



P. 5
en régions
**LE CROPP
BASSE-NORMANDIE**

P. 6
missions
**ÉLÉMENTS
FINANCIERS 2010**



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



P. 19
juridique
**PARTAGE
DES LOCAUX**



dossier

RÉINGÉNIERIE DE LA FORMATION

UN NOUVEAU CURSUS POUR LES PÉDICURES- PODOLOGUES

La réforme de la formation initiale ne concerne pas uniquement les étudiants en pédicurie-podologie ! Les profondes mutations qui vont, dès la rentrée 2012, conduire à un réaménagement du déroulement des études et de l'obtention du diplôme, concerneront toute la profession. Le regard porté sur le parcours de formation de nos futurs confrères est une occasion de réfléchir à nos pratiques au même titre que les réformes en cours, dans l'organisation de la santé, nous impliquent dans la recherche commune pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

© Beside

Depuis 2008, les différentes instances représentatives de notre profession, Ordre, syndicats, associations, praticiens libéraux et salariés, formateurs et étudiants travaillent à la refonte du diplôme d'État des pédicures-podologues et à donner la première définition du métier.

L'objectif ? Répondre à la commande du Ministère de la santé qui a engagé, dans le prolongement de la Déclaration de Bologne, la réforme des formations ouvrant aux professions médicales et paramédicales. Une occasion, d'une part, de sortir de la spécificité franco-française : une podologie introvertie ne regardant pas spécifiquement vers l'avenir et les autres

pratiques à l'international et, d'autre part, d'élargir l'éventail des débouchés professionnels. Une Commission ad hoc travaille depuis lors à la réingénierie de notre diplôme. Repères présente ici les grandes étapes de la phase d'élaboration des nouveaux cursus avant la phase opérationnelle prévue pour septembre 2012. Une aventure qui ne fait que commencer !

I. POURQUOI LA RÉINGÉNIERIE ?

Difficile de poursuivre plus en avant la présentation du nouveau diplôme si l'on ne maîtrise pas le lexique des notions qui ont participé à sa définition.

SUITE P. 8



© G. Fernet/Beaude

**Chères consœurs,
Chers confrères,**

Les grands travaux de la réingénierie du diplôme d'État de pédicure-podologue s'achèvent. Entre la première réunion d'annonce des objectifs au Ministère de la santé

en décembre 2007 et la dernière en décembre 2011, quatre années de réflexion, d'échanges, de maturation d'idées et de projets se sont écoulées.

Le dossier du présent « Repères », programmé depuis 6 mois, lui est consacré, même si sa publication et sa mise en œuvre au sein des instituts de formation, prévues pour septembre 2011, ont été repoussées, à juste titre, à la demande du Ministère de l'enseignement supérieur, à la rentrée 2012. En effet, quelques unités d'enseignement doivent être ajustées pour avoir un niveau universitaire optimisé. Cela ne modifiera en rien, ni le fond, ni le contenu global du référentiel de formation.

Parmi les principaux points à souligner de cette réforme et pour aller à l'essentiel, notons que :

► L'universitarisation des études du diplôme d'État qui est délivré par le Ministère de la santé lui confère un niveau de grade licence garanti par le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Il permettra aux professionnels qui le souhaitent de poursuivre un cursus en master, voire en doctorat s'ils sont séduits par la recherche ou l'enseignement dans leur domaine de compétences ou vers d'autres domaines.

► Au cours de la formation initiale, toutes les techniques, comme du reste l'ensemble des types de dispositifs médicaux sur mesure, devront être obligatoirement développées en formation pour permettre à l'étudiant d'avoir une connaissance exhaustive des techniques auxquelles il peut avoir recours. Ainsi le risque d'un enseignement tronqué, partisan, voire limite sectaire n'est pas concevable, ni envisageable...

► Notre profession bénéficie enfin d'une définition ! (Cf. *in corpus* du dossier).

Découlant de cette réingénierie et du référentiel de formation qui sera en constante évolution, retenons que nous, les professionnels en activité, allons devoir nous remettre plus volontiers en question si nous ne voulons pas à court ou moyen terme être rapidement des « has been ». La formation tout au long de la vie est une réalité immédiate.

Remercions tous les acteurs du groupe de travail qui, par leur implication, leur expertise et leur production, vont permettre à notre profession de retrouver pour partie sa place dans l'élite de la podologie européenne en raison de l'excellence du niveau d'études et de sa totale lisibilité intra et extracommunautaire.

Reste à lever les deux ou trois derniers points, que tout un chacun connaît, avec l'Académie nationale de médecine...

Bernard BARBOTTIN

actualités

► Une loi pour réformer la loi HPST

La loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires est parue le 11 août dernier au Journal officiel.

Certaines dispositions de la loi Hôpital, patients, santé et territoires, dite « loi HPST » parue en juillet 2009, ont déclenché un fort mécontentement au sein du corps médical. En novembre 2010, le sénateur UMP Jean-Pierre FOURCADE a présenté une proposition de loi pour « compléter les moyens mis à disposition des agences régionales de santé [ARS] », renouer le contact avec les médecins libéraux et rendre applicable certaines mesures de la loi HPST... Après neuf mois de longues discussions, la « loi FOURCADE » est enfin parue au Journal officiel du 11 août dernier. Et, même si une trentaine d'articles ont été censurés par le Conseil constitutionnel, l'essentiel de la loi a été maintenu et **certaines dispositions ont une incidence directe sur la profession de pédicure-podologue.**

L'article 1^{er} concerne la création d'un nouveau type de société civile, la SISA. Cette Société interprofessionnelle de soins ambulatoires, constituée de personnes physiques exerçant une profession médicale, d'auxiliaire médical ou de pharmacien compte obligatoirement parmi ses associés au moins deux médecins et un auxiliaire médical. La SISA permet la mise en commun des moyens nécessaires à l'exercice de l'activité professionnelle des associés et/ou l'exercice en commun, par les associés, d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre professionnels de santé. La particularité est que la SISA facture elle-même les prestations de soins à l'assurance maladie et redistribue les sommes perçues entre les différents professionnels de santé libéraux exerçant au sein de la structure. En vertu de l'article L. 4041-5 du Code de la santé publique (CSP), les statuts de cette société doivent être établis par écrit et un décret en Conseil d'État reste à paraître pour déterminer les mentions figurant obligatoirement dans les statuts. On sait cependant déjà que, conformément à l'article L. 4041-7 du CSP, les statuts ainsi que les avenants sont transmis, un mois au moins avant leur enregistrement, aux ordres professionnels, aux tableaux desquels sont inscrits les associés, ainsi qu'à l'agence régionale de santé. L'enregistrement des statuts s'effectue auprès de la recette des impôts du siège de la société. Les professionnels médicaux, auxiliaires médicaux et pharmaciens associés d'une société civile professionnelle ou d'une société d'exercice libéral peuvent également être associés d'une SISA (nonobstant toute disposition législative ou réglementaire contraire).

L'article 2 clarifie le statut des maisons de santé. Celles-ci voient leur statut juridique renforcé puisqu'elles sont désormais dotées de la personnalité morale et sont

constituées entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Elles assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12. Elles peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. L'alinéa 3 de l'article L. 6323-3 du CSP rappelle que le projet de santé doit être compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2 et qu'il doit être transmis pour information à l'ARS. Si le projet de santé doit être signé par chacun des professionnels membres de la maison de santé, il peut désormais l'être également par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé.

L'article 2 de la loi aborde également la question du partage des informations dans le cadre des maisons ou des centres de santé en prévoyant que les « informations concernant une personne prise en charge par un professionnel de santé au sein d'une maison ou d'un centre de santé sont réputées confiées par la personne aux autres professionnels de santé de la structure qui la prennent en charge **sous réserve** :

- du recueil de son consentement exprès, par tout moyen, y compris sous forme dématérialisées - ce consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré selon les mêmes formes ;
- de l'adhésion des professionnels concernés au projet de santé mentionné aux articles L. 6323-1 et L. 6323-3.

La personne dûment informée, peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels de santé.

L'article 7 de la loi concerne l'intervention des professionnels de santé dans les établissements de santé (articles L. 6161-5-1, L. 6161-9 du CSP et L. 314-12 du Code de l'action sociale et des familles). L'article L. 6161-5-1 du CSP est complété par un alinéa 1 qui prévoit que les auxiliaires médicaux intervenant à titre libéral dans un établissement de santé privé autorisé à délivrer des soins au domicile de leurs patients, sont présumés ne pas être liés par un contrat de travail. Il en est de même pour les établissements de santé privés à but non lucratif qui ont été admis à participer à l'exécution d'une mission de service public hospitalier et ceux qui ont opté pour une dotation globale de financement et pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (article L. 6161-9 du CSP et article L. 314-12 du Code de l'action sociale et des familles).

L'article 11 réaffirme l'obligation pour les professionnels de santé et les centres de santé d'assurer, pour les bénéficiaires de l'assurance maladie, la transmission électronique des feuilles de soins et instaure le principe d'une sanction conventionnelle en cas de non respect.

L'article 13 prévoit l'obligation pour les professionnels de santé d'exercice libéral et pour ceux qui exercent en centres de santé d'informer le patient, avant l'exécution d'un acte, de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie. En outre, lorsque l'acte inclut la fourniture d'un dispositif médical sur mesure, l'information écrite délivrée gratuitement au patient doit comprendre, de manière dissociée, le prix de vente de l'appareil proposé et le montant des prestations de soins assurées par le praticien, ainsi que le tarif de responsabilité correspondant et, le cas échéant, en application du deuxième alinéa de l'article L. 1111-3 du CSP, le montant du dépassement facturé. Le professionnel de santé remet au patient les documents garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés. L'information écrite mentionne le ou les lieux de fabrication du dispositif médical. L'information délivrée au patient est conforme à un devis type défini par l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie, l'Union nationale des organismes d'Assurance maladie complémentaire et les organisations représentatives des professionnels de santé concernés. À défaut d'accord avant le 1^{er} janvier 2012, un devis type sera défini par décret.

L'article 22 prévoit l'obligation pour les établissements de santé d'afficher sur leur site Internet des informations sur les tarifs et honoraires des professionnels de santé qui y exercent afin de garantir une plus grande transparence de leurs tarifs. Le site Internet de la CNAMTS pourra également publier les mêmes informations.

► Première semaine de la sécurité des patients : « engageons-nous pour des soins plus sûrs »

La sécurité des soins est un enjeu majeur pour l'ensemble des acteurs du système de santé. C'est la raison pour laquelle le Ministère de la santé agit pour que chacun, professionnel et usager, prenne mieux conscience de son rôle dans le domaine de la sécurité des soins. Dans cette optique, une campagne annuelle de sensibilisation est lancée. La **semaine de la sécurité des patients** s'inscrit dans le droit fil des manifestations et des messages de l'opération « 2011, année des patients et de leurs droits » : elle crée une dynamique, associant patients et professionnels, pour une meilleure communication



autour des soins et de leur sécurité. La première édition de cette semaine, qui se tiendra du 21 au 25 novembre 2011, s'articulera autour de trois thèmes clés :

- bien utiliser les médicaments
- comprendre les indicateurs de qualité
- agir sur les situations à risques

Le Ministère en charge de la santé invite l'ensemble des professionnels de santé à s'associer à cette opération de sensibilisation. Professionnels des établissements de santé, professionnels libéraux peuvent ainsi marquer leur engagement en s'inscrivant sur l'espace Internet dédié du site du Ministère et commander des outils d'information aux couleurs de l'événement, afin d'assurer des actions d'information et de prévention dans les établissements ou les structures de ville.

www.sante.gouv.fr/ssp

► Guide de la CNIL pour les professionnels de santé

L'édition 2011 du Guide des droits et devoirs des professionnels de santé concernant les données informatisées est parue. Que vous soyez professionnel de santé exerçant à titre libéral ou membre d'une équipe soignante au sein d'un établissement de santé, vous allez être amené à mettre en place des fichiers informatisés qui concernent vos patients. Vous envisagez également de recourir à des réseaux pour recevoir et transmettre des informations à caractère médical (feuilles de soins, résultats d'analyses ou gestion partagée de dossiers médicaux). Tous ces fichiers vont comporter de nombreuses informations, et en particulier des données de santé. La loi Informatique et libertés encadre la collecte et le traitement de toutes ces données.

Elle a pour objet de les protéger, dans la mesure

où leur divulgation ou leur mauvaise utilisation est susceptible de porter atteinte aux droits et libertés des personnes, ou à l'intimité de leur vie privée. Le respect, par le responsable de fichiers que vous êtes, des règles de protection des informations est un facteur de transparence et de confiance à l'égard de vos patients. C'est aussi un gage de sécurité juridique. Vous pouvez en effet voir votre responsabilité, notamment pénale, engagée en cas de non respect des dispositions de la loi. C'est pourquoi la CNIL, qui veille au respect de ces principes, publie ce guide pour vous conseiller sur les mesures à adopter pour la gestion des fichiers mis en place et l'information des patients sur les droits qui leur sont reconnus par la loi Informatique et libertés.



Ce guide est téléchargeable sur le site Internet de la CNIL : www.cnil.fr
http://www.cnil.fr/fileadmin/documents/Guides_pratiques/CNIL-Guide_professionnels_de_sante.pdf

► Prix 2011 de la Revue du Podologue

Les Editions Elsevier Masson invitent les pédicures-podologues à participer au Prix 2011 de la Revue du Podologue - 5^{ème} édition.

Les meilleurs articles seront récompensés et publiés. Envoyez vos textes avant le **25 novembre 2011**.

Pour recevoir un dossier d'inscription, veuillez contacter :

Virginie RIOU
 Revues Professionnelles Elsevier Masson
 62, rue Camille DESMOULINS
 92442 Issy-les-Moulineaux cedex

Tél : 01 71 16 54 53
 Fax : 01 71 16 51 59
 e-mail : v.riou@elsevier.com

LE CONSEIL RÉGIONAL BASSE-NORMANDIE LES INITIATIVES AUXQUELLES PARTICIPE LE CROPP

Un conseil régional est, comme chacun sait, en charge des fonctions administratives telles que les inscriptions au Tableau de l'Ordre. Mais ses missions ne s'arrêtent pas là. Pour s'en rendre compte, Repères a rencontré Dominique ROULAND, présidente du CROPP Basse-Normandie.

Aux côtés du Conseil national de l'Ordre des pédicures-podologues, œuvrent vingt-et-un conseils régionaux. Chacun d'eux est chargé de représenter la profession en régions. Leurs missions, définies dans le Code de la santé publique¹, sont morales,

administratives et réglementaires, juridictionnelles, consultatives et enfin d'entraide. Pour illustrer ce cahier des charges, intéressons-nous aux activités d'un conseil régional – celui de Basse-Normandie – qui prend actuellement part aux réflexions sur l'éducation

thérapeutique ainsi qu'à la mise en place du protocole national pour la sécurité des professionnels de santé.

1. Articles L. 4322-7 à L. 4322-14.

interview

Dominique ROULAND
 Présidente du CROPP Basse-Normandie



« L'éducation thérapeutique doit avoir comme point de départ le patient. »

REPÈRES: Quelles missions occupent le CROPP au quotidien?

Dominique ROULAND : Nos grandes prérogatives sont bien sûr administratives et réglementaires. Par exemple, nous avons accueilli, pour la rentrée de septembre, vingt nouveaux installés et jeunes diplômés dans notre région. Pour cette occasion, le Conseil régional de l'Ordre a organisé, une journée « d'intronisation ». Le matin, nous leur avons présenté l'Ordre et passé en revue les points importants du Code de déontologie. Puis nous leur avons exposé les informations essentielles concernant le plateau technique. Après un déjeuner convivial, un intervenant est venu dispenser, et c'est une nouveauté cette année, une série d'informations sur l'URSSAF, l'Assurance-maladie et les différentes cotisations de début d'exercice, ainsi que la prévoyance du professionnel libéral.

Par ailleurs, notre Conseil régional est très concerné par le sujet sensible des cabinets secondaires – environ quatre-vingt-dix en région Basse-Normandie. Au cours de l'année dernière, nous avons dû procéder à la fermeture des cabinets qui n'étaient pas aux normes, mais nous avons noté de gros efforts, de la part des professionnels, dans la mise en conformité de leurs plateaux techniques.

REPÈRES: Comment le CROPP prend-il part à la mise en place régionale d'initiatives nationales?

Dominique ROULAND : Nous assurons les fonctions de représentation et de relais. Dernièrement, la préfecture de la Manche nous a reçus, en compagnie des représentants régionaux des autres ordres de santé et du procureur de la République de Coutances au sujet de la mise en place du protocole national pour la sécurité des professionnels de santé [cf. Repères 17, p. 7]. Nous avons rencontré Monsieur Benoît LEMAIRE, sous-préfet, ainsi

que les instances de gendarmerie et de police chargées de la sécurité des cabinets de santé et le représentant de la Direction départementale de la protection des populations. Cette rencontre avait pour objectif de recenser les demandes de notre CROPP et des autres ordres. Nous allons recevoir prochainement les différents renseignements concernant les procédures simplifiées de dépôt de plainte et les documentations et affiches destinées aux salles d'attente. Enfin, nous avons rencontré, à cette occasion, notre référent en préfecture, comme le prévoit le protocole national pour la sécurité des professionnels de santé.

REPÈRES: À quels autres types d'initiatives le CROPP est-il associé?

Dominique ROULAND : En plus de ses missions administratives, déontologiques et représentatives, notre CROPP participe activement aux débats d'actualité tels que l'éducation thérapeutique. Les représentants régionaux des ordres de santé se réunissent régulièrement au sein du CLIOR (Comité régional de liaison inter ordres). Notre dernière réunion s'est effectuée en présence du directeur de l'Agence régionale de santé (ARS), auquel nous avons remis un document d'état des lieux et de propositions sur l'éducation thérapeutique, élaboré par le CLIOR.

L'éducation thérapeutique doit avoir comme point de départ le patient et non, comme c'est souvent le cas, un réseau de professionnels. Le patient est de plus en plus amené à prendre part à son traitement : médication, utilisation de ses appareillages... Mais il faut individualiser chaque éducation à chaque bénéficiaire. C'est ainsi que nous pourrions délivrer au patient les strictes informations utiles et éviter de le noyer sous un flot d'informations. L'objectif est d'améliorer sa qualité de vie, pas de compliquer son quotidien.



© Beside

RÉINGÉNIERIE DE LA FORMATION UN NOUVEAU CURSUS POUR LES PÉDICURES-PODOLOGUES (SUITE DOSSIER)

/// A. Petit lexique à l'usage des profanes des thématiques liées à la formation

› Qu'est-ce que la réingénierie ?

Le terme vient du monde économique et décrit la démarche visant, en partant de l'existant, à restructurer et à améliorer les performances d'une entreprise en remettant à plat son organisation. **Depuis les années 80**, il appartient désormais **au champ lexical de la formation**.

L'ingénierie de la formation regroupe un ensemble de démarches méthodologiques cohérentes s'appliquant à la conception de systèmes d'actions et de dispositifs de formation. Elle comprend à la fois « *l'analyse de la demande et des besoins de formation, le diagnostic, la conception du projet (...), les moyens mis en œuvre, la coordination et le contrôle de sa mise en œuvre [et son] évaluation* » (Source : AFNOR). Elle touche les différents processus mis en œuvre pour construire une action de formation : analyse de la pertinence de la réponse et des besoins de formation, définition de ses objectifs, élaboration de ses programmes, coordination et suivi de sa mise en œuvre, et enfin conception de son évaluation. Photographie d'une profession et donc de l'enseignement qui en est fait, **la réingénierie dresse un état des lieux à un moment donné**.

Dans notre profession, ce travail de réingénierie a permis de mettre en évidence le décalage entre les programmes officiels existants et la réalité des enseignements dispensés dans les instituts et la pratique professionnelle. Si, sur le terrain, dans les centres de formation et dans les cabinets, les praticiens ont intégré, dans l'intérêt des patients, les nouvelles techniques et technologies, elles n'apparaissaient pas dans les référentiels de formation.

Quoiqu'enseignées dans la plupart des instituts, elles ne devaient faire l'objet d'aucune validation lors de l'évaluation finale des connaissances acquises. Le travail de la réingénierie consiste, après avoir pris connaissance de ces différentiels, d'accompagner les évolutions de l'exercice professionnel dans le respect des textes encadrant la profession.

› Activité, compétences et référentiels

Considérant que la réingénierie propose une photographie à un instant donné d'une profession, la notion d'**activité** couvre toutes les pratiques du professionnel en exercice, pour lesquelles, de l'accueil au suivi du patient en passant par l'analyse clinique et les soins prodigués, pour chacune d'elles, il doit maîtriser les compétences nécessaires à leur mise en application, c'est-à-dire à seule fin d'apporter au patient les meilleurs soins possibles.

Schématiquement, le terme de **compétences**,

qui s'est substitué à celui de qualification dans les années 70-80, porte le débat sur la question des capacités transversales de l'individu et de sa réactivité en situation : flexibilité, adaptabilité, capacité d'initiative, implication et créativité délimitent un champ dans lequel s'exprime des compétences. Nul doute que le terme suggère aussi une logique de performance.

Dans cette présentation, **activité et compétences** sont étroitement liées et la métaphore de « l'iceberg » proposée par Gilles LE NORMAND permet d'en mieux saisir le sens : « *l'activité c'est ce que l'on voit, les compétences, c'est ce qui est caché sous la surface, mais qu'il est absolument nécessaire de connaître pour devenir un bon professionnel.* »

Enfin, le terme de **référentiel** peut dérouter et ne peut être traduit par celui de programme, même s'il l'inclut ! Il exprime à lui seul la rigueur d'une réforme qui entend structurer et définir précisément tous les axes des champs abordés dans le cadre de la formation, en ne se limitant pas à une logique de contenus mais cherchant pour chacun d'eux des résonances professionnelles concrètes, en terme d'activité et de compétences nécessaires pour réaliser des actes efficaces.

La précision et le caractère technique du vocabulaire employé traduisent la volonté de définir le plus précisément possible ce que devra être la formation de pédicure-podologue, tout en suivant les règles et repères donnés par la Déclaration de Bologne.

› Les Accords de Bologne (1999–2010)

Initié à la Sorbonne en 1998, officiellement lancé l'année suivante dans la capitale d'Emilie-Romagne, le principe d'harmonisation du système européen de l'enseignement supérieur – à travers la création d'un modèle d'organisation des études supérieures commun, le LMD – voit ses bases jetées lors des Accords de Bologne. Cette nouvelle architecture entend faciliter les échanges entre universités européennes, permettre une plus grande lisibilité des cursus et des diplômes d'un pays à l'autre en incitant ses pays membres à adopter les mêmes critères de formation et d'évaluation. Le modèle proposé repose sur deux grands principes :

- › un parcours de formation en trois temps, le LMD (Licence, Master, Doctorat). Le L est structuré en unités d'enseignement réparties selon une logique semestrielle ;
- › la mise en place d'un système européen de traduction des diplômes avec la généralisation d'une évaluation en crédits ECTS ou « *European*

Credit Transfer System ».

Aux 29 pays signataires, 18 autres se sont ajoutés, portant à 47 le nombre de Nations engagées dans ce processus.

Chaque pays s'est ensuite chargé de mettre en application, à son rythme, les dispositions issues des Accords de Bologne. La spécificité de l'enseignement supérieur français explique un engagement progressif dans ce dispositif. Les universités ont été les premières à s'adapter à ce nouveau système. Le changement s'est effectué par étape à partir de 2002-2003 par échanges de propositions d'adaptation des cycles de formation avec leur ministère de tutelle en vue d'adopter ce nouveau schéma en 2006. Depuis, les autres cycles de formation se sont lancés également dans une normalisation qui vise essentiellement à améliorer la visibilité du contenu des formations dispensées au sein de la Communauté en vue de favoriser les échanges tant physique qu'intellectuels en son sein, enjeu d'équivalence et de lisibilité à l'heure de l'ouverture des frontières.

La généralisation des **crédits** est l'instrument de cette ambition. Une fois décrypté, son acronyme décrit les principes et les enjeux du système. L'ECTS constitue une unité de mesure des diplômes commune à tous les pays participants. Un crédit correspond à un nombre d'heures d'activités d'apprentissage (entre 25 et 30), sachant que sur une année de formation, un étudiant ne peut en valider plus de 60 (soit 1400 à 1600 heures de travail). Ces critères permettent de définir le nombre de crédits nécessaires pour valider le grade du nouveau système retenu. Au-delà du vocabulaire et à la différence du système français traditionnel, le calcul de la validation d'un crédit n'équivaut en aucun cas à l'heure de cours. Le calcul des crédits intègre une démarche de formation plus globale prenant en compte à la fois les cours dispensés, le travail personnel (recherches, production de contenus, etc.) ainsi que les stages suivis dans le cadre de sa formation. Cette dimension permet de comparer et d'équilibrer les profils des études suivis par les étudiants européens autour de critères d'expérience et de pratique, sans avoir à entrer dans le détail des référentiels de formation. De la même manière, et par équivalence, chaque étudiant définit son propre parcours de formation.

Aujourd'hui, la généralisation du dispositif impose d'y intégrer les professions de santé. Commencée depuis quelques années dans le monde médical, la réforme concerne désormais les professions paramédicales. À chaque fois,

entrer dans le Processus de Bologne requiert de suivre un parcours bien identifié : définition du métier et des pratiques associées, afin de dégager un référentiel de formation adapté aux logiques LMD.

B. Quelles attentes ?

La réingénierie du diplôme répond à des problématiques très diverses, tant internes qu'externes, théoriques que pratiques, nationales qu'internationales.

> Donner une définition de notre profession

Jusqu'à une période très récente, notre profession n'était pas définie ! Si la loi de 1946 précisait que le praticien était seul autorisé à « *traiter directement des affections épidermiques (couches cornées) et unguéales du pied à l'exclusion de toute effusion de sang* », les précisions d'actes apportées par le décret de 1985 (diagnostic des cors, des durillons, des verrues, des hyperkératoses et des soins maintenant l'intégrité du pied, une liste assez générale clarifiant le rôle des professionnels) ne permettaient pas pour autant de donner une définition de notre profession.

Le travail de réingénierie dans le cadre du dispositif LMD a permis de combler cette lacune !

Définition du métier :

Le pédicure-podologue intervient sur les manifestations des affections cutanées, statiques et dynamiques du pied, et leurs interactions avec l'appareil locomoteur, à partir d'un diagnostic qu'il a préalablement établi, dans le domaine de la pédicurie-podologie.

Le pédicure-podologue prescrit, confectionne ou adapte des dispositifs médicaux podologiques externes applicables au niveau du pied. Il prescrit et applique des topiques et des pansements. Le pédicure-podologue réalise des activités en matière de prévention, de formation, d'éducation et de recherche.

> Engager l'universitarisation du système de formation

De la même manière, l'institutionnalisation d'équivalences avec les universités, tant sur les contenus que sur les parcours des étudiants sortis des instituts de formation, leur garantira la poursuite de leur cursus dans un cadre universitaire (master 1 et master 2, voire

doctorat) pouvant déboucher le cas échéant sur la recherche ou l'enseignement.

> Offrir de possibles reconversions aux professionnels

Par évolution des goûts ou pour des raisons de santé, un professionnel peut être amené à se réorienter vers une autre profession paramédicale. Une reconversion qui peut aussi répondre à une opportunité de carence en personnel dans certaines professions de santé. L'existence d'un référentiel, définissant précisément les savoirs et compétences liés à sa formation, construit autour d'un socle commun de connaissances auxquelles s'ajouteront des mises à niveaux spécifiques, lui permettra de donner à sa carrière professionnelle la direction souhaitée.

> Prévenir la chute de la démographie médicale

Le contexte démographique, inquiétant dans certaines zones du territoire et dans certaines professions de santé, place les professions intermédiaires en position de combler ce vide programmé. Il a sans doute fait avancer la réflexion des autorités de santé sur des formations médicales et paramédicales partageant une culture commune de la formation initiale, comme il a sans doute accéléré la réforme des diplômes des professions de santé. La réflexion sur le partage des tâches en est directement issue et l'apparition d'infirmières de coopération dans certaines structures initie autant qu'elle expérimente cette réflexion. L'idée fait son chemin, et depuis 2003, de nombreux rapports, rédigés le plus souvent par des professeurs de médecine, creusent ce sillon : MATILLON, DEBOUZIE et BERLAN en 2003, THUILLIEZ et GIRAUD en 2006, celui de la Conférence des présidents d'université en 2007, BACH et MORELLE en 2008, DOMERGUE et SICARP en 2010. Plus proche de nous, la réingénierie de la formation de pédicure-podologue ouvre la voie aux coopérations interprofessionnelles médicales et paramédicales.

> Sortir du cadre national et européen !

Lorsque le programme d'étude aura évolué, les Accords de reconnaissance mutuelle (ARM) pourront être revus et régulés puisque, en termes de volumes horaires, la formation de nos étudiants se rapprochera de celle suivie par nos confrères d'Outre-Atlantique ! Sans compter que la labellisation LMD et les crédits ECTS permettent de disposer d'un outil de lecture d'un parcours de formation selon des normes compréhensibles et évaluables par

tous. À charge ensuite pour les professionnels de suivre les enseignements complémentaires nécessaires pour pouvoir exercer dans un autre pays que le sien, selon les normes et règles propres à chacun.

II- LE DISPOSITIF DE RÉINGÉNÉRIE DE LA FORMATION

A. Principes d'élaboration du diplôme

La réforme du diplôme des pédicures-podologues s'inscrit plus largement dans celle de l'ensemble des formations médicales et paramédicales qui fait suite à l'orientation donnée par le processus de Bologne. Le Ministère de la santé qui en assure le pilotage a eu recours à un cabinet conseil en méthodologie en vue d'élaborer un modèle de formation prenant en compte le principe du transfert des tâches.

Au terme de cette étape qui a nécessité de spécifier des compétences pour chaque profession paramédicale, le Ministère de la santé a publié un « Guide méthodologique » pour construire les référentiels de formation de l'ensemble des formations paramédicales, différent de celui des professions médicales dont l'entrée en application a commencé à la rentrée 2010 (L1 Santé).

Cet outil a permis de lancer le dispositif de la réingénierie avec l'élaboration successive de référentiels d'activité, de compétences et de formation, ce qui a permis de bien définir chaque métier. Après quoi, chaque profession s'est lancée dans la mise en œuvre du dispositif, à travers deux Commissions placées sous la tutelle du Ministère de la santé et celui de l'enseignement supérieur et de la recherche. Notre profession est entrée dans ce dispositif à partir de 2008.

B. Les étapes du dispositif de réingénierie de la formation de pédicures-podologues

> Constituer un groupe de travail pluridisciplinaire impliquant toutes les parties prenantes

Deux Commissions placées sous la direction du Ministère de la santé et de celui de l'enseignement supérieur et de la recherche ont donc été chargées d'élaborer les nouveaux programmes d'études.

Le **Groupe de production** réunit des représentants des instances ordinales, des organisations syndicales, des associations professionnelles, des employeurs, des responsables des instituts de formation, des étudiants en pédicurie-podologie, du corps



médical, auxquels se joignent des « personnes qualifiées », professionnels en exercice. Le **Groupe de supervision**, rassemble les précédents acteurs ainsi que les représentants des deux ministères de tutelle et un professeur d'université nommé coordinateur de ladite Commission (Lire l'interview d'Yves Jammes, page 12). Ce groupe a une démarche de validation du travail présenté par le Groupe de production.

Enfin, ces Commissions sont accompagnées par différents spécialistes. Issu du cabinet Conseil qui a formalisé avec le Ministère de la santé le « Guide méthodologique », un consultant, spécialisé sur les questions de compétences et sur la construction des référentiels de type LMD, apporte son savoir-faire méthodologique, épaulé par des conseillers pédagogiques nationaux de la DGOS (Direction générale de l'offre de soins).

> La rédaction des différents référentiels

Où en est la profession ? Comment s'organisent les programmes de formation dans les instituts ? Que font les professionnels ? Telles ont été les questions que la Commission a commencé à se poser afin, à la lumière des textes de référence (loi du 30 avril 1946, le Décret dit de compétence daté du 19 juin 1985 et l'Arrêté du 17 novembre 1987 correspondant à de nouveaux articles dans le Code de la santé L. 4322-1 et R. 4322-1), de dresser un bilan des activités de la profession en termes de formation.

Une fois identifié le différentiel entre les programmes en vigueur et la réalité du terrain (les savoirs enseignés aujourd'hui dans les instituts), il a été possible de commencer le travail de réajustement et d'adaptation des connaissances et des pratiques aux référentiels de formation.

LE CALENDRIER DE LA RÉINGÉNÉRIE

La période de réingénierie est entrée dans la phase finale de validation. Après plus de trois années de travaux en commissions, les référentiels sont désormais quasiment achevés. Le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche a souhaité, le 21 juin dernier, que le Groupe de production étoffe le référentiel de formation dans les domaines des sciences biologiques et médicales. Après la dernière validation du Groupe de supervision, prévue pour octobre prochain, le texte devra, dans un délai légal de trois semaines, être présenté pour approbation auprès du Haut Conseil des professions paramédicales (au début du mois de décembre 2011). Il fera ensuite l'objet d'une publication au **Journal officiel**.

LE TRAVAIL DE LA COMMISSION S'EST DÉCOMPOSÉ EN CINQ TEMPS :

- > Dresser un état des lieux
- > Élaborer un référentiel d'activité
- > Élaborer un référentiel de compétences
- > Élaborer un référentiel de certification
- > Élaborer un référentiel de formation

Sur la durée, la méthode suivie s'est déroulée en trois temps :

- > La définition d'un référentiel d'activité, soit identifier l'ensemble des actes réalisés aujourd'hui par un pédicure-podologue
- > La définition d'un référentiel de compétences, ou, quelles sont les compétences nécessaires pour effectuer des actes de pédicure-podologie? (par exemple : analyser et évaluer une situation et élaborer un diagnostic dans un domaine de la pédicure-podologie).
- > La définition d'un référentiel de formation nécessaire pour acquérir les compétences afin de dispenser les actes de pédicure-podologie. Au terme de chaque étape de production, une réunion des membres du groupe de supervision en validait les propositions.

> Signer une convention avec les universités

Une fois la phase de validation achevée et les divers référentiels établis, les instituts de formation vont devoir signer des conventions avec les universités. Le 21 juin dernier, en accord avec celles-ci, et pour éviter les déconvenues rencontrées par des professions de santé ayant déjà achevé la réingénierie de leurs formations, les ministères et les instituts de formation s'étaient entendus pour reporter la phase de contractualisation à la rentrée 2012. Il s'agit de prendre le temps d'organiser les cursus et d'accompagner au mieux les intervenants formateurs dans la nouvelle nomenclature (pour connaître le détail de la transition de l'ancien au nouveau modèle de formation, lire l'interview de Marie-Claude AUTRUSSON, page 16).

interview

Professeur de médecine en physiologie, Yves JAMMES dirige un service hospitalier à Marseille Nord. À ses fonctions médicales et administratives, s'ajoute sa forte implication dans la formation : direction d'une UMR avec le Ministère de la défense, responsable d'un Master recherche en médecine, Yves JAMMES est également conseiller scientifique à l'Institut de podologie de Marseille. Son expérience de l'hôpital public, de l'enseignement supérieur et de la recherche (il a notamment accompagné la mise en place du LMD au CHU de Marseille) et sa familiarité de notre univers, le destinaient naturellement, aux yeux des ministères de tutelle (la santé et l'enseignement supérieur), à assurer la fonction de coordinateur/superviseur de la réforme de la formation des pédicures-podologues.



D.R.

REPÈRES: Quelle a été la logique suivie par la Commission pour réorganiser les programmes ?

Yves JAMMES : Les nouveaux programmes LMD sont calqués sur les modèles de ceux qui ont déjà été établis dans l'enseignement des sciences, de la médecine et des sciences humaines. Il s'agit d'enseignements de types modulaires répartis sur trois ans, l'étudiant obtenant sa Licence après avoir validé sur 3 ans trois groupes de 60 modules. Parmi les professions de santé paramédicales, à ce jour seuls les instituts de formation en soins Infirmiers et en ergothérapie sont entrés dans le système LMD. Une grande partie des IFSI du territoire ont été rattachés au cursus universitaire et les enseignements sont désormais en partie assurés par des enseignants de médecine. Sur ce modèle, la Commission a eu pour tâche de produire un canevas dans lequel la profession de pédicure-podologue pourra se reconnaître et qui suivra également la logique des formations des professions de santé de type universitaire.

REPÈRES: Quel est le rôle du coordinateur/superviseur de cette Commission de réingénierie ?

Yves JAMMES : Il s'agit d'assurer et d'assister aux réunions clés de la commission en veillant au respect des normes et contenus définis par l'enseignement supérieur. À ce titre, le superviseur contrôle que l'élaboration du référentiel de formation respecte bien les principes et l'esprit du dispositif européen LMD. Je tenais également un rôle de conseiller scientifique sur les enseignements de biologie dispensés aux podologues. J'avais enfin la tâche de veiller à la bonne harmonisation des contenus, sachant que la diversité d'origine, de formation et de pratiques des pédicures-podologues rendait plus complexe l'élaboration d'un contenu de

programme qui leur soit commun tout en respectant les spécificités de chaque institut de formation. Si le canevas du référentiel sera vraisemblablement fixé fin novembre 2011, il existera toujours la possibilité, localement, d'en moduler pour une petite partie certains contenus. C'est d'ailleurs tout l'intérêt de la réforme LMD qui structure les enseignements en modules pré-établis mais qui rattache chaque institut de formation à une structure universitaire indépendante dans ses décisions et orientations. Chaque institut pourra ainsi, marquer sa spécificité au travers d'enseignements particuliers qui pourront s'ajouter au canevas adopté par tous.

REPÈRES: Quels points de vigilance identifiez-vous dans un proche avenir ?

Yves JAMMES : Mon accompagnement s'achèvera après que les référentiels auront été validés par le Haut Conseil des professions paramédicales. Dès cet instant, la contractualisation devra être menée localement, d'institut à université, en fonction des réseaux déjà existants entre les différents acteurs. À partir du moment où une profession s'engage dans un cursus de type LMD, implicitement les cadres des instituts de formation, tant enseignants que direction, devront acquérir le grade le plus élevé (doctorat). C'est tout l'enjeu de la réforme à moyen terme ! Le diplôme de Licence ne sera décerné qu'en 2015. Il n'est pas prévu pour l'instant d'effets rétroactifs pour les individus ayant acquis le diplôme de pédicure-podologue antérieurement, si ce n'est au cas par cas dans le cadre de la validation des acquis de l'expérience (VAE) et de la validation des acquis professionnels (VAP) quand elles auront été précisément établies.

III- ETABLIR UN PROGRAMME D'ÉTUDE : LA REFORME COMPLÈTE DE L'ENSEIGNEMENT DANS LE CADRE LMD

A. Une nouvelle approche de la formation

La cohérence méthodologique a permis in fine l'établissement d'un référentiel de formation.

Gilles LE NORMAND, mandaté à la DGOS par le CNOPP lors des différentes commissions de production, résume l'esprit de la réingénierie : « C'est toute la chaîne de notre activité qu'il a fallu analyser, pour repenser et établir des référentiels de formation au regard des compétences à acquérir. Cette approche a modifié la philosophie même de la formation du pédicure-podologue, puisque aujourd'hui le

interview

Gilles LE NORMAND a été mandaté par l'Ordre national des pédicures-podologues pour le représenter au sein des commissions de réingénierie du diplôme lancées en 2009 sous l'égide du Ministère de la santé. Installé en libéral, une fois son diplôme obtenu, Gilles LE NORMAND a toujours conservé un pied dans la formation. Il est depuis 2001 le directeur de l'Institut de Formation en pédicure-podologie de Rennes



D.R.

REPÈRES: Quel est votre rôle dans la Commission de réingénierie du diplôme ?

Gilles LE NORMAND : Je participe depuis 2009, après avoir pris la suite de Philippe LAURENT, à cette Commission à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) en tant que représentant des instances ordinales à la fois pour le Groupe de production et pour le Groupe de supervision. Depuis cette période, nous nous sommes retrouvés, mes collègues et moi, tous les deux-trois mois environ, pour travailler sur les référentiels relatifs au diplôme de pédicure-podologue. Un travail long et intense puisque, en dehors des temps de réunion à la DGOS, nous travaillons sur les contenus avec les autres acteurs de la commission, chacun apportant son expertise en fonction de ses domaines de compétences. Le cadre méthodologique de ce travail est identique à celui mis en place pour l'ensemble des professions paramédicales. En effet, l'objectif de la commission a été de construire dans un 1er temps le référentiel d'activité, puis le référentiel de compétences et enfin le référentiel de formation.

REPÈRES: Cette réingénierie du diplôme de pédicure-podologue constitue-t-elle une révolution ?

Gilles LE NORMAND : Le mot est un peu fort ! Mais, il est vrai que cette approche de la formation est nouvelle. En effet, le processus de formation des futurs pédicures-podologues va s'appuyer sur les trois référentiels précités et sur un portfolio qui sera le véritable carnet de route de l'étudiant au cours de son cursus. L'étudiant devra valider un certain nombre de compétences, celles nécessaires à l'exercice de la profession de pédicure-podologue. D'autre part, l'entrée de notre cursus de formation dans une logique universitaire autour du système LMD (Licence/Master/Doctorat) signifie pour les futurs diplômés de pédicure-podologie l'obtention, à l'issue des trois années de formation, du diplôme d'État de pédicure-podologue et d'un grade Licence. Ce système permettra aux nouveaux professionnels qui le souhaitent de poursuivre leur cursus universitaire. Il doit également favoriser les échanges dans l'espace européen. Rappelons que le référentiel des formations qui sera validé résulte d'une co-construction avec l'ensemble des instances représentatives de la profession, étudiants compris, et sera le reflet de la réalité des pratiques de la profession aujourd'hui.

REPÈRES: Quels vous semblent être les apports décisifs de ce dispositif de réingénierie du diplôme ?

Gilles LE NORMAND : L'universitarisation de la formation me semble une avancée très importante pour notre profession. Cette réingénierie a été l'occasion de resserrer les liens avec l'université et le monde de la santé, une manière de les institutionnaliser, de se faire mieux connaître et reconnaître. Le simple fait d'entrer dans le même modèle d'organisation des études nous rendra plus identifiable ! En formalisant les référentiels de formation autour de la définition des compétences et des activités, la réingénierie favorisera aussi une plus forte structuration du cursus. Enfin, l'inscription de la formation dans un dispositif LMD projette notre profession et les étudiants qui s'y prépareront dans une logique d'excellence affirmée par le fait que leur formation ne s'arrêtera pas aux trois années d'études mais pourra être prolongée. Ceci sera un atout à la création de savoir, à la validation de nos pratiques professionnelles en s'appuyant notamment sur la recherche.

REPÈRES: Que faut-il retenir de cette aventure ?

Gilles LE NORMAND : Elle n'est pas tout à fait terminée. Il reste encore quelques points à finaliser d'ici la fin octobre. Le référentiel de formation devrait être présenté pour avis au Haut Conseil des professions paramédicales (HCPP) au quatrième trimestre 2011 et la réforme devrait être opérationnelle pour la rentrée 2012. Elle a permis à l'ensemble des instances représentatives de la profession et de la formation de travailler ensemble (professionnels comme étudiants) et de nourrir des échanges très riches. Le constat aussi de voir combien notre profession s'est soudée autour de ce travail. Ces trois années ont permis sans doute de mieux nous faire connaître auprès des instances étatiques, tant auprès du Ministère de la santé que celui de l'enseignement supérieur et de la recherche. En tant que directeur d'institut, et même si nous n'avions pas attendu la réforme pour intégrer dans nos formations les dernières évolutions de la pratique professionnelle, la réingénierie a permis de reposer les contenus, de les étoffer, d'avoir une démarche réflexive sur notre profession, tant sur le fond que sur la forme. C'est d'autant plus stimulant que sa mise en place nécessitera d'entretenir cet esprit d'échange (dans et en-dehors la profession) et cette rigueur de formalisation qui nous ont animés depuis le début de cette aventure.

ANNEXE DU PROJET DE DÉCRET RELATIF AU DIPLÔME D'ÉTAT DE PÉDICURE-PODOLOGUE *

1. SCIENCES PHYSIQUES, MÉDICALES ET BIOLOGIQUES	ANNÉE 1 HEURES	ANNÉE 2 HEURES	ANNÉE 3 HEURES	ECTS
PHYSIQUE ET BIOMÉCANIQUE FONDAMENTALES ET APPLIQUÉES	30			1
BIOLOGIE FONDAMENTALE	30			1
ANATOMIE, PHYSIOLOGIE, BIOMÉCANIQUE ET CINÉSIOLOGIE DU SYSTÈME LOCOMOTEUR	120			4
ANATOMIE, PHYSIOLOGIE, BIOMÉCANIQUE ET CINÉSIOLOGIE DU SYSTÈME LOCOMOTEUR		60		2
ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU SYSTÈME NEURO-MUSCULAIRE	30			1
PATHOLOGIES DU SYSTÈME LOCOMOTEUR		90		3
ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET PATHOLOGIES DU SYSTÈME TEGUMENTAIRE	60			2
ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET PATHOLOGIES DU SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE ET RESPIRATOIRE		60		2
PATHOLOGIES DU SYSTÈME NEUROMUSCULAIRE		30		1
PHYSIOPATHOLOGIE DU SYSTÈME ENDOCRINIEN		30		1
VIELLISSEMENT ET IMPACT SUR L'ENSEMBLE DES SYSTÈMES			60	2
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUES	60			2
INFECTIOLOGIE ET HYGIÈNE	30			1
TOTAL	360	270	60	23
2. SCIENCES HUMAINES, SOCIALES, DROIT ET GESTION	ANNÉE 1 HEURES	ANNÉE 2 HEURES	ANNÉE 3 HEURES	ECTS
PSYCHOLOGIE			30	1
SOCIOLOGIE, ANTHROPOLOGIE			30	1
PÉDAGOGIE		60		2
SANTÉ PUBLIQUE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ			30	1
ÉTHIQUE, DÉONTOLOGIE ET INTRODUCTION À LA LÉGISLATION PROFESSIONNELLE	30			1
GESTION, LÉGISLATION PROFESSIONNELLE, SOCIALE ET DROIT DU TRAVAIL			90	3
ÉPISTÉMOLOGIE DES PROFESSIONS DE SANTÉ INTERPROFESSIONNALITÉ ET COOPÉRATION			30	1
TOTAL	30	60	210	10
3. SCIENCE ET FONDEMENTS DE LA PÉDICURIE-PODOLOGIE	ANNÉE 1 HEURES	ANNÉE 2 HEURES	ANNÉE 3 HEURES	ECTS
MODÈLES ET FONDEMENTS DE LA PÉDICURIE-PODOLOGIE	60			2
INTRODUCTION AU RAISONNEMENT CLINIQUE ET À LA MÉTHODOLOGIE DE DIAGNOSTIC EN PÉDICURIE-PODOLOGIE	90			3
MÉTHODES D'ÉVALUATION EN PÉDICURIE-PODOLOGIE	90			3
CONCEPTS ET MODÈLES DU DIAGNOSTIC EN PÉDICURIE-PODOLOGIE		90		3
LES DISPOSITIFS MÉDICAUX SUR MESURE EN PÉDICURIE-PODOLOGIE	30			1
LES DISPOSITIFS MÉDICAUX SUR MESURE EN PÉDICURIE-PODOLOGIE		30		1
PROJET ET STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUES EN PÉDICURIE-PODOLOGIE		90		3
LA PRESCRIPTION EN PÉDICURIE-PODOLOGIE			60	2
TOTAL	270	210	60	18

cursum ne se définit plus en termes d'additions d'enseignements et d'actes mais en termes de compétences, celles à acquérir dans le cadre de la formation proposée, précisément définies par les textes et inscrites dans les référentiels.»

Auparavant, les connaissances scientifiques constituaient le cœur de la réflexion en termes de transmission. La nouvelle approche privilégie une vision globale du soin : le professionnel de santé a un rôle qui ne le cantonne pas exclusivement à l'acte, mais il est intégré dans la logique globale de prise en charge de tout patient. Désormais, les quatre composantes retenues pour traiter une activité sont le **savoir scientifique, le savoir-faire, le savoir être, et le savoir méthodologique** qui permet de mettre en synergie ces différents savoirs. L'approche est maintenant transversale et non plus théorique et descendante.

C'est pourquoi les référentiels de formation ont été conçus de manière à articuler les apprentissages autour des situations professionnelles, en insistant sur le *pourquoi* (acquérir les connaissances et les savoir-faire nécessaires à la réalisation de son activité) et le *comment* (**comprendre, faire et transposer**) - activité et compétences...

B. Le contenu de la formation

Résultante des deux précédentes étapes permettant de croiser compétences et activité, le référentiel de formation a identifié un certain nombre de domaines de savoirs (six), certains fondamentaux, d'autres spécifiques qui sont en cours de validation (voir le détail sur le tableau présenté ci-contre) :

- › Sciences physiques, médicales et biologique
- › Sciences humaines, sociales, droit et gestion
- › Science et fondements de la pédicurie-podologie
- › Pratiques cliniques et thérapeutiques en pédicurie-podologie
- › Méthodes et outils de travail
- › Intégration des savoirs et développement professionnel du pédicure-podologue.

C. Vers une nouvelle organisation de la formation

Pour les étudiants, un rythme intense...

Le dispositif LMD impose que l'étudiant acquière en trois ans 180 ECTS correspondant au grade Licence, sachant qu'un ECTS intègre, sur la base de 30 heures, à la fois cours magistraux, travaux

* Pré-projet arrêté au 21 juin qui sera finalisé après un ultime passage devant le Haut Conseil des professions paramédicales en décembre 2011.

dirigés et travail personnel. Le produit de 180 ECTS par 30 heures correspond à un programme d'étude global de 5400 heures, soit 1660 heures supplémentaires à l'actuel cursus.

... Un meilleur suivi

L'étudiant dispose d'un portfolio où sont consignées avec précision (en termes de compétences acquises ou non) les différentes étapes de son parcours. Ce carnet constitue un véritable outil d'organisation et de mesure de sa progression par auto-évaluation à la disposition de ses formateurs. L'apprenant y consigne aussi bien ses diverses réalisations, que son ressenti sur les évolutions de ses connaissances et de sa pratique. C'est enfin un instrument de présentation qui le sensibilise à une démarche de qualité.

Les instituts à pied d'œuvre !

Le conventionnement constitue l'une des clés de la bonne application du nouveau dispositif de formation. Il exprime le souhait de l'université d'avoir une bonne visibilité sur les contenus de formation éligibles à une équivalence universitaire, le grade de Licence. Les conventionnements suivent un rythme de validation quinquennal et ne sont pas automatiquement reconductibles. Les instituts seront ainsi périodiquement évalués par l'Agence d'évaluation et de recherche de l'enseignement supérieur (AERES), garante de la qualité et du bon respect des référentiels de formation. Dans la perspective de la phase opérationnelle programmée pour la rentrée 2012, des clauses transitoires prévoient que, dès maintenant, les formateurs soumettent à l'université leurs cursus, publications et parcours en vue de leur éventuelle intégration dans le dispositif.

Si, sur les contenus, les conventions présenteront un schéma central commun, les chapitres, qui restent de la compétence exclusive des pédicures-podologues comme la pathologie pédiculaire, pourront, après conventionnement, être assurés par les formateurs pédicures-podologues. Cette contractualisation opérée par les instituts avec les universités, décidera de la répartition des enseignements. Des audits et enquêtes permettront de maintenir une action de mise à jour des formations proposées en fonction des innovations et des avancées thérapeutiques et techniques permanentes.

CONCLUSION :

Outre une réflexion toujours régénératrice pour la profession, la recombinaison de ses référentiels de formation est synonyme d'ouverture et de questionnement ! Nul doute que la réforme promet l'émergence

4. PRATIQUES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES	ANNÉE 1 HEURES	ANNÉE 2 HEURES	ANNÉE 3 HEURES	ECTS
EXPLORATIONS FONCTIONNELLES, TECHNIQUES DE LABORATOIRE, IMAGERIE		90		3
TECHNIQUES D'EXAMEN CLINIQUE ET DE TRAITEMENT EN PÉDICURIE-PODOLOGIE	90			3
LES ÉTAPES ET PROTOCOLES DE L'EXAMEN CLINIQUE EN PÉDICURIE-PODOLOGIE	90			3
LES ÉTAPES ET PROTOCOLES DE L'EXAMEN CLINIQUE EN PÉDICURIE-PODOLOGIE		90		3
LE SOIN INSTRUMENTAL ET PHYSIQUE EN PÉDICURIE-PODOLOGIE	60			2
INTRODUCTION À LA FABRICATION DES ORTHÈSES PLANTAIRES	30			1
TECHNIQUES DE FABRICATION DES ORTHÈSES PLANTAIRES	60			2
TECHNIQUES DE FABRICATION DES ORTHÈSES PLANTAIRES		60		2
LE SOIN PAR ORTHÈSE PLANTAIRE : CONCEPTION RÉALISATION ET ÉVALUATION		60		2
LE SOIN ORTHÉTIQUE : ORTHOPLASTIE, ORTHONYXIE, PROTHÈSES DIGITALES ET UNGUÉALES		60		2
TRAITEMENTS PAR PANSEMENTS ET CONTENSIONS	60			2
CALCÉOLOGIE		30		1
ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE, PRÉVENTION ET ÉDUCATION À LA SANTÉ		60		2
FORMATION AUX GESTES ET SOINS D'URGENCE (NIVEAUX 1 ET 2)			30	1
TOTAL	390	450	30	29
5. MÉTHODES ET OUTILS DE TRAVAIL	ANNÉE 1 HEURES	ANNÉE 2 HEURES	ANNÉE 3 HEURES	ECTS
MÉTHODES ET OUTILS D'ANALYSE DE LA QUALITÉ DE LA TRACABILITÉ			60	2
TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION	30			1
MÉTHODES DE RECHERCHE			90	3
INITIATION À LA DÉMARCHE DE RECHERCHE			90	3
ANGLAIS PROFESSIONNEL (S1 À S6)	90	90	120	10
TOTAL	120	90	360	19
6. INTÉGRATION DES SAVOIRS ET DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL	ANNÉE 1 HEURES	ANNÉE 2 HEURES	ANNÉE 3 HEURES	ECTS
MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITÉS THÉRAPEUTIQUES (C3)	150			5
ÉVALUATION DE SITUATIONS (C1)	150			5
CONCEPTION DE PROJET THÉRAPEUTIQUE (C2)		150		5
INFORMATION, FORMATION, CONSEIL, ÉDUCATION, PRÉVENTION ET CONDUITE DE RELATION (C4/C5/C10)		150		5
GESTION DES RESSOURCES ET COOPÉRATION AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS (C8/C9)			150	5
ÉVALUATION DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE ET RECHERCHE (C6/C7)			360	12
UNITÉ OPTIONNELLE			120	4
FORMATIONS CLINIQUES (STAGES)				40
TOTAL	300	300	630	81
TOTAL GÉNÉRAL PAR ANNÉE	1470	1380	1350	180
TOTAL GÉNÉRAL CUMULÉ			4200	180
TOTAL FORMATION CLINIQUE			1200	40

d'un cadre de formation moins autocentré. À l'échelle de la profession les cursus de formation ne pourront que s'enrichir des échanges avec les formateurs universitaires ; à l'échelle des professions de santé, le dispositif devrait offrir aux étudiants plus d'échanges interdisciplinaires et internationaux. La réingénierie devrait permettre, une fois le processus achevé, de conduire une réflexion sur l'enrichissement des compétences et faire ainsi évoluer le cadre spécifique de notre formation dans le cadre général de celles des professionnels de santé. Sans influencer directement sur la modification des compétences des pédicures-podologues, ce travail a toutefois mis en évidence le décalage

entre les textes régissant actuellement la profession et l'évolution des champs de l'activité dans les dernières décennies. Il nous appartient maintenant de poursuivre notre action visant à faire évoluer le décret d'actes. Enfin, l'universitarisation et la professionnalisation de la formation soulignent la nécessité pour tous les pédicures-podologues d'actualiser leurs connaissances (formation continue, conférences, séminaires, lectures scientifiques, etc.) et de s'interroger régulièrement sur leur exercice (évaluation des pratiques professionnelles). Le développement professionnel continu devrait y pourvoir. Les textes concernant ce dernier sont en instance de publication.

interview

Marie-Claude AUTRUSSON, directrice de l'Institut de formation de pédicurie-podologie (IFPP) de la Fondation de l'École française d'orthopédie et de masso-kinésithérapie (EFOM) Boris Dolto et présidente du Syndicat national des instituts de formation en pédicurie-podologie (SNIFPP), a participé aux commissions de réingénierie du diplôme d'État au titre de représentante des instituts de formation. La mise en œuvre de la réforme étant initialement prévue pour septembre 2011, elle s'était engagée avec son équipe dans la préparation du nouveau projet pédagogique pour l'établissement dont elle a la responsabilité. Les directeurs des instituts de formation avaient débuté des réunions de travail dans le but de créer des synergies pour cette mise en place. Les tutelles concernées ont finalement décidé de reporter la date d'entrée en vigueur des nouveaux programmes à la prochaine rentrée (septembre 2012).



D.R.

REPÈRES: Pourquoi la mise en application de la réforme a-t-elle été repoussée ?

Marie-Claude AUTRUSSON : Les instituts de formation avaient commencé à travailler en faveur de la mise en œuvre de la réforme des études, lorsque nous avons été informés (en juin 2011) de la nécessité d'apporter certains aménagements au référentiel de formation ainsi qu'à l'architecture de certaines unités d'enseignement. Ces recommandations demandaient un délai supplémentaire pour leur exécution, nos tutelles ont donc choisi de reporter la mise en application du nouveau dispositif. La profession de manipulateur en électroradiologie médicale est également concernée par cette disposition. La construction de la nouvelle maquette répond à une méthodologie commune à l'ensemble des professions paramédicales, elle permettra l'entrée de ces formations dans le dispositif LMD conformément au processus de Bologne dont la déclaration date de 1999 ; le but étant également de structurer la formation en lien avec les enjeux de santé publique actuels et futurs. Le groupe de travail continue la production de compléments en concertation avec les instituts de formation et les représentants professionnels conformément à la demande des Ministères de la santé et celui de l'enseignement supérieur et de la recherche sur certains points. Nous pouvons ajouter que le travail préparatoire réalisé en vue de l'application en septembre 2011 nous a permis de prendre davantage de recul avec les données pratiques de cette réforme et a orienté nos propositions et aménagements. Nous essayons de trouver un modèle aussi équilibré et pertinent que possible entre les contenus des unités d'enseignement : cours, travaux dirigés et travaux pratiques et la formation clinique. Ce premier travail n'a donc pas été inutile, il peut être

considéré comme un levier. Pouvoir disposer d'un temps de préparation du projet pédagogique supplémentaire constitue une opportunité pour identifier les difficultés de conception et d'organisation. Ce report nous laisse aussi davantage de temps pour travailler le projet en groupe avec les formateurs et de former nos équipes au dispositif d'évaluation des « compétences ».

REPÈRES: Comment les instituts pourront-ils gérer la transition ?

Marie-Claude AUTRUSSON : En premier lieu, d'ici la fin de l'année, les instituts de formation vont devoir signer une convention avec l'université, puisque désormais, une fois la réforme mise en place, les étudiants acquerront à la fin de leur cursus un grade Licence qui ne pourra être validé que par l'université. La mise en place s'effectuera progressivement et en partenariat avec l'université pour certains enseignements ! La convention établira la proportion d'enseignants issus de l'université. Un certain nombre de cours pourront également être assurés par des enseignants non universitaires. Au-delà de la question de la répartition des enseignements, il s'agit pour les équipes de direction de rester vigilantes à la cohérence du projet pédagogique afin que l'étudiant perçoive la continuité entre les savoirs contributifs, les savoirs techniques et la formation clinique.

Nous considérons qu'il convient de développer la formation des formateurs, sachant que certains d'entre eux n'ont pas attendu la réforme pour commencer à se former ou à poursuivre un cursus universitaire. Il n'en reste pas moins que la mise en place de la réforme demeure liée aux projets et à la politique de chaque établissement.

CONDITIONS D'EXERCICE FOCUS SUR LES OBLIGATIONS DU PROFESSIONNEL (SUITE DE L'ARTICLE DE REPÈRES 17)

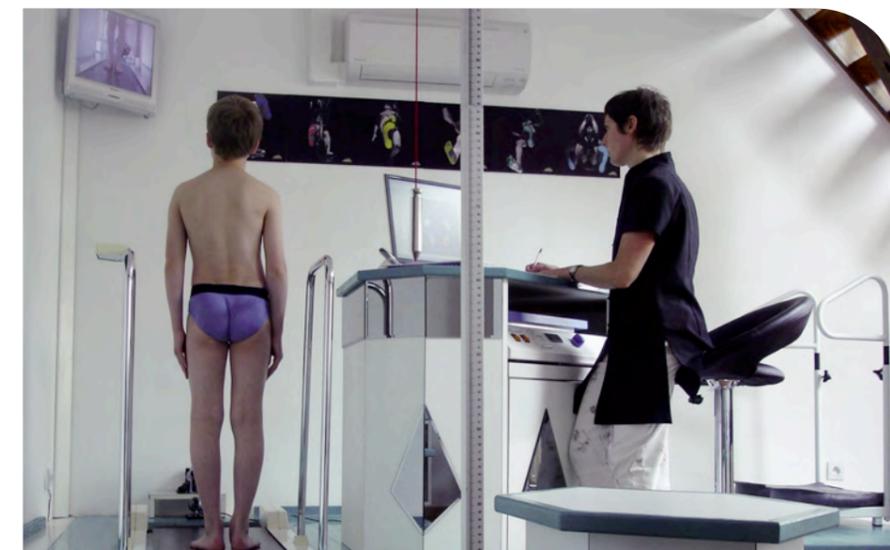
L'article 77 de notre Code de déontologie stipule que tout pédicure-podologue qui souhaite exercer, à titre individuel ou en association, est contraint de respecter des règles de comportement et de pratique, d'une part, d'installation et d'équipement, d'autre part. Nous avons fait l'inventaire, dans le précédent numéro de Repères, des règles qui encadrent le professionnel dans sa relation avec le patient ; voyons à présent, celles qui régissent le cabinet du professionnel.

Pour commencer, il est important de rappeler que les règles qui régissent le cabinet du pédicure-podologue visent à protéger le patient, mais également le professionnel qui s'expose à différents dangers. Ces règles concernent l'installation et l'équipement des locaux. Le professionnel doit aussi « veiller au respect des règles qui s'imposent à la profession en matière d'hygiène, de stérilisation et d'élimination des déchets. »¹ « Veiller au respect » signifie « être responsable de » : le pédicure-podologue doit donc contrôler lui-même leur bonne application.

Agencement du cabinet

Un cabinet, c'est d'abord un local réparti en pièces et en zones. L'agencement du cabinet doit être adapté selon la pratique. Pour une raison de confidentialité, le cabinet doit être composé d'un espace « accueil, attente et réception ». Puis, d'une pièce de travail protégée, composée de différentes zones. La pièce de travail doit différencier les activités de soins et d'examen clinique ; elle doit disposer d'un point d'eau. En cas d'exécution d'orthèses, un local de fabrication, indépendant de la pièce de travail, est indispensable. La zone de stérilisation peut être indépendante ou se situer dans la zone de soin. Dans ce cas, il est recommandé qu'elle soit séparée par une cloison pour éviter tout risque de contamination croisée.

Enfin, le professionnel doit pouvoir offrir à sa patientèle handicapée, au même titre qu'à sa patientèle valide, les soins habituellement dispensés dans un environnement adapté². Pour un cabinet existant, la mise aux normes



d'accueil de personnes handicapées doit être réalisée au plus tard le 1^{er} janvier 2015.

Équipement des locaux

Pour l'exercice de l'activité de soins, le cabinet du pédicure-podologue doit être équipé d'un fauteuil de soin et d'un siège pour le praticien, d'un éclairage adapté, d'une unité de soins - qui doit comporter un porte instrument rotatif (PIR) et une instrumentation rotative adaptée au soin avec fraises -, d'un nombre suffisant d'instruments soit à usage unique soit stérilisés (autoclavables), d'une poubelle pour les déchets d'activité des soins à risques infectieux (DASRI) et d'une boîte OPCT (objets piquants, coupants, tranchants), située au plus près. Pour l'exercice de l'examen clinique, il est

nécessaire de disposer d'un fauteuil d'examen du patient permettant les décubitus ou, à défaut, d'une table d'examen, d'un appareil de visualisation des empreintes et d'un appareil de prise d'empreintes. Rappelons qu'un cabinet secondaire est soumis aux mêmes règles que le cabinet principal !

Hygiène et entretien des locaux

Au cabinet, il est impératif de porter une tenue adaptée (blouse ou ensemble veste-pantalon). Blouse et veste doivent être à manches courtes pour faciliter le lavage des mains. Elles doivent pouvoir être lavées à

1. Article R. 4322-77 du Code de la santé publique.
2. Loi du 11 février 2005 et arrêtés des 17 mai et 1^{er} août 2006.

haute température (> 60°C). Le praticien veillera à en changer quotidiennement et chaque fois qu'elles seront visiblement souillées.

L'hygiène des mains est la première mesure de prévention de la transmission croisée de patient à patient et d'un site à l'autre chez un même patient. Il est donc primordial de respecter les précautions « standard » pour tout patient et tout soin. Il est nécessaire de se laver les mains avant chaque patient, et ce, avant même l'utilisation de gants. L'utilisation d'une solution hydro alcoolique est possible notamment en cas d'interruption des soins sur un même patient, un changement de gants est alors effectué. Les savons en pain, essuies mains, tissus réutilisables, sèche-mains électriques sont à proscrire. Enfin, on doit s'abstenir de porter alliances, bagues et autres bijoux aux mains, vernis aux ongles ou faux ongles. Les ongles doivent être courts. Le port des gants est obligatoire. Ils sont à usage unique et doivent être changés avant chaque patient. La zone de lavage des mains, séparée mais à proximité de la zone de soins comprend : un poste de lavage des mains (déclenchement indirect à privilégier), un distributeur de savon doux liquide à recharge jetable, un distributeur de serviettes à usage unique, idéalement de type feuille à feuille.

L'hygiène implique aussi l'utilisation de bons matériaux de revêtement, c'est-à-dire lisses, lessivables et non poreux et faciles à décontaminer. Le mobilier doit être réduit au strict nécessaire. On évitera les plantes et les textiles difficiles à entretenir car ils constituent des réservoirs potentiels de micro-organismes. Le fauteuil de soin ou d'examen du patient, recouvert d'un revêtement lessivable, doit être nettoyé entièrement au moins une fois par jour et décontaminé nécessairement entre deux patients. En cas d'utilisation sur le fauteuil d'un support non tissé ou d'un textile pour des raisons de protection, ces derniers devront être changés entre deux patients. Si aucune protection n'est utilisée, le nettoyage de la têtère, des accoudoirs et des jambières est à réaliser entre deux patients par pulvérisation d'une solution désinfectante. Le siège praticien répond aux mêmes exigences que le fauteuil d'examen. De manière générale, l'ensemble des équipements en contact avec le patient doit être nettoyé et désinfecté avant chaque patient avec un produit détergent-désinfectant.

En cas d'utilisation de dispositifs médicaux (DM) réutilisables, il est nécessaire de placer, à proximité de la zone de soins, un bac contenant une solution de pré-désinfection dans lequel seront immédiatement déposés les DM après usage. La solution est renouvelée au minimum tous les jours.

Un nettoyage domestique quotidien des espaces « accueil, attente et réception » est recommandé.

Pour les zones à risques moyens ou sévères (zone de soins et de stérilisation), la réalisation d'un bionettoyage quotidien est nécessaire. L'entretien de toute surface est réalisé par essuyage humide avec un textile propre ou un support non tissé à usage unique, imprégné d'un détergent-désinfectant.

Stérilisation

La stérilisation est un procédé qui rend un produit stérile et qui permet de le conserver en cet état pendant une période de temps précisée³. En d'autres termes, c'est une opération permettant d'éliminer ou de tuer les micro-organismes portés par des milieux inertes contaminés, le résultat de cette opération étant l'état de stérilité⁴. À ce sujet, nous vous invitons à consulter le premier livre de *Recommandations de pratiques professionnelles en pédicurie-podologie* dédié au plateau technique. Vous y trouverez un schéma récapitulatif de traitement d'un dispositif médical (DM) réutilisable et immergeable ainsi que toutes les précisions sur la gestion des DM et le nettoyage des porte-instruments rotatifs (PIR).

Élimination des déchets

Le pédicure-podologue producteur de déchets a l'obligation de les éliminer⁵. À cette fin, il faut distinguer les déchets assimilables aux ordures ménagères (DAOM) des déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI). Ces derniers se répartissent en deux catégories : les DASRI « mous » qui dénomment les déchets ayant été en contact avec du sang ou des liquides biologiques (compresses, pansements souillés, etc.) et les DASRI « perforants » qui concernent les objets piquants, coupants,

tranchant (OPCT) (lames de bistouris, gouges, etc.) Ce sont bien sûr les DASRI qui exigent la plus grande vigilance quant à leur stockage et leur élimination. Dès leur production, les DASRI doivent être triés séparément, dans des containers ou emballages spécifiques réservés à leur élimination. Ensuite, le pédicure-podologue choisit de déposer ses DASRI dans les collecteurs automatiques de certaines déchèteries ou d'en confier l'élimination à une entreprise spécialisée avec laquelle il aura conclu une convention écrite. Cette solution est fortement recommandée par l'Ordre. Il arrive que des établissements de soins acceptent de prendre en charge l'élimination des déchets de professionnels libéraux, par inclusion à sa propre production, mais en aucun cas, la traçabilité doit être rompue et, dès lors que les DASRI empruntent une voie publique, leur conditionnement, étiquetage et transport sont réglementés⁶.

Tout pédicure-podologue est contraint de respecter ces règles, conformément à l'article 77 de notre Code de déontologie. Pour s'assurer du respect de ces règles et ainsi éviter au professionnel de mettre en danger son patient et sa propre personne, les conseils régionaux peuvent contrôler à tout moment l'exercice des professionnels. Bien entendu, les CROPP se tiennent à votre disposition pour répondre à toutes vos questions. ●

pour en savoir plus

> Le plateau technique, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles en pédicurie-podologie*. (Version électronique téléchargeable sur le site de l'Ordre www.onpp.fr rubrique « publications »).

> Article juridique, *Repères 12*, page 18, *Les déchets d'activités de soins à risque infectieux*.

> Dossier, *Repères 11*, page 8, *Mise aux normes, le cabinet du pédicure-podologue en 2015*.

3. Définition du Comité européen de normalisation (CEN).
4. Définition de l'Association française de normalisation AFNOR NFX T 72-101.
5. Article R. 1335-2 du Code de la santé publique.
6. Arrêté du 25 février 2004 dit « ADR ».

PARTAGE DES LOCAUX PROFESSIONNELS

Conformément au principe du secret professionnel (article R. 4322-35) et l'indépendance professionnelle (article R. 4322-34), l'Ordre national des pédicures-podologues n'est pas opposé au partage des locaux et de la salle d'attente avec d'autres professionnels de santé dès lors que leur profession est réglementée et inscrite dans le Code de la santé publique (professions médicales et paramédicales) et dont l'exercice professionnel n'a aucun caractère commercial (médecins, chirurgiens-dentistes, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, etc.)

En ce sens et à propos du partage des locaux d'un pédicure-podologue avec d'autres professions, l'Ordre a adopté une ligne de conduite. Ainsi sont exclues les professions dont tout ou partie de l'activité est commerciale, les professions assujetties à TVA (opticiens, pharmaciens, esthéticiennes, podo-orthésistes, etc.), les professions qualifiées de pratiques « alternatives » qui n'ont fait l'objet d'aucune démonstration scientifique de leur bien fondé validée par l'Académie de médecine (réflexologie, réflexothérapie, naturopathie, aromathérapie, etc.). De plus, pour des raisons évidentes de problèmes d'hygiène et de risques pour la sécurité des patients, une profession de santé peut faire l'objet d'une interdiction de principe : celle de vétérinaire.

En outre, il faut rappeler que le partage des locaux et de la salle d'attente peut se concevoir dans deux cadres distincts : un simple partage avec une cohabitation professionnelle ou un partage dans le cadre d'une association comme une société civile de moyens. Il n'est donc pas inutile de rappeler qu'avant toute cohabitation ou association, il est vivement recommandé au pédicure-podologue de s'assurer que l'ordre professionnel de l'éventuel cooccupant ou associé accepte le partage des locaux avec le pédicure-podologue et ce pour éviter toute déconvenue.

Rappelons également qu'en cas de partage des locaux, toutes les dispositions devront être prises pour protéger les informations relatives aux patients détenues par le pédicure-podologue dans le cadre de son exercice professionnel. Il doit, par exemple,



veiller à la protection contre toute indiscretion de ses dossiers patients.

Articles de référence du Code de déontologie.

Art. R. 4322-34. > En aucun cas le pédicure-podologue ne doit exercer sa profession dans des conditions susceptibles de compromettre la qualité des soins et des actes qu'il accomplit ou la sécurité des patients. Il ne peut aliéner son indépendance

professionnelle sous quelque forme que ce soit et quelles que soient la forme ou les conditions de son exercice professionnel.

Art. R. 4322-35. > Le secret professionnel s'impose à tout pédicure-podologue, dans les conditions prévues par l'article L. 1110-4 du présent Code.

Le pédicure-podologue doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment. ●

EXERCICE PROFESSIONNEL

“ Je souhaite sonoriser ma salle d'attente, quelles sont les démarches et tarifs ? „

Vous êtes pédicure-podologue, médecin, dentiste, avocat, notaire... et vous souhaitez diffuser de la musique dans votre salle d'attente. Le Code de la propriété intellectuelle prévoit que les auteurs, compositeurs et éditeurs de musique doivent donner leur accord avant la diffusion publique de leurs œuvres et recevoir une rémunération.

La Société des auteurs, compositeurs et éditeurs de musique (SACEM) délivre cette autorisation par contrat, et répartit les droits payés par les utilisateurs aux créateurs et éditeurs de musique qu'elle représente. Les artistes-interprètes et les producteurs de disques et de cassettes, pour la diffusion publique de musique, ont droit à une rémunération appelée "Rémunération équitable". Elle est gérée par la Société pour la perception de la rémunération équitable (SPRE) qui a chargé la SACEM d'en effectuer le recouvrement auprès des lieux sonorisés. Son montant est égal à 45,50 % des droits d'auteur hors taxes, avec un minimum annuel de 101,30 € TTC.

Pour la sonorisation des salles d'attente, la redevance de droits d'auteur est annuelle et forfaitaire. Elle est calculée par référence au nombre de praticiens qui exercent dans le cabinet.

Nombre de praticiens	Forfait annuel 2011 hors SPRE
1 à 2 praticiens	91,82 € TTC
3 à 5 praticiens	174,11 € TTC
plus de 5 praticiens	261,37 € TTC

Pour plus de précisions consulter le site de la SACEM¹. Pour déclarer la sonorisation de votre salle d'attente, vous devez contacter votre délégation régionale SACEM. Vous pouvez également télécharger le coupon-réponse². En revanche, la diffusion de musique dans la salle de soins du praticien, quant à elle, ne répond pas à cette législation.

“ La note d'honoraires est-elle obligatoire ? „

Il est obligatoire de délivrer au patient une note d'honoraires pour toute somme supérieure à 15 euros (soins hors « POD », semelles orthopédiques, orthoplasties, orthonyxies, etc.). Un double de ce relevé est à conserver par le pédicure-podologue pendant une durée de trois ans et à présenter à tout agent de l'administration fiscale.

“ Comment déclare-t-on des Indemnités journalières ? „

Les prestations qui sont versées par le régime d'Assurance-maladie ou d'Assurance-maternité doivent être comprises dans le montant du bénéfice imposable selon le régime de la déclaration contrôlée ou dans le montant des recettes, si vous relevez du régime déclaratif spécial. Les Indemnités journalières sont donc à porter ligne AF (gain divers) du formulaire 2035, comme toutes les indemnités versées par une assurance. Notons que celles-ci sont à déclarer uniquement si l'on déduit des revenus la prime d'assurance payée (loi MADELIN par exemple).

“ Cabinet et accessibilité aux handicapés, existe-t-il des dérogations ? „

Des dérogations aux dispositions relatives à l'accessibilité des handicapés sont prévues par la réglementation en vigueur et ces dérogations seront accordées en fonction de la situation du local.

Il y a trois types de dérogations envisagés :

- (1) une dérogation technique : elle peut être obtenue en raison d'une impossibilité technique liée à la situation physique du local empêchant la réalisation des travaux ;
- (2) une dérogation pour préservation du patrimoine, lorsque le cabinet est établi, par exemple, dans un bâtiment classé ;
- (3) une dérogation pour disproportion manifeste entre les améliorations

apportées et leurs conséquences.

La dérogation accordée par le préfet peut être totale ou partielle. Si la dérogation est totale, elle exempte le demandeur de la réalisation des travaux de mise aux normes. Si la dérogation est partielle, le demandeur ne sera obligé de réaliser que certains types de travaux.

“ Que puis-je obtenir sur l'Extranet du site www.onpp.fr ? „

Dans cet extranet, sous la rubrique « Vos outils », le professionnel a à sa disposition un ensemble d'outils concernant les aspects administratifs, contractuels et juridiques liés à son activité : les formulaires utiles (première inscription à l'Ordre, changement de situation professionnelle, nouveau mode d'exercice, déménagement dans un autre département ou une autre région...) les modèles de documents administratifs (feuilles de soins CERFA, codes barres, formulaires URSSAF...), les modèles de contrats et contrats types pour le remplacement, la collaboration, la gérance... mais aussi les communiqués, publications et guides professionnels élaborés par l'instance ordinaire.

Il est également possible de procéder à la saisie des petites annonces. En effet, celles-ci ne peuvent être réalisées que dans l'espace réservé aux pédicures-podologues inscrits au Tableau de l'Ordre, accessible par le champ d'identification dédié à cet usage.

L'identifiant est le numéro d'inscription à l'Ordre, le mot de passe personnalisé est créé de façon aléatoire par un logiciel spécifique. Si vous avez perdu votre mot de passe et que vous n'avez pas renseigné votre adresse email, lors de votre inscription, vous pouvez en faire la demande auprès de votre conseil régional.

1. www.sacem.fr

2. http://www.sacem.fr/files/content/sites/fr/files/mediatheque/utilisateur/diffuser/Salle_attente_coupon.pdf