens libéraux. En 1^{ère} année, l'objectif de ce stage est de faire découvrir à l'étudiant, sur le terrain, la réalité de la pédicurie-podologie.

En 3^{ème} année, il a pour but de confronter l'étudiant à la gestion libérale d'un cabinet.

› Se pose la question de savoir quel est le contenu exact des stages qu'un étudiant peut être amené à suivre dans le cadre de sa formation ?

En application du décret n° 91-1008 du 2 octobre 1991, relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'État de pédicure-podologue, l'étudiant ne peut bénéficier que de stages d'observation auprès d'un praticien.

En effet, le programme des études préparatoires au diplôme d'État de pédicure-podologue précise qu'un étudiant de 1^{ère} année a la possibilité d'effectuer un stage facultatif chez le praticien d'une durée de dix heures. En 3^{ème} année, un stage de quinze heures est prévu. L'on note également que ces stages sont **non validés**.

Par conséquent, l'esprit du législateur est clair : tout stage en cabinet avec des pratiques professionnelles n'est pas autorisé par le décret précité, autrement le législateur aurait rendu la validation de ceux-ci obligatoire. Ces stages sont donc

uniquement des stages d'imprégnation. Au cours de ces stages « passifs », le stagiaire observera le professionnel afin d'appréhender les bases de son futur exercice.

En aucun cas, il ne pourra dispenser aux patients des actes de soins ou d'appareillages, seul ou en compagnie du professionnel.

À cet effet, l'Ordre national en partenariat avec le SNIFPP a mis en place une « convention de stage chez le praticien ». Ce modèle de contrat précise la durée, les objectifs, les conditions et les modalités d'application du stage. Cette convention détaille également les droits et les obligations du praticien, du stagiaire et de l'Institut de formation. Reconnus et signés par ces derniers, cette dernière tient lieu de contrat et doit être communiquée au conseil régional compétent, par le professionnel, en application de l'article L. 4113-9 du Code de la santé publique. Seule cette convention assurera aux parties une entière sécurité juridique.

› Quelles sont les responsabilités encourues en cas de méconnaissance de ce fonctionnement ?

L'Ordre tient à mettre particulièrement en garde les professionnels qui méconnaîtraient la présente réglementation.

D'un point de vue disciplinaire...

À l'instar de ce qui est prévu pour les autres professions de santé réglementées, l'Ordre national des pédicures-podologues

regrette qu'il y ait un vide juridique en la matière.

Toutefois, il appartient à l'Ordre de préciser que tout praticien qui permettrait des mises en situations professionnelles serait poursuivi et sanctionné disciplinairement par la juridiction de l'Ordre des pédicures-podologues pour méconnaissance des règles d'exercices professionnels au motif de complicité d'exercice illégal.

L'Ordre doit veiller, avant tout, à ce qu'aucun professionnel ne mette en danger la sécurité des patients, celle de l'étudiant et la sienne.

D'un point de vue pénal...

Au vu de la législation actuelle, il apparaît clairement qu'un étudiant en pédicurie-podologie ne peut signer de telle convention sans que ne soit également engagé sa responsabilité.

Effectivement, l'exercice de la profession de pédicure-podologue, profession réglementée, nécessite la possession du diplôme d'État (ou de tout autre diplôme reconnu comme équivalent) et l'inscription au Tableau de l'Ordre. Ces deux conditions sont cumulatives, or par définition l'étudiant ne remplit aucune de ces conditions. Par conséquent, il ne peut donc exercer légalement la profession et ce, même par le biais d'un stage avec pratique chez un praticien libéral où il dispenserait un soin ou confectionnerait des orthèses sans prendre le risque d'être poursuivi pour exercice illégal de la profession.

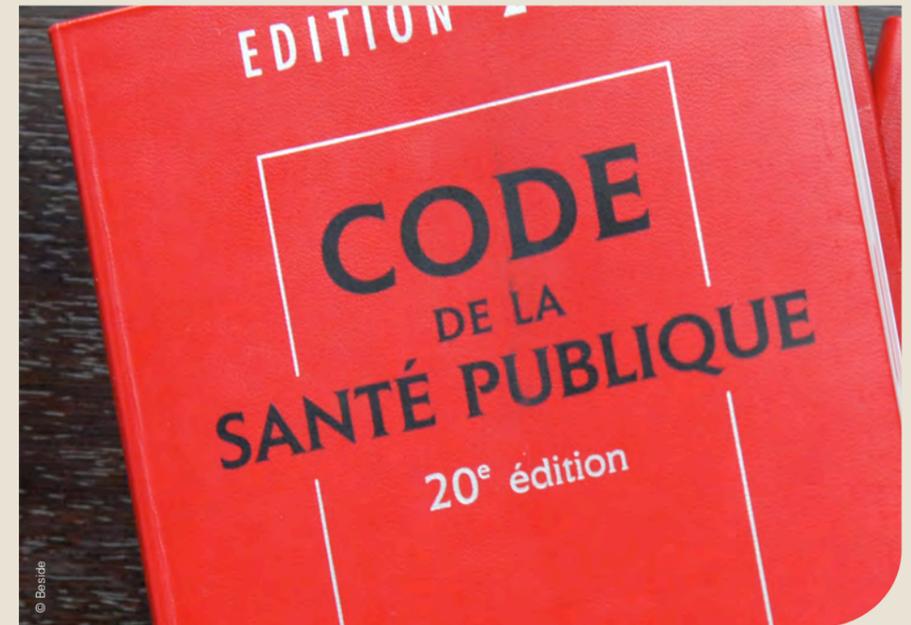
De plus, en matière de responsabilité pénale celle-ci est toujours personnelle ; ainsi le stagiaire pourra être directement poursuivi s'il a commis une infraction d'ordre pénal (ex : non respect du secret professionnel...).

D'un point de vue civil...

Si le praticien accueille en cabinet un étudiant en vue de lui permettre de pratiquer des actes relevant de la pédicurie-podologie, il engage **directement sa responsabilité civile professionnelle**.

En effet, lorsqu'il y a une phase dite « active », le stagiaire est réputé exercer ses fonctions **par délégation et sous la responsabilité du maître de stage**. Dans ce cas, la responsabilité du maître de stage est donc susceptible d'être engagée à l'occasion d'un dommage causé à un patient par le stagiaire. Le pédicure-podologue exerçant en libéral est seul et directement responsable de sa pratique professionnelle et des faits de son stagiaire.

Si le praticien accueille en cabinet un étudiant en vue de lui faire effectuer un stage d'observation, conformément au décret précité, l'étudiant reste sous l'autorité et la responsabilité de l'Institut de formation. Ainsi c'est ce dernier qui devra répondre des éventuels dommages et intérêts liés à la faute du stagiaire. ●



CONCLUSION:

Nous rappelons à chacun des signataires qu'il est essentiel de respecter très scrupuleusement l'esprit et les conditions de réalisation des stages.

› Légalement, aucune disposition ne permet ni n'autorise le pédicure-podologue et l'étudiant à transformer ce stage d'observation pure en stage d'observation avec pratique.

› Le praticien qui contrevient à cette règle encourt des sanctions civiles, disciplinaires et pénales selon les cas.

› Pour tout stage d'observation, une « convention de stage chez le praticien » doit être signée par le professionnel, l'étudiant et l'Institut de formation.

› Un double de cette convention est adressé par le professionnel à son CROPP.

› Cette convention est disponible sur le site Internet www.onpp.fr.

EXERCICE PROFESSIONNEL

“ En tant que fabricant d’orthèses plantaires, suis-je obligé de faire une déclaration à l’AFSSAPS ? „

Dans la réglementation, il est précisé que la mise sur le marché de dispositifs médicaux sur mesure (DMSM) nécessite préalablement une déclaration auprès du directeur général de l’AFSSAPS dans le cas de fabricants ou de mandataires ayant leur siège social en France. Cette déclaration est effectuée en application de l’article R. 5211-65 du Code de la santé publique selon une procédure de déclaration définie. Vous pouvez être fabricant mais aussi praticien dûment qualifié pour la réalisation de certaines orthèses : orthèses plantaires, orthoplasties, orthonyxies. À ce titre, vous devez remplir le formulaire dédié, disponible sur le site de l’Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. L’AFSSAPS met également à disposition la liste des fabricants de dispositifs médicaux sur mesure qui se sont déclarés. Cette liste permet aux professionnels de santé et aux patients de vérifier si les fabricants avec lesquels ils sont en relation remplissent leurs obligations réglementaires de déclaration.

“ En possession de mon diplôme d’État français, puis-je exercer dans un pays de l’Union européenne ? „

Le diplôme d’État de pédicure-podologue est reconnu au niveau Bac +2 conformément aux accords de Bologne du 25 mai 1998. L’intégration du programme de formation initiale dans le système LMD (licence, master, doctorat) amènera, après officialisation, une reconnaissance au niveau Bac +3. Actuellement avec le DE de pédicure-podologue, vous avez la possibilité

d’exercer dans un autre pays européen, mais votre diplôme ne sera pas automatiquement reconnu en fonction des pays. En Angleterre, par exemple, la SOCAP (organisme régulateur de la profession) et le Ministère de la santé anglais exigeront une remise à niveau et/ou une formation complémentaire pour exercer. Il en sera de même en Espagne. La Belgique et l’Allemagne a contrario n’auront pas d’exigence particulière. Mais attention, vous ne pourrez exercer que dans le respect des compétences reconnues à la profession dans le pays d’accueil.

“ Existe-il des passerelles entre les différentes formations des professions médicales ? „

Les textes actuels prévoient la possibilité à toutes les professions paramédicales d’accéder à la 2^{ème} année d’études d’une autre profession paramédicale, sous réserve d’avoir validé les examens de passage en seconde année. Mais dans la réalité, cette possibilité semble peu accessible, étant donné que le professionnel n’a pas eu accès à la formation de base. En effet, il semble illusoire de pouvoir accéder en seconde année de pédicure-podologie alors que l’on n’a assisté à aucuns travaux pratiques "Soins" (orthonyxies, orthoplasties, orthèses plantaires...), sans parler des cours théoriques (anatomie approfondie, biomécanique).

“ Quel est le niveau universitaire reconnu pour le diplôme d’État et puis-je bénéficier d’une Validation des acquis de l’expérience (VAE) ? „

Vis-à-vis de l’université, le diplôme d’État de pédicure-podologue est reconnu de niveau Bac +2. Toutefois, certaines universités acceptent de lui donner une équivalence Bac +3,

notons l’exemple de l’université de la méditerranée et l’École de podologie de Marseille qui viennent d’ouvrir (2010) une formation niveau Master (Bac +5) ouverte aux pédicures-podologues. Concernant la VAE, elle n’est actuellement pas en place pour notre profession et il faudra attendre l’accomplissement du travail engagé par les services du Ministère de la santé sur la réingénierie du diplôme d’État, auquel participe activement l’ONPP pour que celle-ci soit rendu possible.

“ Puis-je recevoir un don d’une personne à qui j’ai prodigué des soins durant la maladie dont elle est morte ? „

Non, Il s’agit là de l’application de l’article 909 du Code civil. Les membres des professions médicales et de la pharmacie, ainsi que les auxiliaires médicaux qui ont prodigué des soins à une personne pendant la maladie dont elle meurt ne peuvent profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires qu’elle aurait faites en leur faveur pendant le cours de celle-ci. Les mandataires judiciaires à la protection des majeurs et les personnes morales, au nom desquelles ils exercent leurs fonctions, ne peuvent pareillement profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires que les personnes dont ils assurent la protection auraient faites en leur faveur, quelle que soit la date de la libéralité.

Sont exceptées :

- 1° Les dispositions rémunératoires faites à titre particulier, eu égard aux facultés du disposant et aux services rendus ;
- 2° Les dispositions universelles, dans le cas de parenté jusqu’au quatrième degré inclusivement, pourvu toutefois que le décédé n’ait pas d’héritiers en ligne directe ; à moins que celui au profit de qui la disposition a été faite ne soit lui-même du nombre de ces héritiers.