



**P. 5**  
en régions  
**ONDPS**  
**COMITÉ RÉGIONAL**  
**AUVERGNE**



**P. 6**  
missions  
**1<sup>ER</sup> LIVRET DE**  
**RECOMMANDATIONS**



**P. 17**  
déCodage  
**CONDITIONS**  
**D'EXERCICE**

**P. 18**  
juridique  
**RESPONSABILITÉ**  
**PROFESSIONNELLE**

## dossier

**DÉMOGRAPHIE PROFESSIONNELLE**

# ALERTE SUR UN DÉSÉQUILIBRE MENAÇANT

La démographie professionnelle constitue un sujet d'inquiétude pour l'avenir de la profession et celui de nos professionnels. Au rythme actuel de progression et en tenant compte des données démographiques fiables désormais à sa disposition, l'Ordre estime l'installation entre 2012 et 2042 à près de 19 000 nouveaux pédicures-podologues, sans nouvelle ouverture d'institut de formation. Nullement compensé par les départs à la retraite ou les cessations volontaires d'activité, cet afflux massif devrait engendrer un accroissement de 12 500 professionnels, soit plus du double de ceux en exercice aujourd'hui! Phénomène aggravant, la situation se manifeste inégalement à l'échelle des régions et des départements!

© Getty Images

**L**a démographie professionnelle permet de disposer d'un indicateur du bon équilibre des professions de santé dont la mission de service public vise à répondre aux besoins identifiés de la santé. À ce titre, la réflexion sur la démographie fait partie intégrante des responsabilités ordinales en matière de régulation de la profession.

Les données longtemps peu fiables en limitaient l'analyse: désormais, le Tableau de l'Ordre et PODEMO, logiciel de cartographie démographique dont le CNOPP a fait l'acquisition [voir Dossier « Un nouvel outil au service des pédicures-podologues », Repères n° 14], permet de rendre concrètes des évolutions jusqu'alors perçues

empiriquement. En effet, dès la création de l'Ordre, les analyses démographiques laissaient apparaître un certain nombre de déséquilibres, au premier rang desquels la trop forte progression du nombre de praticiens et de cabinets associée à leur inégale répartition à l'échelle du territoire français. Aujourd'hui, la tendance, loin de s'inverser, connaît une phase d'accélération. Les chiffres parlent d'eux-mêmes! La jeunesse de la profession, le recul de l'âge du départ à la retraite, l'accroissement du nombre de diplômés concomitants à l'ouverture de nouveaux instituts de formation et l'arrivée de diplômés étrangers expliquent en grande partie cette évolution.

**SUITE P. 8**



© G. Fernet/Beaude

Chères consœurs,  
Chers confrères,

Jeunes diplômés 2011 qui allez nous rejoindre, recevez nos sincères félicitations. Vous allez être prochainement accueillis par les conseils régionaux

pour votre inscription au Tableau de l'Ordre. En rejoignant notre institution avec toute l'ambition et l'audace que l'on peut attendre des forces vives, vous représentez ceux qui demain devront conduire, dynamiser et mettre en valeur notre profession.

Si votre futur lieu d'installation n'est pas encore déterminé, je vous invite à lire avec attention le dossier de ce numéro de Repères, qui a pour thème la démographie professionnelle. Non pour vous inquiéter ou vous dissuader de réaliser vos projets, mais bien pour vous proposer un éclairage ciblé sur la situation actuelle de notre profession afin de faire le bon choix pour la future implantation de votre cabinet. Parfois comme vous pourrez le constater, il existe des déséquilibres marqués sur le territoire français avec des zones sinistrées manquant cruellement de praticiens et des zones saturées, particulièrement dans les grandes villes.

Comme le montre ce dossier, les professionnels en exercice vont être de plus en plus nombreux au cours des prochaines décennies si une volonté politique de la profession et de l'État ne se concrétise pas rapidement (quotas, numerus clausus...). En l'absence de celle-ci, la profession dans son ensemble va se trouver en danger. Une régulation des professionnels et une répartition géographique plus homogène s'imposent à court terme.

L'été est parfois également l'occasion d'engager des travaux ou de réfléchir aux investissements à faire pour améliorer la qualité d'accueil et d'exercice au sein de son cabinet. Alors, ne manquez pas de lire les premières Recommandations de pratiques professionnelles éditées par notre Ordre et portant sur Le plateau technique tel qu'il doit être à minima. Présentées dans ces pages, elles sont accessibles sur demande ou via notre site Internet.

Je vous souhaite à tous, au nom de tous les membres du Conseil national et de nos conseils régionaux, un très bel été.

Bernard BARBOTTIN

## actualités

### ► Informations médicales dans les structures coordonnées de soins

Le 29 mars 2011, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a sollicité la participation de tous les ordres professionnels de santé et de différents organismes : Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé), Fédération française des maisons et pôles de santé, regroupement national des organisations gestionnaires des centres de santé, Union nationale des professionnels de santé, Union nationale des réseaux de santé.

### La réunion de travail était centrée notamment sur deux thèmes :

#### Présentation du contexte et des objectifs du groupe de travail :

Le contexte actuel s'inscrit dans une attention accrue à l'offre de soins de premier recours (la loi HPST : procédure allégée d'ouverture des centres de santé, déploiement des structures de soins coordonnées de premier recours) pour une meilleure prise en charge (projet de santé témoignant d'un exercice coordonné). Un premier constat permet néanmoins de relever que la prise en charge des exercices coordonnés suppose un partage des informations médicales qui nécessite des outils adaptés (création par l'ASIP d'un cahier des charges définissant un système d'information ciblé pour les centres, maisons et pôles de santé) et une réglementation adaptée. Or la réglementation actuelle est insuffisante sur le partage de l'information et sur la question plus générale de l'information médicale dans les structures coordonnées (responsabilité de la garde du dossier médical, délais de conservation du dossier, sort en cas de cessation d'activité...).

Les objectifs du groupe de travail sont nombreux :

#### Faire évoluer les conditions de partage et de gestion des informations médicales dans une triple perspective :

Répondre aux besoins et attentes des professionnels tout en respectant les droits des usagers et dans un souci d'harmonisation des principes en prenant en considération, notamment, les différents modes d'exercice et les enseignements tirés de la réflexion du DMP (Dossier médical personnel). **Favoriser l'appropriation, par les usagers et les professionnels de leurs droits et devoirs.** Ces objectifs auront pour finalité de produire des textes législatifs et réglementaires et de fournir des outils pédagogiques et informatifs à l'attention des usagers et des professionnels.

#### Définition des modalités d'organisation du travail :

Compte tenu du nombre de participants, il a été proposé au groupe de travail de constituer trois sous groupes, à mettre en place successivement. Ces sous groupes de travail ont pour thèmes respectifs : le partage des données, la responsabilité de la garde et de la confidentialité de l'information, le sort des dossiers en cas de départ du professionnel, de la cessation d'activité d'un professionnel ou de la fermeture de la structure

ainsi que l'hébergement des données chez un tiers et la durée de conservation des dossiers et l'accès des personnes à leurs données.

### ► Hébergement des données de santé

Le décret n° 2011-246 du 4 mars 2011 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel sur support papier et modifiant le Code de la santé publique modifie les dispositions en matière d'hébergement de données de santé à caractère personnel sur support papier et vise à en permettre l'externalisation auprès d'un hébergeur agréé. Cet encadrement juridique ne concerne que les professionnels de santé exerçant au sein des établissements de santé. Il est regrettable que celui-ci ne s'applique pas aux professionnels libéraux.

### ► Détermination des conditions d'affiliation à titre obligatoire des conjoints collaborateurs au régime d'assurance invalidité décès de leur conjoint professionnel libéral

La loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises a rendu obligatoire l'affiliation des conjoints collaborateurs des professionnels libéraux à leurs régimes d'assurance décès et invalidité sans pour autant régler les modalités d'adaptation de ces régimes aux spécificités des activités exercées par des conjoints collaborateurs qui ne disposaient donc pas dans les faits de couverture pour le risque invalidité-décès.

Pour remédier à cette situation, l'article 62 de la loi n° 2009-1646 de financement de la sécurité sociale pour 2010 du 24 décembre 2009 renvoie à des décrets les modalités d'adaptation des cotisations et des prestations invalidité-décès pour les conjoints collaborateurs des professionnels libéraux.

Un décret n° 2011-699 du 20 juin 2011 relatif aux régimes d'assurance invalidité-décès des professionnels libéraux et de leurs conjoints collaborateurs, fixe **les conditions d'affiliation à titre obligatoire** des conjoints collaborateurs au régime d'assurance invalidité de leur conjoint **professionnel libéral** (publication au JO du 22 juin 2011).

Pour notre profession, les modalités d'adaptation des cotisations et des prestations se traduisent de la manière suivante : « La cotisation du conjoint collaborateur est égale au quart ou à la moitié de la cotisation dont est redevable le professionnel libéral. Les prestations versées au conjoint collaborateur sont égales, selon la fraction retenue pour le calcul de ses cotisations, au quart ou à la moitié de celles prévues pour le conjoint professionnel libéral. Le choix de la fraction retenue pour le calcul de la cotisation définit

à l'alinéa précédent est effectué par le conjoint collaborateur et communiqué par écrit à la Caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes au plus tard deux mois suivant son affiliation. Si aucun choix de cotisation n'est effectué, la cotisation est égale au quart de celle due par le professionnel libéral. Ce choix s'applique pour la première fois aux cotisations dues au titre de l'année d'affiliation et des deux années civiles suivantes. Sauf demande contraire du conjoint collaborateur effectuée par écrit au plus tard un mois avant la fin de la dernière année civile considérée, ce choix est reconduit pour une période de trois ans renouvelable dans les mêmes conditions. »

Ces dispositions sont entrées en vigueur le 23 juin 2011.

### ► Référentiel formation

Le Haut Conseil des professions paramédicales, lors de sa séance du 3 mai dernier, a donné un avis favorable aux projets de décret et d'arrêté relatifs au diplôme d'État de pédicure-podologue, fruits du travail du groupe d'études sur la réingénierie auquel l'Ordre a pleinement contribué depuis de nombreux mois. Une réunion le 21 juin à la DGOS a permis de fixer les conditions de mise en œuvre du référentiel formation des pédicures-podologues et de fixer à la rentrée de septembre 2012 la mise en place de ce nouveau programme de formation. Le dossier de notre prochain Repères sera largement consacré à ce thème.

### ► Prise en charge des orthèses plantaires\*

Depuis le 2 mai 2011, la prise en charge des orthèses plantaires n'est plus que de 60 % (au lieu de 65 %) du tarif de responsabilité de la sécurité sociale qui lui ne change pas.

- orthèse plantaire au-dessous du 28 : 12,94 euros,
- du 28 au 37 : 14,02 euros,
- au-dessus du 37 : 14,43 euros

Cette baisse concerne tous les dispositifs médicaux (pansements, seringues, prothèses...) et avait été programmée dans la LFSS 2011 (loi de financement de la sécurité sociale).

\* Arrêté du 18 mars 2011 relatif à la participation de l'assuré prévue au I de l'article L. 322-2 du Code de la sécurité sociale paru au JO n° 0071 du 25 mars 2011.

### ► Accès à la formation : l'Ordre défend sa position auprès des instances politiques responsables

62 % des étudiants en pédicurie-podologie sont formés à Paris... qu'à cela ne tienne, un nouvel



institut de formation a reçu du Conseil régional de l'Île-de-France son autorisation d'ouverture sans tenir compte ni de la démographie nationale professionnelle, de sa répartition sur le territoire, des besoins de la population vis-à-vis de l'offre de soins et encore moins de la paupérisation d'une profession déjà en surnombre. Sur ce sujet l'Ordre a saisi plusieurs fois le Ministère de la santé et a été reçu le 31 mars par Madame Clara DE BORT, conseillère technique en charge des professions de santé au Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Madame DE BORT nous a confirmé que l'entière responsabilité des décisions relève dorénavant des conseils régionaux. Suite à sa demande, l'Ordre national des pédicures-podologues sera reçu à l'Association des régions de France par Madame Monique IBORRA, vice-présidente du Conseil régional Midi-Pyrénées mais également en charge de l'emploi et de la formation professionnelle. L'ONPP compte bien expliquer la situation de la profession sur la base explicite de l'analyse démographique de la profession (présentée dans le dossier de ce numéro de Repères) et défendre à nouveau l'idée d'un numerus clausus ou d'un quota instauré pour notre profession à l'instar des autres professions de santé réglementées. Demain, nos jeunes diplômés sont en droit de pouvoir vivre de leur métier !

### › L'ONPP reçoit la délégation de l'Ordre des podiatres du Québec

Du 20 au 24 juin, l'ONPP a reçu le docteur Charles FAUCHER, président, le docteur Benoit GAGNÉ, administrateur, le docteur Nathalie DESCHAMPS, podiatre, et Monsieur Jean TANGUAY, directeur général de l'Ordre des podiatres du Québec. Ce premier contact avait pour objectif de considérer la faisabilité ou non d'un arrangement en vue de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles (ARM), selon la procédure commune prévue à l'Entente France-Québec, souhaitée par le Premier ministre québécois, Jean CHAREST et le président français, Nicolas SARKOZY. L'objectif de cette Entente est de faciliter les procédures d'échanges de professionnels entre le Québec et la France et de nombreuses professions de santé ont récemment signé leur ARM (les médecins, les sages-femmes, les infirmières, les pharmaciens, les masseurs-kinésithérapeutes...). À cette occasion, l'Ordre a organisé la visite d'un institut de formation - l'EFOM, dont l'ensemble des activités a été certifié ISO 9001-2008 -, la visite d'un laboratoire de biomécanique à l'Unité de formation et de recherche (UFR) Sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS) de Reims

et enfin celle d'un cabinet de pédicure-podologie afin qu'ils puissent se faire une idée concrète de la pratique française.



De ce premier échange, il a été conclu que les champs d'études de compétence et de pratique de nos deux pays, ont des différences majeures. Les podiatres québécois - 4 années d'études - sont formés notamment en pharmacologie à la prescription per os, à la prescription et à l'interprétation de toute l'imagerie médicale et à la chirurgie du pied, bien loin de la pratique française qui prend de plus en plus de retard, il faut malheureusement le reconnaître, au regard des autres pays internationaux et même européens... L'évolution de notre décret d'actes est, depuis sa création, une autre mission prioritaire de notre instance ordinaire.

### › Attention : fraude à l'annuaire !

Soyez très vigilant : actuellement, certains professionnels reçoivent par courrier un bulletin d'adhésion au Répertoire des sociétés et des indépendants (RSI). Il est indéniable qu'il entretient volontairement la confusion avec le sigle RSI - régime social des indépendants (RSI). Il ne faut en aucun cas retourner le coupon et payer les 652 euros demandés ! Il s'agit d'un document frauduleux. Il est impératif d'être très attentif à la réception de ces formulaires avec demande de renseignements, vérification des coordonnées de l'entreprise ou du professionnel, la plupart du temps les prix d'insertion sont exorbitants, l'émetteur a souvent une adresse basée à l'étranger... La signature de tels documents constitue un acte contractuel de droit privé et sa validité devra être contestée sur le fondement d'un consentement donné par erreur, de publicité mensongère, ou de nature à induire en erreur. Les poursuites sont donc possibles mais que de désagréments pouvant être évités....

## OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LE COMITÉ RÉGIONAL AUVERGNE

En juillet 2010 naissait l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé (ONDPS), auprès du Ministère chargé de la santé. Quelles sont ses missions et comment son action se décline-t-elle en région ? Pierre Niemczynski, représentant du Conseil Régional de l'Ordre des Pédicures-Podologues de la région Auvergne à la délégation régionale de l'Observatoire, nous l'explique.

L'ONDPS, créé auprès du Ministère chargé de la santé, a pour mission première de rassembler et de diffuser les données relatives à la démographie des professionnels de santé et à l'accès aux soins. Les observations sont bien sûr quantitatives mais aussi qualitatives puisqu'on s'intéresse à l'implantation des professionnels sur le territoire, à leurs modes d'exercice et à l'évolution de leurs métiers. Par ailleurs, l'ONDPS ne se résume pas à sa qualité d'observateur, il joue aussi un

rôle prospectif. Il apporte d'abord l'appui méthodologique pour la production harmonisée de données et d'indicateurs et contribue à leur analyse. Il est chargé de proposer le nombre et la répartition des effectifs de professionnels de santé à former, par profession et par spécialité, par région ou subdivision. En bout de chaîne, l'ONDPS transmet le fruit de ses travaux aux Ministères chargés de la santé et de l'enseignement. Au niveau régional, il transmet ses travaux d'observation, d'études et de prospectives aux divers organes de

formation - facultés et instituts. L'objectif est donc l'amélioration des connaissances des conditions d'exercice des professionnels, de leur répartition géographique et la recherche des réponses à apporter aux besoins de santé de la population, dans le cadre des différents modes d'accès aux soins. Pour mener à bien ses missions, l'ONDPS est organisé en comités régionaux chapeautés par un Conseil d'orientation national. ●

## interview

**Pierre NIEMCZYNSKI**  
président du Conseil régional de l'Ordre  
des pédicures-podologues Auvergne.  
Membre du Comité régional Auvergne de l'ONDPS.



### REPÈRES: Comment s'organise le Comité régional Auvergne de l'ONDPS ?

**Pierre NIEMCZYNSKI:** La première réunion du Comité régional Auvergne de l'ONDPS s'est tenue en mars dernier. Nous nous sommes rassemblés sous la direction de l'Agence régionale de santé. Je représentais l'Ordre des pédicures-podologues aux côtés de représentants des autres professions de santé, des usagers, de la Fédération des établissements hospitaliers et des organes de formation. Il est prévu que nous rejoignons, dès leur création, les unions régionales des professionnels de santé (URPS). Lors de cette réunion de mise en place, nous avons passé en revue toutes les professions afin d'obtenir une photographie aussi fidèle que possible des problématiques de la Région Auvergne.

### REPÈRES: Quel premier bilan avez-vous dressé ?

**Pierre NIEMCZYNSKI:** Les observations dans notre région ont confirmé une faible densité des professionnels de santé, en général. Dans le cas des pédicures-podologues, cela s'explique en partie par l'absence d'institut de formation en Auvergne, mais aussi par des questions

d'infrastructures régionales. Les Comités régionaux s'appliquent à identifier les besoins et à formuler des propositions d'effectifs par profession. Les travaux et propositions de chaque comité sont transmis aux Ministères chargés de la santé et de l'enseignement et aux organes de formation de la région concernée. À mon sens, il serait judicieux de les transmettre aux instituts de formation de l'ensemble du territoire afin de favoriser une meilleure répartition des professionnels à l'échelle nationale et d'inciter les nouveaux diplômés à s'installer dans les régions victimes de désertification professionnelle.

### REPÈRES: Comment la profession s'intègre-t-elle aux débats ?

**Pierre NIEMCZYNSKI:** Ces réunions sont aussi une occasion supplémentaire de représenter notre profession auprès de l'Agence régionale de santé. Il me semble que nous ne sommes pas assez présents dans ce type de réunion, ou du moins pas à la hauteur de nos compétences. Nous souffrons d'une vision obsolète de nos pratiques. Les responsabilités que nous assumons depuis plusieurs années, dans le domaine de la prise en charge et

de la prévention des risques lésionnels du pied des patients diabétiques, des patients artéritiques, la prévention des risques de chutes du sujet âgé, l'apport de soulagement chez le patient rhumatologique, et plus récemment la prise en charge d'effets secondaires de certains traitements oncologiques avec les syndromes « mains-pieds », sont très mal connues. Ceci n'est pas la faute « des autres », mais bien de notre ressort. Nous devons montrer, certes avec humilité, ce dont nous sommes capables et montrer que nous souhaitons apporter notre « pierre » dans les problèmes de santé publique.

Nous n'étions pas invités à la première réunion concernant la Plate-forme d'aide aux professionnels de santé (PAPS). Suite à un courrier que j'ai adressé au directeur de l'ARS, nous avons participé à la seconde réunion. Il est capital que la profession trouve sa place dans les projets régionaux de santé publique et notamment dans le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) ; c'est l'un de mes combats prioritaires pour la région ; je pense qu'il doit l'être tout autant pour mes collègues des autres régions.

## RECOMMANDATIONS DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN PÉDICURIE-PODOLOGIE PARUTION DU PREMIER LIVRET SUR LE THÈME DU PLATEAU TECHNIQUE

*Le plateau technique est le premier-né d'une série de livrets de Recommandations de pratiques professionnelles en pédicurie-podologie. L'Ordre souhaite encourager et participer au développement de publications scientifiques ou apparentées qui manquent cruellement à la profession. Ce livret a vocation à servir de référentiel sur le sujet et s'adresse à tous les praticiens qui souhaitent remettre en question et améliorer leurs connaissances et leur pratique, ainsi qu'aux étudiants en pédicurie-podologie.*

Comme le soulignent Yves MATILLON et Hervé MAISONNEUVE, « la qualité passe par le respect d'exigences préétablies et par la conformité des pratiques à des référentiels ». <sup>1</sup> C'est dans cette optique que l'Ordre des pédicures-podologues propose à ses praticiens ce premier livret, d'une gamme amenée à s'étendre, intitulée *Recommandations de pratiques professionnelles en pédicurie-podologie*.

Il répond et précise en détails les objectifs définis au sein de l'article R.4322-77 de notre Code de déontologie : « Tout pédicure-podologue doit, pour exercer (...), bénéficier (...) d'un matériel technique suffisant pour recevoir et soigner les patients et, en cas d'exécution d'orthèses et autres appareillages podologiques (...) d'un local distinct et d'un matériel approprié. »

Hormis l'aspect logistique, ce premier livret a été réalisé par un groupe de travail indépendant de l'Ordre afin de garantir autant que possible le suivi des règles méthodologiques proposées par la Haute Autorité de santé (HAS) et utilisées par les sociétés savantes des différentes disciplines médicales.

Il a nécessité les actions conjointes d'un groupe promoteur, d'un groupe de travail et d'un groupe de lecture. Le rôle du groupe promoteur a été, d'une part, de rechercher et choisir les membres des groupes de travail et de lecture et, d'autre part, d'édicter les questions auxquelles devait répondre le groupe de travail :

1. "Quel est l'agencement type d'un cabinet de pédicurie-podologie ?" abordant les notions de confidentialité, accueil, exécution d'orthèses, zone de stérilisation, patientèles valide et handicapée, mise aux normes.
2. "Quel est le matériel technique nécessaire au pédicure-podologue ?" portant sur l'exercice de l'activité de soins et l'exercice de l'examen clinique.
3. "Quelle est l'hygiène à respecter pour la tenue du cabinet ?" concernant les matériaux de revêtement, le mobilier, les aménagements et l'entretien des locaux.
4. "Quelles sont les règles d'hygiène et d'asepsie à respecter pour la réalisation des actes techniques ?" : traitant de l'hygiène de base, l'antisepsie de la peau, les accidents exposant au sang, la gestion des déchets et la gestion des dispositifs médicaux.

Enfin, sont disponibles en annexes : un lexique, les procédures standardisées de friction des mains et de lavage des mains au savon et la conduite à tenir en cas d'accident exposant au sang. Ce livret se veut avant tout pratique. Il est très axé sur le soin en pédicurie. Le plateau technique aux normes et répondant aux critères impératifs d'agencement, de technicité et d'hygiène est, dans un premier temps, volontairement décliné à minima. Il est appelé à évoluer à moyen terme.



Comme le rappelle Bernard BARBOTTIN, président du Conseil national de l'Ordre des pédicures-podologues : « ce livret est un référentiel qui s'inscrit dans l'objectif permanent de l'Ordre d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, de reconnaissance de la profession et de son rôle en santé publique. » ●

### pour en savoir plus

Vous pouvez télécharger ces recommandations sur le site Internet de l'Ordre : [www.onpp.fr](http://www.onpp.fr) rubrique « publications », ou recevoir le livret imprimé (dans la limite des stocks disponibles) en faisant la demande auprès du Conseil national.

1. L'évaluation en santé, Flammarion, 2007.

## PARTENARIAT ÉTAT/ORDRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ PROTOCOLE NATIONAL POUR LA SÉCURITÉ DES PROFESSIONS DE SANTÉ

Devant la hausse des agressions à l'encontre des professionnels de santé, les ministres de l'intérieur, de la justice et de la santé ont signé, le 20 avril 2011, avec les présidents des sept ordres de santé, un nouveau Protocole national de sécurité des professions de santé. C'est un grand pas pour notre profession qui est particulièrement exposée : profession majoritairement féminine, dont les actes ne sont pas remboursés et dont les soins sont dispensés en cabinet et à domicile.

Le protocole nouvellement signé étend les mesures de sécurité à toutes les professions de santé et, notamment, aux professionnels libéraux. Il est amené à se décliner sur l'ensemble du territoire, sous l'égide des préfets et des procureurs de la République, par le biais des Agences régionales de santé, des relais professionnels, des forces de police et de gendarmerie. ●

### LES AVANCÉES CONCRÈTES DU PROTOCOLE :

- Un référent-sûreté destiné à la réalisation de diagnostics de sécurité.
- Les procédures de dépôts de plainte simplifiées (sur place ou sur rendez-vous.)
- Un guide pratique pour aider le professionnel à améliorer sa sécurité.
- Une relation renforcée entre les services locaux de police et les instances territoriales des ordres de santé.
- Une incitation, auprès des municipalités, à la mise en place de vidéo-surveillance aux abords des cabinets.

### interview

« La lutte contre l'insécurité exige d'acquérir une véritable culture de sûreté. »

**Bertrand MICHELIN**  
Inspecteur général de la police nationale.  
Coordination des dispositifs de sécurité des professions exposées.



**REPÈRES: Qu'entend-on par profession exposée ?**

**Bertrand MICHELIN :** Ce sont les professions qui, du fait de la nature de leur activité, sont plus exposées que d'autres aux risques de malveillance, de violences et de délinquance. Elles regroupent des activités commerciales telles que les bijoutiers, les débitants de tabac, mais également les professions de santé.

**REPÈRES: Comment est né ce protocole ?**

**Bertrand MICHELIN :** En 2005, a été créé l'observatoire national des violences en milieu hospitalier. En août de la même année a été signé, un protocole entre le Ministère de l'intérieur et celui de la santé qui concernait uniquement la sécurité en établissement hospitalier. Le Ministère de la justice est devenu cosignataire de ce protocole étendu à l'ensemble des établissements de santé, publics ou privés, en juin 2010. Dans le même temps était exprimée une demande forte d'intégrer à ce dispositif les professionnels de santé libéraux. Un travail a été mené

en concertation avec le Comité de liaison inter-ordres (CLIO Santé), au sein duquel je suis intervenu à plusieurs reprises pour évoquer ce projet.

**REPÈRES: En quoi consiste concrètement ce partenariat ?**

**Bertrand MICHELIN :** Avant tout, on ne peut être efficace, dans la lutte contre l'insécurité, que si l'on travaille ensemble. Le succès d'un partenariat nécessite des interlocuteurs clairement identifiés de part et d'autre. En l'occurrence, dans les services locaux de police et dans les instances territoriales des ordres. Ensuite, le protocole prévoit la mise en place d'un dispositif de prévention qui fait notamment appel aux « référents-sûreté ». Ce sont des policiers et gendarmes qui ont reçu une formation spécifique à la prévention situationnelle. Ils sont en mesure de réaliser des diagnostics de sécurité, sur place, à l'initiative du professionnel qui adressera sa demande à l'instance territoriale de son ordre. Le rôle de ces référents est de repérer les vulnérabilités dans le dispositif de sécurité et de délivrer

des préconisations qui ont valeur de conseil et n'ont aucun caractère obligatoire. Les référents-sûreté sont rodés à l'exercice du diagnostic de lieux sensibles (stades, gares, établissements scolaires, centres commerciaux, etc.) On est là dans le domaine de la prévention technique de la malveillance. La prévention, c'est aussi savoir quel comportement adopter en situations à risque. Un guide pratique, qui détaille des conseils de prévention, est en cours de finalisation. Il a été coréalisé par tous les acteurs du partenariat et aborde tous les thèmes qui concernent le professionnel de santé dans son exercice libéral : la sécurité au cabinet, la sécurité en déplacement, la sécurité à son domicile, la sécurité chez le patient (exercice à domicile.) J'ajouterais que ce protocole, dans la mesure où il vise à renforcer la sécurité des professionnels de santé, poursuit également un objectif de santé publique qui est de lutter contre la désertification professionnelle de zones réputées inhospitalières.





# DÉMOGRAPHIE PROFESSIONNELLE ALERTE SUR UN DÉSÉQUILIBRE MENAÇANT (SUITE DOSSIER)

/// Ce dossier interroge, à l'aune des situations qui caractérisent les autres professions de santé, les principes mêmes de la démographie professionnelle en matière d'accès et de sécurité des soins.

## A- L'INEXORABLE CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE DES PÉDICURES-PODOLOGUES, ÉLÉMENTS DE COMPRÉHENSION

### 1. Les chiffres de la population professionnelle, un constat sans appel ► Le coup d'accélérateur au tournant des années 2000

Pour mémoire, mais aussi pour poser les enjeux démographiques indissociables du suivi du devenir de notre profession, la première décennie de l'an 2000 aura été marquée par un fort accroissement du nombre total de pédicures-podologues : à peine plus de 7 700 au

tourant du siècle, nous approchions en 2010 les 11 000 membres. Sur la période 2007 – 2010, en quatre ans, le taux de croissance du nombre de praticiens dépasse les 11 %, là où entre 2000 et 2010, la population française n'a augmenté que de 6 %... En valeur absolue, le rapport entre les deux pourcentages est pratiquement du simple au double.

Le constat est confirmé par l'analyse des chiffres à l'échelle des régions et des départements. Considérant qu'elle occupe déjà le premier rang par le nombre de pédicures-podologues installés (près de 2 500), l'Île-de-France présente aussi la plus forte croissance en nombre de professionnels sur ces 4 dernières années (17 %). Rapportée à la croissance de la population totale de la région sur 10 ans (7 %), l'ampleur de l'augmentation est symptomatique. À l'échelon départemental, les écarts dans certains territoires peuvent

TABLEAU DU NOMBRE DE PROFESSIONNELS ET DE CABINETS

|                            | 2007   | 2008   | 2009   | 2010   |
|----------------------------|--------|--------|--------|--------|
| Professionnels en exercice | 9 724  | 10 152 | 10 558 | 10 922 |
| Cabinets                   | 10 603 | 10 949 | 11 249 | 11 491 |
| Remplaçants*               |        | 362    | 505    | 748    |
| Collaborateurs*            |        | 656    | 790    | 823    |

\* Seuls les remplaçants sont considérés sans cabinet, les collaborateurs sont comptabilisés avec cabinet.

| DÉPARTEMENTS      | TAUX DE CROISSANCE DES PÉDICURES-PODOLOGUES | TAUX DE CROISSANCE DE LA POPULATION TOTALE |
|-------------------|---|--|
| Yvelines          | 15 %  | 4 %  |
| Paris             | 14 %  | 4 %  |
| Seine-Saint-Denis | 22 %  | 9 %  |
| Seine-et-Marne    | 21 %  | 10 %                                       |

s'avérer encore plus significatifs : La Lorraine, avec 14 % d'accroissement du nombre de professionnels installés arrive juste derrière l'Île-de-France. L'exemple est d'autant plus frappant que la région connaît l'une des plus faibles croissances démographiques à l'échelle nationale (2 % sur la décennie 1999-2009). L'accroissement du nombre de pédicures-podologues est notamment remarquable en Moselle (avec un taux de croissance de 20 % entre 2007 et 2010) et dans les Vosges (14 %).

Parmi les autres régions dont la croissance du nombre des pédicures-podologues est supérieure à la moyenne nationale (11 %), citons le Limousin (14 %), la Bretagne et la Bourgogne (respectivement 13 % et 12 %). L'échelon départemental souligne une fois encore les disparités locales : le plus souvent, un ou deux des départements avec des taux de croissance très élevés expliquent le bon niveau des taux de croissance à l'échelle des régions. C'est le cas du Morbihan (19 %) et de l'Ille-et-Vilaine (14 %) en Bretagne, de la Sarthe (15 %) dans les Pays de la Loire, etc. Très souvent, les taux de la démographie professionnelle sont deux fois plus élevés que le pourcentage d'augmentation de la population totale à l'échelle du département (11 % dans le Morbihan, 6 % dans la Sarthe).

Notons enfin qu'à l'échelon régional, le taux de croissance le plus faible des pédicures-

podologues est de 6 % (en Picardie et en Aquitaine). Celui de la population totale, de -1 % (en Champagne-Ardenne qui a vu son nombre de pédicures-podologues s'accroître de 11 % sur la période 2007-2010...).

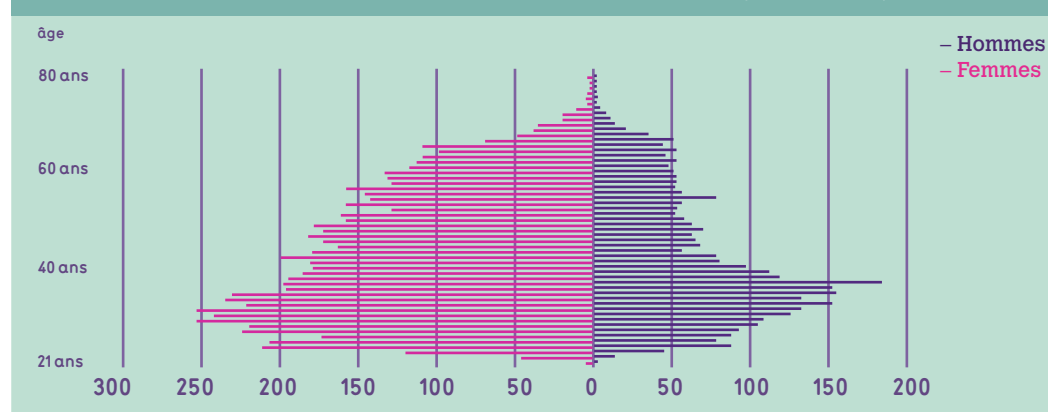
### 2. La pyramide des âges prédit l'accélération du processus

Un simple regard sur la pyramide des âges exprime les tendances démographiques fortes de notre profession. Outre l'importance du nombre de femmes, c'est davantage son accroissement naturel qui ramène à la problématique du nombre de professionnels, dont on peut imaginer qu'elle ne cesse de croître vu l'assise de la pyramide ! On peut extrapoler à partir des premières projections réalisées dans l'étude réalisée en 2005 mais aussi en s'appuyant sur la pyramide des âges : dans les 20 prochaines années, le nombre de départs sera extrêmement faible par rapport au nombre d'entrées !

### Une croissance démographique professionnelle semblable à celle de pays émergents...

Considérant qu'une pyramide des âges propose une photographie à un instant T d'une catégorie de population déterminée, la lecture de celle de notre profession exprime visuellement deux tendances très fortes : celle d'un étirement compact de la profession entre 22 et 62 ans et celle plus visible encore de sa très forte

PYRAMIDE DES ÂGES DES PÉDICURES-PODOLOGUES (AVRIL 2011)





### ÉVOLUTION DE LA POPULATION TOTALE PAR GROUPES D'ÂGES

(P) résultats provisoires, fin 2010, en France  
Source : INSEE, estimations de population

| ANNÉE    | POPULATION AU 1 <sup>ER</sup> JANVIER (EN MILLIERS) |                |                |                |                | PROPORTION (EN %) |                |                |
|----------|---|----------------|----------------|----------------|----------------|-------------------|----------------|----------------|
|          | MOINS DE 20 ANS                                     | DE 20 À 59 ANS | DE 60 À 64 ANS | 65 ANS OU PLUS | 75 ANS OU PLUS | MOINS DE 20 ANS   | DE 20 À 64 ANS | 65 ANS OU PLUS |
| 2001     | 15 651,1  | 32 850,6       | 2 732,4        | 9 707,3        | 4 441,9        | 25,7              | 58,4           | 15,9           |
| 2007     | 15 924,8  | 34 173,8       | 3 119,7        | 10 382,4       | 5 301,4        | 25,0              | 58,7           | 16,3           |
| 2008     | 15 948,9  | 34 134,9       | 3 397,0        | 10 481,2       | 5 438,9        | 24,9              | 58,7           | 16,4           |
| 2009 (P) | 15 959,6  | 34 100,9       | 3 648,9        | 10 613,4       | 5 554,8        | 24,8              | 58,7           | 16,5           |
| 2010 (P) | 15 968,5  | 34 063,9       | 3 885,6        | 10 750,8       | 5 671,9        | 24,7              | 58,7           | 16,6           |
| 2011 (P) | 15 984,1  | 34 024,1       | 4 122,0        | 10 896,7       | 5 775,6        | 24,6              | 58,6           | 16,8           |

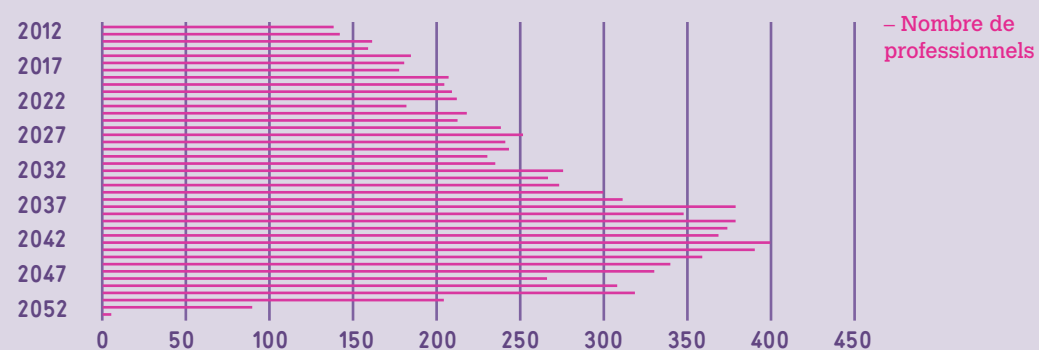
féménisation. Sur ce dernier point, on peut se reporter à l'analyse proposée dans le dossier « Un nouvel outil au service des pédicures-podologues », dans Repères N° 14 (p. 15-16). Retenons surtout que plus de la moitié des actifs ont moins de 40 ans, plus des trois quarts moins de 50. Dans ce contexte, et considérant le recul de l'âge du départ à la retraite, les espoirs de voir une décroissance du nombre de professionnels actifs semblent lointains.

Même s'il se maintenait – la tendance de ces dernières années est plutôt à la hausse – le nombre de diplômés et d'ouvertures de cabinets provoquerait l'élargissement de la pyramide sur sa hauteur, évoluant sur la tranche d'âge 25-55 ans d'un triangle à un rectangle. Hélas, cette évolution géométrique a des conséquences arithmétiques : elle annonce dans le même temps le doublement du nombre de cabinets de pédicures-podologues. À cela, il faut ajouter les professionnels étrangers, notamment européens – belges dans leur majorité – qui bénéficient, et plus encore à l'avenir, de l'ouverture des frontières. On mesure alors l'ampleur de la progression de la population des pédicures-podologues dans les trois prochaines décennies...

### ...dans un pays démographiquement vieillissant

Les prévisions de l'évolution de la population totale française, réalisées par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), auraient pu atténuer quelque peu ces risques de surpopulation professionnelle. Il prévoit en effet pour les 40 prochaines années « une hausse de 80 % en 45 ans » des plus de 59 ans (résultat et conséquence de l'élévation de l'espérance de vie et de l'arrivée des classes nombreuses des générations du baby boom). Mais cette évolution ne doit pas laisser penser qu'elle engendrera une demande satisfaisante en pédicures-podologues. Si l'on se rapporte à la structure de la population soignée par les pédicures-podologues, nul doute qu'une telle évolution devrait permettre d'accroître sa patientèle. Il n'en demeure pas moins, que d'une part, le chiffre de 80 % doit être ramené à la part totale des diverses tranches d'âges de la société française (les plus de 59 ans seront 20,8 % en 2005, 30,6 % en 2035 et 31,9 % en 2050) et que, d'autre part, il ne faille pas occulter la question d'une possible précarisation d'une population dont le financement des retraites devra être assuré par une assiette d'actifs toujours moins nombreux...

### NOMBRE DE PROFESSIONNELS SUIVANT LEUR DATE DE PRISE DE RETRAITE



### Une profession toujours plus jeune !

L'observation de la pyramide des âges du départ à la retraite des pédicures-podologues, calculé sur une base de 62 ans et demi, hommes et femmes confondus, dessine un état démographique de notre profession encore plus inquiétant. Il faudra en effet attendre 2032 pour assister à un rééquilibrage entre l'arrivée des nouveaux diplômés et les départs à la retraite. Cela signifie, que durant les deux prochaines décennies, le nombre d'entrants sera deux fois plus élevé que celui des sortants. Si après 2032, le mouvement ralentit avec un plus grand nombre de départs à la retraite, l'augmentation structurelle du nombre de pédicures-podologues constatée depuis les années 2000, ajoutée à l'ouverture des quotas d'étudiants, voire celle de nouveaux instituts, ne pourra enrayer cette évolution. Pour visualiser la part réelle d'une telle augmentation, il suffit de plaquer le calque renversé du graphique ci-avant sur sa configuration initiale... Le large rectangle obtenu confirme les prévisions démographiques d'une profession saturée !

### 3. Une inégale répartition sur le territoire

#### Des facteurs géographiques

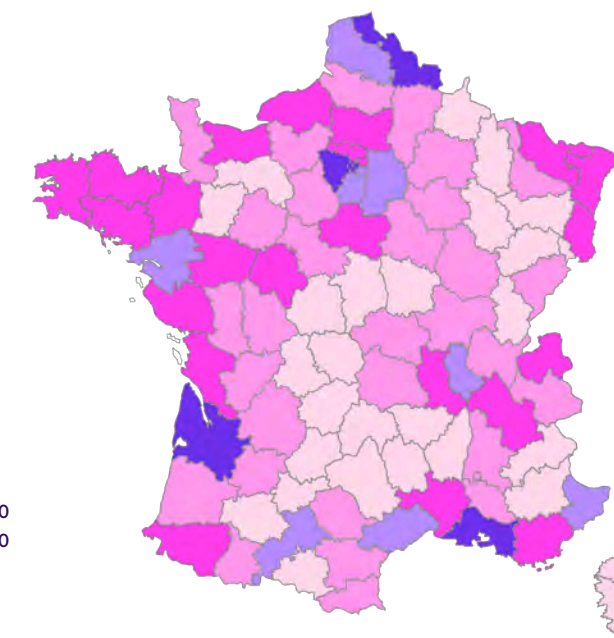
##### ► L'emprise des villes

La carte de la répartition des pédicures-podologues dans l'Hexagone met en avant le poids des grandes métropoles. L'Île-de-France autour de Paris, les régions Rhône-Alpes autour de Lyon et Nord-Pas-de-Calais autour de Lille et un tissu urbain très dense, donnent un aperçu de cette localisation concentrée. Elle se retrouve aussi à l'échelon départemental (Bordeaux en Gironde et Marseille dans les Bouches-du-Rhône, mais aussi Nantes en Loire-Atlantique, Toulouse en Haute-Garonne, Montpellier dans le Languedoc, ou encore Nice dans les Alpes-Maritimes). Notons enfin, une présence forte dans les départements limitrophes de l'Allemagne, sur le réseau urbain constitué entre Rhin et Moselle.

Les professionnels se regroupent plutôt dans les grandes villes et à proximité des littoraux, atlantique et méditerranéen, suivant en cela, la répartition traditionnelle de la population française.

##### ► Une répartition conforme aux dynamiques spatiales nationales

En superposant la carte de la répartition des pédicures-podologues dans l'Hexagone (ci-dessus) et celle des densités de la population totale (ci-contre) les deux représentations présentent de très nombreuses concordances :  
 ► la même diagonale du vide,  
 ► l'attraction pour les mêmes zones frontalières,



► Nombre de pédicures-podologues par département

Sources : PODEMO

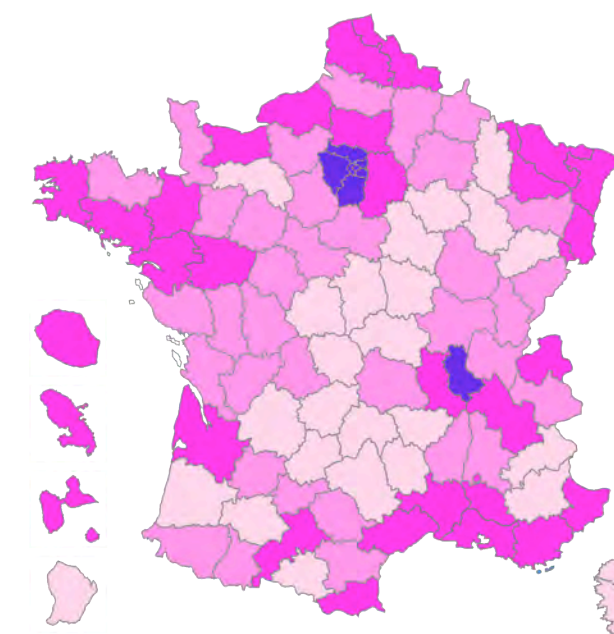
- la même polarisation sur les grandes métropoles,
- le même penchant à l'héliotropisme (sur l'arc méditerranéen comme sur le littoral atlantique).

L'échelle régionale est tout aussi probante !

#### Des facteurs professionnels structurels

##### ► Déséquilibres liés à l'implantation des instituts de formation en pédicurie-podologie

Il existe néanmoins des facteurs de localisation propres à notre profession. Si la carte de la répartition des pédicures-

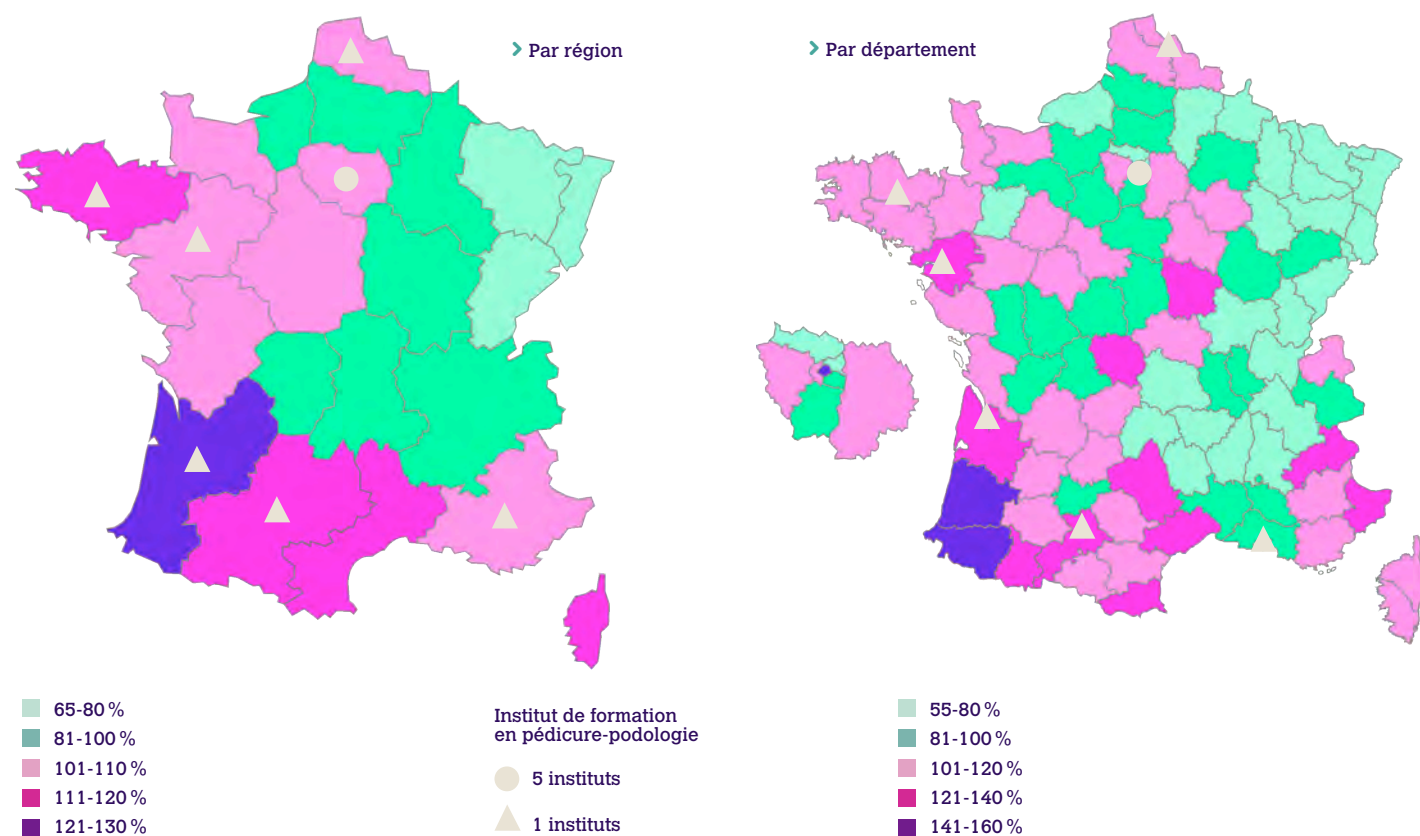


► Densité de la population française, en hab./km², par département

Sources : INSEE, dernières données disponibles

► Pourcentage de sur ou sous population professionnelle par rapport à une moyenne nationale

Sources : PODEMO



podologues semble faire la part belle aux facteurs traditionnels de la répartition spatiale de la population, certaines nuances alertent celui qui a en tête la localisation des instituts de formation en pédicurie-podologie. Il existe en effet un lien très net, que confirment les cartes régionales et départementales des zones de sous et surpeuplement de la profession, entre l'emplacement des centres de formation et la localisation de l'installation des cabinets de nos confrères. Lille, Rennes, Nantes, Bordeaux, Toulouse et Marseille dessinent une zone de forte attraction le long d'une demi-lune qui ceint la France du nord au sud en passant par l'ouest. En Provence-Alpes-Côte d'Azur, la situation est plus contrastée : de création plus récente, l'institut marseillais ne semble pas encore jouer pleinement ce rôle de cristallisation. La saturation observable dans les départements du Var et des Alpes-Maritimes est davantage encore une conséquence de l'attraction des zones chaudes et ensoleillées (héliotropisme).

À l'échelle de la région, les pédicures-podologues sont moins de 12 % à être sortis de l'institut phocéen ! 58 % viennent de la capitale et près de 10 % de Lille. Les professionnels diplômés de Bordeaux, de Toulouse ou encore de Nantes n'ont sans doute pas eu la même motivation à délaisser des contrées qui ne sont pas climatiquement hostiles...

En règle générale, les pédicures-podologues ouvrent leur cabinet dans la région de leur formation. De manière écrasante à Lille (92 %) et à Paris (93,5 %), pour moitié dans les autres régions dotées d'un institut de formation : 50 % des pédicures-podologues aquitains ont fait leurs études à l'Institut de Bordeaux, près de 54 % installés en Bretagne à celui de Rennes, 49 % installés en Midi-Pyrénées à Toulouse et 55 % installés en Pays de la Loire à Nantes.

Cet effet d'attractivité voire de cristallisation des professionnels autour de leur centre de formation d'origine dépasse le simple cadre régional. Il rayonne en effet dans les départements et les régions voisins ! À titre d'exemples, les pédicures-podologues picards ont suivi leur cursus dans le Nord-Pas-de-Calais (33 %) et en Île-de-France (64 %), ceux de Basse-Normandie en Bretagne (plus 31 %) et en Île-de-France (près de 49 %), etc. Le tableau de la répartition des installations de cabinets de pédicures-podologues en fonction de la région et des instituts de formation d'origines dessine nettement des sphères d'influence : Paris avec ses cinq instituts de formation se taille la part belle dans les régions qui n'en disposent pas et qui sont soit dans des régions périphériques (Haute et Basse-Normandie, Picardie, Champagne-Ardenne, Bourgogne et Centre) soit des zones climatiquement plus clémentes

(Rhône-Alpes et PACA). Nantes sur la Région Poitou-Charentes et le Limousin, Rennes sur la Basse-Normandie ou encore Lille sur les régions Alsace, Lorraine, Franche-Comté, Champagne-Ardenne, et Basse-Normandie.

La contrepartie de l'emprise des régions pourvues de centres de formation sur la répartition hexagonale de la population des pédicures-podologues est le renforcement des zones surpeuplées... Les cartes de la sur/sous population par région et département (ci-contre) en sont l'exacte expression !

### ► Les cabinets secondaires, une logique inversée

Seule la nécessité de répondre à un service de soins localement déclaré insuffisant peut justifier la création d'un cabinet secondaire – ouverture uniquement possible si elle respecte les normes applicables au cabinet principal. Or, il reste fréquent, que dans les régions surpeuplées, le nombre de cabinets secondaires soit bien plus élevé que dans les autres régions, et notamment celles où la densité de pédicures-podologues est faible. Ainsi, en 2010, l'Alsace regroupait 219 cabinets principaux et 39 cabinets secondaires, alors que sur des bases similaires de cabinets principaux (200), on pouvait dénombrer 90 cabinets secondaires en Basse-Normandie ! À la même période, la Région Rhône-Alpes comptait 775 cabinets principaux pour 130 cabinets secondaires, là où la Bretagne en comptait autant pour 459 cabinets principaux...

Nul doute que ces facteurs structurels, par le jeu de l'accumulation, nuisent au bon équilibre de la profession, la saturation de l'offre de soins en pédicurie-podologie sur un territoire donné pouvant entraîner une précarisation d'un certain nombre de professionnels en exercice. Un risque réel, si l'on considère que notre profession figure à l'avant-dernière place – juste devant les orthoptistes – dans l'échelle des revenus moyens annuels des professionnels de santé exerçant en secteur libéral... Prise de risque pour le professionnel, mais également pour le patient, lorsque la précarité financière pousse les moins scrupuleux d'entre nous à mettre en œuvre à minima les règles d'hygiène les plus élémentaires, notamment dans leur cabinet secondaire...

Grâce à la gestion quotidienne du Tableau de l'Ordre et au logiciel PODEMO, l'Ordre dispose d'un outil d'analyse qui l'accompagne dans sa mission de veille et de régulation démographique de la profession. Rappelons que les instances ordinales régionales relaient

l'information et qu'il est recommandé à tout professionnel désirant installer un cabinet, principal ou secondaire, de prendre connaissance auprès d'elles du contexte démographique local.

### B- NUMERUS CLAUSUS ET MEILLEURE RÉPARTITION DE L'OFFRE DE FORMATION ?

Le grand nombre de pédicures-podologues et les prévisions démographiques aggravantes pour les deux voire les trois prochaines décennies conjugués à leur inégale répartition sur le territoire national, sensibilisent depuis longtemps l'Ordre dont la mission est notamment de veiller à la bonne santé et au bon équilibre de la profession et donc, au-delà, de l'offre de soins.

Fort d'une bonne connaissance du dossier, reposant sur des données fiables et mises à jour, l'Ordre ne dispose cependant pas de tous les moyens pour agir ou seulement proposer des solutions pour enrayer cette évolution dont on a pu voir localement les effets néfastes.

### 1. Peser sur l'ouverture des instituts de formation

#### ► La création des instituts, prérogative des régions politiques

Dans le cadre des lois de décentralisation, l'État a délégué la formation et l'insertion professionnelles aux régions. Elles ont notamment compétences d'organiser et de financer les formations sanitaires et sociales. À ce titre, la décision d'ouverture d'un institut de pédicurie-podologie relève du président de région. Il n'existe pas à ce jour de procédure bien établie dans la conduite de la décision politique. Les élus régionaux sont encouragés à consulter tous les acteurs et parties prenantes du dossier. Ce n'est pas une obligation. À Paris, à la rentrée de septembre 2011, un cinquième centre de formation ouvrira ses portes sans que les instances ordinales, au niveau national et régional, n'en aient été informées. À l'inverse, le président de Basse-Normandie a consulté le CROPP de cette même région pour l'entretenir de l'éventualité d'ouvrir à Alençon un institut de formation en pédicurie-podologie. Notons qu'avec la loi HPST et la création des ARS, désormais opérationnelles depuis janvier 2011, la région est impliquée dans l'organisation d'une offre de soins cohérente à l'échelle de son territoire. C'est dans cet esprit que le président de région a étudié, et non encore statué définitivement, l'opportunité ou non de cette ouverture d'un institut à Alençon (lire les propos de Mme ROULAND, présidente du CROPP Basse-Normandie).



## interview

**Dominique ROULAND**

Présidente du CROPP Basse-Normandie, témoigne de l'action menée par les instances nationale et régionale en concertation avec le Syndicat régional des pédicures-podologues pour suspendre la procédure devant conduire à l'ouverture d'un institut de formation à Alençon. Récit et témoignage.



D.R.

**REPÈRES: Comment se sont déroulés vos échanges avec le Conseil régional?**

**Dominique ROULAND:** Il est tout d'abord très important de souligner que ces premiers résultats n'ont été obtenus que par la mobilisation de toutes les parties prenantes. À la collaboration entre instances ordinale et syndicale en région s'est ajoutée la mobilisation des professionnels eux-mêmes. Il faut également remercier le président du Conseil régional, M. BEAUVAIS, qui a pris soin de nous consulter, disposition nullement obligatoire. Cette initiative a permis nos échanges et une discussion constructive menée dans l'intérêt de la profession. Diverses réunions se sont tenues pour évaluer et présenter les motifs de notre demande.

**REPÈRES: Quels ont été les éléments présentés par le CROPP pour justifier sa demande de voir suspendre la procédure d'ouverture d'un nouvel institut de formation en pédicurie-podologie à Alençon?**

**Dominique ROULAND:** Aujourd'hui il y a, en Basse-Normandie, un cabinet pour 5 082 habitants, soit une proportion équivalant à la Bretagne (5 014 pédicures-podologues pour un habitant) et supérieure aux Pays de la Loire (un professionnel pour 5 121 habitants), régions pourtant dotées d'instituts de formation. La forte densité de professionnels est notamment liée à la forte proportion de cabinets secondaires: 39% par rapport aux cabinets principaux, soit 16 points de plus que la moyenne nationale (23%). Le maillage territorial est donc largement assuré, et les habitants de la région ne souffrent d'aucune carence de soins en pédicurie-podologie.

Or, dans le même temps, l'accroissement global du nombre de pédicures-podologues gonfle chaque année les cohortes en exercice. En 2009, à l'échelle nationale 637 inscriptions au Tableau de l'Ordre ont été enregistrées pour 204 cessations d'activité soit une population en augmentation de 430 professionnels, dont 5 pour la seule région de Basse-Normandie.

Cet accroissement vient menacer l'équilibre économique de nos professionnels. En 2008, sur la région Basse-Normandie, le revenu net fiscal moyen était de 23 000 euros, soit un peu en dessous de la moyenne nationale (23 208 euros). Considérant que la moyenne chez nos confrères des Pays de Loire tourne autour de 21 000 euros, nous éprouvions une crainte légitime à voir s'ouvrir un institut de formation dans une région déjà largement pourvue en professionnels. Les récentes études démographiques menées par l'Ordre ont en effet mis en avant la tendance lourde de voir les pédicures-podologues s'installer à la sortie de leurs études dans les régions où ils ont effectué leurs études.

Nous avons donc sensibilisé la région à tous ces risques et l'avons alertée sur les dangers de voir dans tout le Grand Ouest un afflux de nouveaux professionnels venant fragiliser la situation déjà précaire des pédicures-podologues en exercice.

**REPÈRES: Quels enseignements tirez-vous de notre place dans le paysage des professions de santé?**

**Dominique ROULAND:** À ce jour, la décision n'est pas définitivement arrêtée. Il semble qu'elle soit davantage suspendue à l'évolution de la formation des pédicures-podologues, qui comme dans toutes autres formations paramédicales, va faire l'objet d'une redéfinition de ses contenus et s'insérer dans un cursus universitaire (type LMD). Même si la région a entendue nos préoccupations concernant la démographie professionnelle, même si nous avons rencontré à ce sujet le Conseil économique et social, la situation atypique de notre profession en la matière reste encore méconnue et donc peu prise en compte. En Basse-Normandie, le départ à la retraite de multiples professionnels de santé, notamment médecins et chirurgiens-dentistes, crée de véritables déserts dans l'offre de soins. C'est une préoccupation de tous les instants pour la sphère politique régionale à laquelle incombe désormais son organisation. Dans ce contexte, la démographie atypique des pédicures-podologues est perçue comme marginale.

**► Créer de nouveaux instituts pour équilibrer la démographie nationale?**

Comme l'illustre l'analyse cartographique (voir les cartes régionale et départementale des sous et surpopulation professionnelles), la question démographique pourrait trouver une réponse dans une meilleure répartition des cabinets à l'échelon national. Situation caricaturale mais néanmoins symptomatique, en France, 62% des pédicures-podologues sont formés à Paris *intra muros* qui ne représente que 3% de la population totale! De la même façon, les régions où le nombre de cabinets est le plus faible, lorsqu'il n'est pas insuffisant, sont celles

qui n'abritent pas de centre de formation. Dans le même temps, la croissance démographique explosive interroge sur une réduction des effectifs étudiants dans un secteur qui rencontre un important succès auprès des jeunes.

En s'appuyant sur les informations tirées de PODEMO et en renforçant la concertation avec les parties prenantes (instances ordinale et syndicales, instituts de formation, professionnels et organismes régionaux de santé, élus régionaux et leurs services, etc.), le rééquilibrage territorial de l'offre de formation doit être débattu.

## interview

**Martine BURDILLAT**

Secrétaire générale de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS). Instance de promotion, de synthèse et de diffusion des connaissances relatives à la démographie et à la formation des professions de santé, l'ONDPS accompagne les professionnels de santé sur l'analyse des conditions d'exercice et de l'évolution de leurs métiers.



D.R.

**REPÈRES: Quelles sont les grandes problématiques de la démographie des professionnels de santé dans le contexte du vieillissement accéléré et programmé de la population française?**

**Martine BURDILLAT:** Avec l'allongement de l'espérance de vie et l'arrivée massive de classes pleines à la retraite, la part des personnes âgées s'accroît fortement. Ce processus de vieillissement touche également les professions de santé et plus particulièrement les médecins (penser que près de 40% d'entre eux, en activité, ont plus de 55 ans!). La durée des études de médecine impose un temps de latence, puisqu'il faut attendre 12 ans pour qu'un médecin soit formé et entre sur le marché du travail. L'élévation du *numerus clausus* ne peut donc constituer un levier d'ajustement des effectifs rapidement efficace pour les médecins, à la différence des professions paramédicales dont la moyenne de durée des études se situe entre 3 et 5 ans.

Le vieillissement de la population est un argument souvent mis en avant par les professionnels de santé pour justifier l'accroissement des demandes de soins et par conséquent celui des praticiens (médecins et paramédicaux). D'autres considérations doivent être prises en compte à côté des bouleversements démographiques pour réfléchir aux besoins de professionnels de santé. Les objectifs de santé publique interviennent d'abord, comme par exemple le développement de la prévention, une meilleure observance des traitements, un accès plus égalitaire aux soins... Des évolutions sociétales interviennent également et doivent accompagner notre réflexion. De nombreuses études ou enquêtes attirent notre attention sur des changements de comportements des professionnels de santé plus jeunes, qui semblent souhaiter concilier, différemment de leurs aînés, vie familiale et vie professionnelle, et exercer leur métier de façon plus collective.

**REPÈRES: Quelles sont les réponses et les propositions de l'ONDPS?**

**Martine BURDILLAT:** L'ONDPS analyse la démographie en lien avec les besoins de prise en charge des soins et porte son attention sur la question des modalités les plus pertinentes. Nous constatons, par exemple que notre système de santé est très médico-centré! Les médecins réalisent un grand nombre d'actes pour certains desquels ils sont surqualifiés. Dans un certain nombre de pays de la communauté européenne, les auxiliaires médicaux prennent en charge beaucoup plus d'actes qu'en France aujourd'hui. La question de la démographie professionnelle ne peut être analysée de la même manière selon que la prise en charge des personnes âgées relève exclusivement des médecins ou selon qu'elle est assumée, sous contrôle médical, par les différents professionnels de santé en fonction de leurs spécialités et compétences. Il s'agit de rechercher des modalités de prises en charge des patients et

des pathologies qui permettent un meilleur équilibre entre les diverses parties prenantes de la santé et de sa préservation.

**REPÈRES: Et d'un point de vue géographique? Comment trouver un équilibre entre vieillissement et répartition de l'offre de soins?**

**Martine BURDILLAT:** Si l'on estime que le vieillissement nécessite une augmentation du nombre des professionnels de santé, il faut aussi que ceux-ci soient présents là où les personnes âgées sont installées (notamment dans les zones rurales où elles sont plus nombreuses). La question des trop faibles ou trop fortes densités de professionnels de santé est relative à leur répartition sur le territoire. Dans l'esprit de la mission de santé publique assurée par les professionnels de santé, il est cohérent qu'ils s'installent là où existe une demande de soins spécifique. La question de la répartition est au cœur des problématiques autour desquelles travaille l'ensemble des professions de santé.

**REPÈRES: Quelles sont les enjeux de cette répartition?**

**Martine BURDILLAT:** Pour toutes les professions de santé, les densités sont plus élevées là où il y a des CHU, des hôpitaux et les instituts de formation, en partie parce qu'ils sont localisés dans les villes métropoles. C'est à proximité du lieu où ils ont suivi leur cursus que les praticiens effectuent leurs premiers stages, se constituent leur réseau et finissent par s'installer! Ce processus se traduit mécaniquement par des inégalités de répartition de l'offre de soins, même au sein d'une région disposant d'un institut de formation. Si on ajoute à cela que toutes les zones n'offrent pas une chalandise suffisante au développement d'une activité économiquement viable pour certains d'entre eux, au rang desquels, les chirurgiens-dentistes et les pédicures-podologues, on comprend que la question d'une bonne répartition reste complexe.

**REPÈRES: Quelles régulations sont envisageables?**

**Martine BURDILLAT:** Le lien fort qui est observé entre lieu de formation et lieu d'installation ou d'exercice pose la question des créations d'instituts et de leur localisation. On pourrait envisager dans les régions déficitaires et dépourvues de centre de formation, l'ouverture de lieux de stage ou de séminaires dans le cadre universitaire. C'est un mouvement que l'ONDPS envisage positivement et qui pourrait, de surcroît, favoriser un décloisonnement des professions de santé dont les formations sont aujourd'hui très autocentrées, ce qui ne permet pas la connaissance réciproque des différents métiers et de leurs apports. Une telle organisation limite les chances de voir des professionnels de santé de formations différentes travailler ensemble! Il faut sans doute multiplier les occasions d'organiser une convergence entre les différents acteurs de la santé. Cela peut se développer dans le cadre universitaire ou dans celui des maisons de santé, lieu qui répond par excellence à la



## INTERVIEW MARTINE BURDILLAT (SUITE)

double problématique de l'organisation des soins sur le territoire et de l'efficacité des activités des professionnels.

On peut enfin prendre acte que l'ouverture d'un institut de formation relève de plusieurs décideurs. Mais il semble légitime que les préoccupations de santé publique soient parties prenantes et influencent les décisions qui sont prises. À cette fin, elles devraient être précédées d'une réflexion globale sur l'offre de soins dans un territoire donné. Il n'est pas imaginable, dans un autre ordre d'idées, de décider de l'ouverture d'une maison de santé sans que la présence d'un médecin prescripteur soit assurée au préalable. Une maison de santé comme un institut de formation ne sont pas de simples équipements publics ! Toute décision de ce type devrait certainement s'appuyer sur un diagnostic partagé

de la réalité locale, associant les différents points de vue. Un dialogue devrait s'organiser plus systématiquement entre les différents acteurs locaux et nationaux (professionnels de santé, instances ordinaires, élus locaux, ARS, représentants des patients, etc.). La mise en place d'un cahier des charges de la décision qui identifie les acteurs locaux et qui incite au dialogue et aux échanges serait certainement de nature à favoriser ce travail. Toutes les forces et les acteurs existent effectivement au niveau de la région pour qu'un cahier des charges de bonnes pratiques en matière d'échanges et de réflexion puisse voir le jour et contribuer à une régulation territoriale de la formation des professionnels de santé, adaptée aux besoins de santé de la population.

Cette régulation dont l'Ordre se fait l'apôtre, pourrait sans modifier les effectifs actuels, permettre à minima d'en ralentir le flux. La réalisation de cet objectif peut passer par l'instauration d'un *numerus clausus* à l'entrée des instituts de formation.

### 2. Numerus clausus en question

La pratique du *numerus clausus* est courante dans les professions de santé mais n'existe pas dans la nôtre. Les instituts de formation des pédicures-podologues doivent en revanche respecter les quotas fixés par la région au moment de l'autorisation d'ouverture. Il s'agit en réalité d'agrément techniques visant à garantir la sécurité et l'accueil des étudiants dans les locaux où sont dispensées les formations. Ils sont, actuellement, 530 étudiants par année – redoublants non comptabilisés – dont 210 pour les instituts de province. Ce chiffre sera porté à 575 avec l'ouverture de la nouvelle école parisienne - l'AFREP - implantée à l'Hôpital Fernand Widal.

La démographie professionnelle est une préoccupation partagée par l'ensemble des professions de santé. Si on retrouve un certain nombre de caractéristiques communes, notamment en termes de répartition et de densité professionnelles sur le territoire, aussi bien à l'échelle régionale que départementale (la cartographie des médecins libéraux, comme des chirurgiens-dentistes, ou encore des masseurs-kinésithérapeutes et des pharmaciens d'officines, est très proche de celle des pédicures-podologues). Il existe en revanche un point sur lequel notre profession se distingue d'une grande partie des autres praticiens de santé : une surreprésentation globale qui tend à s'accroître dangereusement et durablement. Comparée à la situation de la majorité des professionnels de santé, la situation des pédicures-podologues apparaît en négatif. Cette différence joue en sa défaveur.

Alors que beaucoup de professions de santé souhaiteraient sortir ou du moins desserrer la contrainte du *numerus clausus*, nos instances ordinaires voient dans son application une réponse à la situation démographique qui fragilise la profession...

La prérogative donnée aux régions de décider de l'ouverture des instituts de formation constitue un premier frein à l'instauration d'un *numerus clausus* qui n'aurait de sens que s'il était appliqué à l'échelle nationale, en toute connaissance de la situation des cabinets et de la demande de soins. Si l'exemple d'Alençon exprime une avancée dans la réflexion qui doit être menée par toutes les parties prenantes, il sous-estime les logiques d'harmonisation nationale de répartition qui demanderait une coordination interrégionale. Une fois encore, le caractère atypique de la démographie de notre profession et la méconnaissance des acteurs de la santé sur le sujet, illustrent la nécessité de prolonger les échanges en vue d'harmoniser l'offre de soins des pédicures-podologues.

### CONCLUSION :

**Au terme de cette étude sur la démographie de notre profession, certains opposeront quelques inconnues qui peuvent infléchir l'inquiétude induite par les chiffres. Replacée dans le contexte national, la démographie professionnelle peut trouver dans le vieillissement programmé de la société française, des éléments propres à la rassurer. Elle n'en demeure pas moins préoccupante.**

**Le sujet, aussi complexe que crucial, requiert une prise de conscience : les premières conclusions de ce dossier doivent contribuer à sensibiliser tous les acteurs mais aussi à poser le socle d'une réflexion qui puisse être lancée rapidement en vue de trouver des réponses permettant de défendre les intérêts de la profession.**

## CONDITIONS D'EXERCICE

# FOCUS SUR LES OBLIGATIONS DU PROFESSIONNEL

**L'article 77 de notre Code de déontologie stipule que tout pédicure-podologue qui souhaite exercer, à titre individuel ou en association est contraint de respecter des règles de comportement et de pratique, d'une part, d'installation et d'équipement, d'autre part. Ces règles concernent le local professionnel et le matériel technique, mais aussi le respect des droits du patient et les conditions de dispense des soins. Nous examinerons d'abord, dans ce numéro de Repères, les règles qui encadrent le professionnel dans sa relation avec le patient. Nous aborderons, dans le prochain numéro, celles qui régissent le cabinet du professionnel.**

**L**e comportement et la pratique dépendent, dans une large mesure, de la personnalité du professionnel et de son libre-arbitre ; toutefois, il existe quelques règles qui doivent être respectées quant à la qualité et la sécurité des soins, le devoir d'information, l'accueil du patient ainsi que la confidentialité.

Avant tout, rappelons que l'exercice du pédicure-podologue s'inscrit dans une mission de santé publique. Cela signifie en premier lieu que tout patient doit disposer d'un égal accès aux soins, sans restriction, limitation ni exclusion, quels que soient 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 des soins.

### Formation continue, Évaluation et Recommandations de pratiques professionnelles

Ensuite, toujours dans le cadre de sa mission de santé publique, le professionnel doit être particulièrement vigilant aux questions de qualité et de sécurité des soins. Afin de prodiguer des soins éclairés et conformes à l'état de la science, le praticien doit sans cesse remettre en cause sa pratique. Cela passe, par exemple, par l'interrogation de confrères, mais aussi nécessité de se tenir informé des nouvelles évolutions de sa discipline afin de réactualiser ses connaissances et sa pratique.

Le Développement professionnel continu répond directement à cette obligation. Dans la poursuite de cet objectif, la Loi<sup>1</sup> impose à toutes les professions de santé un devoir de formation continue.

Notre profession n'échappe pas à la règle :

« 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. »<sup>2</sup> En outre, l'Ordre national des pédicures-podologues, au titre de conseiller auprès des praticiens, établit et publie des recommandations, qui offrent une autre occasion de remettre en question et d'actualiser ses pratiques. Ces recommandations sont adoptées par les conseillers nationaux, sur proposition de la Commission éthique et déontologie, et sont disponibles sur le site Internet de l'Ordre. Celles-ci revêtent une véritable valeur juridique qui rend leur application obligatoire au même titre que les dispositions du Code de déontologie. Ainsi se déploie l'étendue des moyens dont disposent les pédicures-podologues pour garantir la qualité et la sécurité des soins tout au long de leur exercice.

### De l'information à la communication, sans passer par la publicité

Soigner ne concerne qu'une partie de l'exercice du pédicure-podologue. Il faut aussi informer. Le consentement au soin est obligatoire<sup>3</sup> et, naturellement, indissociable d'une information préalable. En effet, c'est seulement sur la base d'une information claire et complète que le patient peut ou non donner son consentement. Sauf dans des cas bien précis : la Loi autorise les patients à refuser d'être informés, mais surtout, elle protège les patients incapables à consentir ou non à un soin du fait de leur âge, de leur condition physique ou mentale. Ceux-ci peuvent recourir à une personne de confiance pour assurer le relais avec le corps de santé.

L'information, c'est aussi l'obligation pour

le professionnel de pouvoir justifier de tous les titres dont il dispose, d'assurer la bonne tenue du dossier patient, de permettre la présentation de devis préalables aux soins et d'appliquer des politiques tarifaires transparentes.

Enfin, les règles qui régissent l'information s'étendent jusqu'au-dehors du cabinet. Les plaques professionnelles notamment, ou les sites Internet permettent au professionnel de communiquer, mais toujours dans le respect de certaines règles. Le métier de pédicure-podologue n'étant pas un commerce, sont interdits tous procédés directs ou indirects de publicité<sup>4</sup>, comme c'est d'ailleurs le cas pour toutes les professions de santé réglementées. Affiches, annonces et encarts sont à proscrire ; quant à la plaque professionnelle, elle est le seul état signalétique autorisé sur la façade du cabinet. Les informations autorisées sont les suivantes : noms, prénoms, numéros de téléphone, jours et heures de consultations, diplômes, titres et fonctions reconnues<sup>5</sup>, ainsi que la mention « semelles orthopédiques » ou « orthèses plantaires », le cas échéant. Les plaques doivent être d'une taille raisonnable et les couleurs et matériaux utilisés, classiques et discrets. Dans cette même logique, le contenu des feuilles d'ordonnances, notes d'honoraires, cartes professionnelles et cartes de visites est également réglementé<sup>6</sup>. Les insertions dans les annuaires publics, journaux municipaux et autres documents destinés au public ne doivent mentionner que les noms, prénoms, adresse professionnelle, numéros de téléphone et de télécopie professionnels ; elles doivent être gratuites, toute insertion payante étant considérée comme une publicité<sup>7</sup> et donc, à ce titre, interdite.

Enfin, sur Internet, le pédicure-podologue peut proposer de l'information, à condition qu'elle soit fiable, pertinente et qu'elle ne puisse pas être assimilée à de la publicité. Le nom du site ne doit pas prêter à confusion ; il est recommandé de ne pas utiliser de noms de domaines en .com, qui sont réservés aux activités commerciales. L'ergonomie du site ne peut être racoleuse. L'identification du ou des praticiens doit être précisée avec clarté, la mention du numéro d'inscription au Tableau de l'Ordre est exigée. Lors de la création, il est recommandé de transmettre le projet de site à l'Ordre qui vérifiera son caractère non publicitaire, l'absence de compérage<sup>8</sup>, de mention dénaturant la profession<sup>9</sup>, ou de caution commerciale<sup>10</sup> et enfin toute tentative de détourner une clientèle<sup>11</sup>.

## Respect et confidentialité dus au patient

En plus d'assurer la qualité et la sécurité des soins, de veiller à délivrer une information claire et fidèle aux exigences déontologiques, le praticien doit se soucier de respecter la

dignité et l'intimité du patient. Ces règles concernent l'accueil et la confidentialité à l'égard de ce dernier. Le professionnel doit avoir en toute circonstance une attitude correcte, attentive et compatissante envers le patient et sa famille, respecter leur intimité et leur dignité. Il doit de plus se refuser à s'immiscer dans les affaires personnelles ou familiales de son patient sans raisons professionnelles<sup>12</sup>. Le respect de la dignité et de l'intimité du patient, c'est aussi celui du secret professionnel par le praticien, bien sûr, mais aussi par toute personne qui l'assiste. Ces dernières doivent donc être informées de cette obligation. En pratique, cette clause de confidentialité doit être mentionnée oralement lors de l'entretien d'embauche de tout personnel salarié du cabinet et figurer dans un contrat de travail signé<sup>13</sup>.

Le pédicure-podologue doit veiller au respect de l'ensemble de ces règles dans l'exercice de sa profession. Elles encadrent, comme nous l'avons vu, le professionnel dans sa relation avec le patient.

Nous verrons, dans le prochain numéro de Repères, le pendant de ces obligations qui régissent le cabinet du professionnel à proprement parler, c'est-à-dire les conditions d'exercice relevant du local professionnel et de l'équipement matériel. Rappelons que l'exercice d'un professionnel peut être contrôlé à tout moment par son Conseil régional de l'Ordre des pédicures-podologues ; à ce devoir de contrôle, l'Ordre préfère celui de conseiller. Les CROPP se tiennent donc à votre entière disposition pour lever vos interrogations. ●

1. Loi de santé publique n°2004-806 du 9 août 2004 – art 99 JORF 11 août 2004.
2. Code de déontologie des pédicures-podologues, article R. 4322-38.
3. Loi du 2 mars 2002. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dite loi "KOUCHNER"
4. Code de déontologie des pédicures-podologues, articles R. 4322-39.
5. Code de déontologie des pédicures-podologues, articles R. 4322-74.
6. Code de déontologie des pédicures-podologues, articles R. 4322-71.
7. Charte éthique et déontologique applicable aux sites Internet des pédicures-podologues.
8. Code de déontologie des pédicures-podologues, articles R. 4322-42.
9. Code de déontologie des pédicures-podologues, articles R. 4322-36.
10. Code de déontologie des pédicures-podologues, articles R. 4322-45.
11. Code de déontologie des pédicures-podologues, articles R. 4322-64.
12. Code de déontologie des pédicures-podologues, articles R. 4322-51 et R. 4322-53.
13. Code de déontologie des pédicures-podologues, article R. 4322-35.

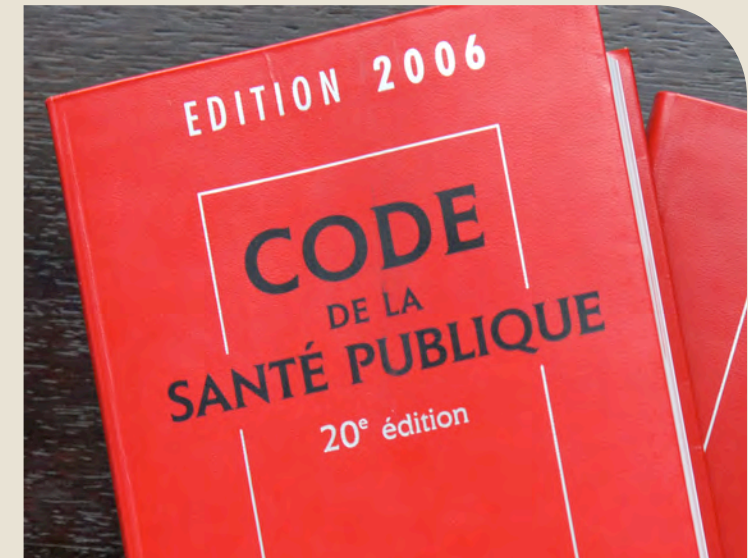
la situation et permettre d'évaluer les dommages subis : dossier médical, courrier du médecin, ordonnances, arrêt de travail... La commission compétente est celle dans le ressort duquel a été effectué l'acte dommageable.

Toutefois, cette procédure de règlement amiable comporte certaines restrictions. En effet, cette CRCI n'est compétente que pour les dommages excédant un seuil de gravité. Bien que toute personne s'estimant victime d'un dommage imputable à un acte médical puisse saisir les CRCI, **la compétence de ces dernières est conditionnée, dans le cadre de la procédure de règlement amiable, à une certaine gravité du préjudice subi.**

En effet, l'article L. 1142-8 du Code de la santé publique indique que la CRCI ne doit rendre un avis que dans l'hypothèse où "*les dommages subis présentent un caractère de gravité prévu au II de l'article L. 1142-1*", l'article R. 1142-15 du Code de la santé publique précisant alors nettement que, dans le cas contraire, la commission doit se déclarer incompétente.

La procédure de règlement amiable n'est donc, de fait, ouverte qu'aux victimes présentant un dommage excédant le seuil de gravité requis par la loi. La loi du 4 mars 2002 avait fixé ce seuil de gravité par référence à un "*taux d'incapacité permanente supérieur à un pourcentage d'un barème spécifique*", précisant que ce taux "*au plus égal à 25 %*" serait déterminé par un décret ultérieur (Code de la santé publique, art. L. 1142-1-II). Le seuil ainsi retenu avait fait l'objet de vives critiques, car il avait été démontré qu'il conduisait à exclure plus de 95 % des victimes du nouveau dispositif mis en place par la Loi.

Le décret d'application du 4 avril 2003 adopté en application des dispositions susvisées, a toutefois modifié pour partie les données du problème. Alors que la loi semblait en effet fixer le seuil de gravité par seule référence à un taux d'IPP (incapacité permanente partielle) égal à 25 %, le décret a adopté d'autres dispositions. Celui-ci a tout d'abord modifié très légèrement le pourcentage prévu par la Loi pour le ramener à 24 %. Il a surtout infléchi les critères



de gravité, en marginalisant l'importance du taux d'IPP. Au terme des nouvelles dispositions, en effet, le seuil mentionné à l'article L. 1142-1, II du Code de la santé publique est constitué, non seulement lorsque la victime est atteinte d'une IPP de 24 %, mais également en cas d'ITT (incapacité temporaire de travail) de plus de six mois, et à titre exceptionnel, en cas d'incapacité définitive à exercer l'activité professionnelle antérieure, ou lorsque l'accident médical a occasionné "*des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans ses conditions d'existence*". Les critères ainsi retenus semblent favorables aux victimes, car ils permettront sans doute un accès plus large à la procédure de règlement amiable, ainsi qu'à l'indemnisation au titre de la solidarité nationale.

Ainsi en cas d'incident, le patient peut tout à fait saisir la CRCI compétente d'une demande. Celle-ci appréciera en fonction des pièces justificatives fournies la recevabilité ou non de cette demande au regard du seuil de gravité du dommage. Et en cas de recevabilité de la demande, l'avantage premier de cette procédure est sa rapidité. En effet, dans les six mois de sa saisine et après avoir demandé une expertise médicale, la commission rend un avis et le transmet à l'assureur du professionnel. Une offre d'indemnisation doit être faite au plaignant dans les quatre mois qui suivent l'avis.

## 3. Une troisième solution s'offre au patient : Saisine de la juridiction de droit commun

Le patient peut décider d'agir directement devant les tribunaux de droit commun, sans recherche préalable d'une indemnisation de ses préjudices dans le cadre de la procédure de règlement amiable. Toutefois avant d'entamer une action judiciaire, toujours très longue et coûteuse, il est important d'en mesurer les chances de succès. Il convient de conseiller au patient de s'adresser à une association ou un avocat spécialisé dans la défense des victimes d'accidents corporels. L'une et l'autre auront des rôles similaires de conseil et d'aide pendant la première phase : la constitution du dossier et l'évaluation de l'affaire.

## 4. La commission de conciliation auprès du CROPP

La procédure de règlement amiable mise en place par la loi du 4 mars 2002 ne présente aucun caractère obligatoire pour le patient, qui reste libre, à tout moment, de demander l'indemnisation de ses préjudices dans un cadre juridictionnel. Toutefois, bien que la commission de conciliation ne puisse statuer sur une éventuelle indemnité financière, le patient peut souhaiter la saisine de la juridiction disciplinaire à l'encontre du professionnel. La saisine de la juridiction disciplinaire et la saisine d'une juridiction de droit commun peuvent être cumulatives. ●

## RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE LE DÉDOMMAGEMENT FINANCIER EXIGIBLE PAR LE PATIENT

**En cas de faute commise par un professionnel envers un patient, celui-ci est en mesure de demander un dédommagement financier. Quelles procédures existent, du règlement amiable à la saisine des tribunaux, et comment se déroulent-elles ? Tour d'horizon des recours dont dispose le patient qui estime avoir été mal soigné et des réponses que peut y donner le praticien.**

**> Pour obtenir un dédommagement financier, le patient dispose de plusieurs voies possibles :**

**1. Tout d'abord, pour obtenir un dédommagement, il faut démontrer qu'il y a une faute de la part du praticien,** qu'il y a un dommage et qu'il existe une relation de cause à effet entre les deux. Dès lors que l'on estime avoir été mal soigné et qu'on en souffre, la première chose à faire est d'en parler avec le praticien concerné que l'on tient pour

responsable. Il est possible que celui-ci reconnaisse avoir commis une erreur. Dans le cas où le praticien reconnaît avoir commis une erreur, **celui-ci fait une déclaration de sinistre auprès de sa responsabilité professionnelle.**

Après examen de la situation, par son assurance, une indemnisation pourra lui être proposée. À cet effet, l'assurance fera appel à un de ses médecins-conseils qui jugera de la réalité de la faute du soignant et de l'importance du dommage subi.

**2. Second cas possible, la saisine des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (les CRCI).** Ces commissions ont pour but d'obtenir le règlement amiable des litiges opposant usagers et professionnels de santé. Elles permettent une indemnisation des victimes. La saisine de cette commission se fait par lettre recommandée au moyen d'un formulaire spécial, accompagné de la copie de tous les documents pour éclairer



## EXERCICE PROFESSIONNEL

### “L'assurance en responsabilité civile professionnelle est-elle obligatoire ?”

Oui, elle est obligatoire pour tout professionnel de santé exerçant en libéral et ce depuis la loi KOUCHNER du 4 mars 2002 sur les droits des malades, également confirmée par les articles L. 252-1 et L. 252-2 du Code des assurances, ainsi que par l'article R. 4322-78 du Code de déontologie des pédicures-podologues. En cas de manquement, le professionnel s'expose d'ailleurs à des sanctions pénales et à des sanctions disciplinaires. Cette assurance a pour objet de prendre en charge les conséquences civiles et pénales de notre responsabilité professionnelle, sachant que tout acte peut être mis en cause pendant 30 ans.

### “À quoi sert l'assurance protection juridique ?”

Il est conseillé de compléter l'assurance en responsabilité civile professionnelle par une garantie protection juridique. Celle-ci permet, grâce aux conseils de juristes, de faire valoir vos droits. Lorsque vous êtes confronté à un litige vous opposant à des tiers, vous prévenez votre assureur et le plus souvent il cherchera à le régler à l'amiable. Si cela échoue, si vous refusez la solution proposée ou si une procédure s'avère inévitable, l'assurance prend alors en charge les frais de justice et honoraires d'avocat dans la limite d'un plafond garanti.

### “Y a-t-il d'autres assurances pour le professionnel ?”

**Accident de travail, maladie professionnelle :** Cette assurance effectuée auprès de la CPAM, donne droit au remboursement, à 100% du tarif conventionnel, de frais médicaux, chirurgicaux et hospitaliers en cas d'accident du travail, à l'exclusion des indemnités de pertes de salaires.

Une rente peut être attribuée pour une invalidité permanente et reconnue. Le taux de cotisation est fixé par la CRAM sur le revenu professionnel, sans dépasser un plafond. Les cotisations sont encaissées par l'URSSAF.

#### **Complémentaire santé :**

Cette assurance intervient en complément des remboursements du régime obligatoire.

**Plan de prévoyance :** En complément des prestations (en cas de décès, d'incapacité ou d'invalidité suite à une maladie ou à un accident), il est important de pouvoir couvrir, en cas d'incapacité temporaire ou définitive, ses frais professionnels, son revenu et la protection de sa famille (rente éducation, etc.). Le plan de prévoyance individuel intervient en complément du régime obligatoire. Souscrit chez un assureur, il est nécessaire de se faire préciser que le taux d'invalidité prévu dans le contrat est bien un taux professionnel et non civil.

#### **Indemnités journalières :**

La CARPIMKO ne garantit pas les trois premiers mois d'incapacité. Ce 1<sup>er</sup> trimestre peut être comblé par des indemnités assurantielles souscrites à titre privé à partir du 3<sup>ème</sup> jour jusqu'au 90<sup>ème</sup> jour ou la CARPIMKO prend le relais.

**Invalidité :** La CARPIMKO indemnise en cas d'invalidité totale ou partielle (mais seulement dans ce second cas sous condition de ressources). Il est préférable de prévoir le handicap (qui limitera la possibilité d'exercice et donc, les revenus). Il faut bien différencier le taux d'invalidité propre à la profession de celui de la sécurité sociale.

**Décès :** Pour l'exercice en groupe, la souscription par chaque associé d'un capital en cas de décès au bénéfice des co-associés survivants, permettra à ces derniers de disposer immédiatement des fonds nécessaires pour indemniser les ayants-droit de l'associé décédé et de choisir ainsi librement le successeur.

**Retraite :** Les soucis de démographie médicale et de durée de cotisations que nous connaissons à ce jour, montrent qu'il est fortement conseillé

de se constituer un complément de retraite. Il en existe de plusieurs types: « fond de pension MADELIN », « PERP », ... Ces compléments peuvent être souscrits sous forme de capital non imposable ou dans le cadre de la loi MADELIN. Dans ce dernier cas, les versements sont alors déductibles du revenu imposable.

**Assurance vie :** Cette assurance a pour objet la constitution d'un capital par des versements libres ou réguliers. À terme, ce capital peut être converti en rente, ce qui permet de se constituer une retraite.

#### **Assurance accidents de la vie :**

Pour se protéger contre les conséquences des accidents de la vie domestique.

### “Dois-je également assurer mon cabinet professionnel ?”

Bien évidemment vous devez assurer votre cabinet, vos mobiliers et matériels professionnels.

Cette assurance intervient en cas de dommages matériels principalement, consécutifs à ce type d'évènements : incendie, tempête, explosion, dommage électrique, dégât des eaux, vol, tentative de vol et/ou acte de vandalisme, bris de glace, catastrophe naturelle, attentat.

#### **N'oubliez pas :**

##### **L'assurance perte d'exploitation :**

En effet, en cas d'interruption partielle ou totale de l'activité professionnelle et ce, à la suite d'un dommage matériel garanti, l'indemnisation de l'assureur intervient jusqu'à la reprise de l'activité dans la limite du montant souscrit sur la base de la dernière déclaration fiscale.

##### **Le véhicule professionnel :**

Dès le début d'activité, il faut déclarer à son assureur l'usage d'un véhicule utilisé à des fins professionnelles.

##### **La garantie de prêts :**

Les prêts doivent être couverts à la demande des organismes prêteurs. Le praticien peut choisir son assureur, il convient donc de comparer les prestations et les cotisations.