



**P. 5**  
missions  
**CLIO**  
COLLOQUE  
DU COMITÉ  
DE LIAISON DES  
INSTITUTIONS  
ORDINALES



**P. 8**  
missions  
**ÉLÉMENTS  
FINANCIERS  
2012**



**P. 18**  
juridique  
**« SUNSHINE ACT »  
À LA FRANÇAISE**



## dossier

PROJETS PILOTES PAERPA ET PÉDICURES-PODOLOGUES

# AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES

La ministre de la santé a annoncé le 28 mai 2013 la mise en place de projets pilotes PAERPA. Le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie vise à améliorer la prise en charge de la personne âgée grâce, notamment, à une meilleure coordination des soins. Dès la rentrée 2013, les premières expérimentations débuteront dans cinq régions avec comme objectifs de favoriser et maintenir l'autonomie des personnes âgées dans le cadre de leur projet de vie en se basant sur une nouvelle approche : améliorer le parcours de santé des personnes âgées en se fondant, non pas sur les intérêts des structures, mais sur celui de la population des personnes âgées.

Cette initiative s'inscrit dans la Stratégie Nationale de santé en droite ligne de l'ensemble des politiques de santé publique tournées vers la personne âgée aux niveaux local, national et européen. La Commission européenne a, en effet, sélectionné trente-deux villes et régions d'Europe pour y lancer des projets innovants en faveur des personnes âgées, dans le cadre de son partenariat d'innovation pour un vieillissement actif et en bonne santé. Parmi eux, on compte quatre territoires français : l'Île-de-France, le Languedoc-Roussillon, les Pays de la Loire et le Bas-Rhin. Ces trois régions et ce département ont été récompensés pour des projets d'excellence en cours sur leur territoire. Ces politiques viennent

apporter des solutions au vieillissement de notre population, un phénomène qui nous confronte à deux enjeux majeurs : la qualité de vie des personnes âgées et l'optimisation des dépenses publiques.

Les pédicures-podologues ont un rôle central à jouer dans le maintien de l'autonomie des personnes âgées, notamment pour la prévention des chutes et le maintien de l'autonomie de la marche. Les pédicures-podologues doivent prendre leur place au sein de ces dispositifs dès leur création en faisant valoir leurs compétences propres, pour le bien des patients et celui de la profession.



© S. Carré / Beside

Chères consœurs,  
Chers confrères,

J'espère que l'été vous aura été profitable et vous aura apporté repos et énergie propices à une bonne reprise. La rentrée est toujours synonyme d'événements attendus

– littéraires, politiques – et nous ne dérogerons pas à cette tradition, en ce qui concerne notre profession, tant les projets s'annoncent riches et essentiels.

Le dossier de ce numéro de Repères met l'accent sur le rôle que le pédicure-podologue doit occuper dans l'objectif général d'une meilleure prise en charge des personnes âgées. C'est une parfaite entrée en matière au sujet présent depuis plusieurs mois dans les réflexions du Conseil national, et qui concerne la communication autour de notre profession et de son Ordre.

En effet, un constat s'est imposé clairement au cours de ces premières années de mise en place de notre Ordre : la profession, notre profession, souffre d'un déficit flagrant de connaissance et de reconnaissance de la part du grand public comme de celle des autres professions de santé, mais aussi de la plupart des institutions.

Que recouvre notre appellation de « pédicure-podologue » et pourquoi ces termes sont-ils indissociables ? Quelle est l'étendue de notre champ de compétences ? Comment remédier au déficit d'image dont souffre notre profession ? Quelle vision de notre profession le grand public et les professionnels de réseau devraient-ils avoir et comment leur permettre de l'acquérir ? Quelle culture commune partageons-nous entre pédicures-podologues ? Quel est le rôle de notre Ordre, ses missions, et quelles sont ses relations avec les autres ? Autant de questions qui se posent à nous et auxquelles il nous faudra répondre avec attention et précision.

C'est là l'objectif du projet de communication à moyen terme – stratégie et plan d'actions sur les trois prochaines années – auquel l'Ordre s'est attelé ces derniers mois et qui se met en place avec ce dernier trimestre civil. Chaque pédicure-podologue, parce qu'il est le premier vecteur de cette communication, aura, là aussi, un rôle essentiel à jouer.

Bonne rentrée à tous.

Éric PROU, président

## actualités

### UN DÉCRET SUR L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DES SECTIONS DES ASSURANCES SOCIALES (SAS) DES CHAMBRES DISCIPLINAIRES DES ORDRES DES PROFESSIONS DE SANTÉ

Le décret n° 2013-547 du 26 juin dernier vient concrétiser la mise en place au sein de l'Ordre des pédicures-podologues des sections des assurances sociales des chambres disciplinaires.

Par la parution de ce décret tant attendu par notre institution, les pouvoirs publics réaffirment la place indispensable qu'ont les ordres professionnels dans le monde de la santé de par les missions qui leurs sont confiées, notamment celle de sanctionner les comportements professionnels contraires à l'intérêt des patients. Si les ordres professionnels ont en charge des attributions tant administratives que juridictionnelles, l'activité juridictionnelle se décompose en deux procédures disciplinaires bien distinctes : l'une « générale », ce que l'on appelle le contentieux disciplinaire professionnel portant sur l'ensemble du comportement professionnel, visant à sanctionner notamment toute violation commise par un professionnel aux règles déontologiques, l'autre correspondant à une procédure du contentieux du contrôle technique (également appelé section des assurances sociales).

Désormais, le Code de la santé publique ainsi que le Code de la sécurité sociale permet à l'Ordre des pédicures-podologues de créer, en son sein, deux juridictions disciplinaires bien distinctes :

- les chambres disciplinaires ;
- les sections des assurances sociales.

Le contentieux du contrôle technique, qui constitue l'un des contentieux spéciaux de la Sécurité sociale, est un contentieux disciplinaire visant à sanctionner les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession, relevés à l'encontre des pédicures-podologues, à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux.

Chaque section des assurances sociales comprend paritairement des représentants de l'Ordre des pédicures-podologues et des représentants des organismes de Sécurité sociale.

Ces sections des assurances sociales sont susceptibles de prononcer les sanctions suivantes à l'encontre d'un pédicure-podologue :

- l'avertissement ;
- le blâme, avec ou sans publication ;
- l'interdiction temporaire ou permanente, avec un éventuel sursis total ou partiel, du droit de donner des soins aux assurés sociaux, avec ou sans publication.

En outre, en cas d'abus d'honoraires, les sections des assurances sociales peuvent également, même en l'absence de sanction, prononcer le remboursement à l'assuré du trop-perçu ou le remboursement aux

organismes de Sécurité sociale du trop-remboursé.

Au sein des sections des assurances sociales, il existe trois échelons juridictionnels possibles

- en première instance, le rôle juridictionnel est exercé par l'intermédiaire des sections des assurances sociales des chambres disciplinaires des conseils régionaux de l'Ordre des pédicures-podologues, présidées par un magistrat issu du corps des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel.

- Toutes décisions rendues en première instance sont susceptibles d'appel devant la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des pédicures-podologues, présidée par un Conseiller d'État, dans un délai de deux mois.

- De même, un pourvoi en cassation est possible devant le Conseil d'État contre les décisions prises par la juridiction d'appel.

Jusqu'à la parution du décret n° 2013-547 du 26 juin 2013, les pédicures-podologues relevaient exclusivement des sections des assurances sociales des conseils régionaux et du Conseil national de l'Ordre des médecins.

Désormais, grâce à la parution de ce décret, la profession, dans son ensemble, est soumise à une juridiction du contentieux technique qui lui est propre. Afin de rendre effectives ces sections des assurances sociales, les procédures de nomination des assesseurs appelés à y siéger sont en cours au sein de l'Ordre et des organismes de Sécurité sociale.

### JOURNAL OFFICIEL : PUBLICATION DU MODÈLE D'ATTESTATION DE SUIVI D'UN PROGRAMME DE DPC

L'arrêté du 25 juillet 2013 relatif au modèle d'attestation délivrée par un organisme de développement professionnel continu à un professionnel de santé justifiant de sa participation à un programme de développement professionnel continu a été publié au Journal officiel le samedi 3 août 2013. Les attestations sont adressées par l'organisme de DPC aux professionnels de santé ayant participé au programme de DPC, ainsi qu'à l'Ordre afin qu'il puisse procéder au contrôle du respect de son obligation par le professionnel de santé. Ces attestations sont conformes au modèle figurant en annexe du présent arrêté.

L'arrêté confirme bien qu'à titre transitoire, l'attestation délivrée au professionnel de santé ayant réalisé des actions de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles concourant au développement professionnel continu, dispensées par des organismes enregistrés à l'OGPC durant cette période, permet de justifier, pour l'année 2013, de sa participation à un programme de développement professionnel continu.

### ORGANISMES DE DPC : PARUTION DES MODALITÉS D'APPRECIATION DES CRITÈRES D'ÉVALUATION

L'arrêté du 19 juillet 2013 relatif aux modalités d'appréciation des critères d'évaluation a été publié

au Journal officiel le vendredi 26 juillet 2013.

Pour la pédicurie-podologie, il s'agit de la Commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales qui évalue les organismes de Développement professionnel continu sur la base des informations contenues dans le dossier d'évaluation joint à la demande d'enregistrement et au moyen des critères figurant en annexe de cet arrêté. Selon 22 critères, l'évaluation porte sur trois rubriques : la capacité scientifique, méthodologique et pédagogique de l'organisme de DPC, les qualités et références des intervenants et l'indépendance financière. Chaque organisme sera noté entre 0 et 10 pour chaque critère et devra atteindre la moyenne dans chacune des rubriques pour obtenir un avis favorable.

### ARRÊTÉ DU 26 JUILLET 2013 MODIFIANT L'ARRÊTÉ DU 5 JUILLET 2012 RELATIF AU DIPLÔME D'ÉTAT DE PÉDICURE-PODOLOGUE

Publié au Journal officiel n° 0177 du 1 août 2013 cet arrêté est consultable sur le site [www.onpp.fr](http://www.onpp.fr) rubrique « textes officiels » – formation initiale.

### L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT : MISE À JOUR DU RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES

Au Journal officiel n° 0126 du 2 juin 2013 sont parus deux textes relatifs aux compétences requises pour dispenser ou coordonner un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP). Le décret n° 2013-449 et l'arrêté du 31 mai 2013 viennent actualiser les textes datant de 2010. Ainsi, le référentiel de compétences pour dispenser l'ETP décrit les « situations clés », auxquelles correspondent des « buts », des « activités » et des « compétences » (individuelles et collectives) réparties dans trois domaines : technique, relationnel et pédagogique, socio-organisationnel. Il concerne les acteurs directement en lien avec le patient qui réalisent concrètement les activités liées à l'éducation thérapeutique auprès des patients. Les compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique peuvent être partagées au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Pour chaque démarche, il s'agit tant de créer un climat favorable à l'éducation thérapeutique avec le patient que d'évaluer avec lui les pratiques et les résultats de cette démarche et ainsi favoriser la communication et le retour d'expérience.

- Décret n° 2013-449 du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient.
- Arrêté du 31 mai 2013 modifiant l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.

### FIN JUIN 2013 : UN NOUVEAU PRÉSIDENT AU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Médecin généraliste en Île-de-France, Patrick BOUET a été élu pour trois ans à la présidence du Conseil national de l'Ordre des médecins. Impliqué dans une activité ordinaire depuis 25 ans, il a présidé le Conseil

départementale de Seine-Saint-Denis pendant 10 ans et a été conseiller national depuis 10 ans. Il succède ainsi au Dr Michel LEGMANN, radiologue dans les Hauts-de-Seine, à la tête du CNOM depuis 2007. Il rencontrera le président de l'ONPP, Mr Eric PROU à la mi-octobre.

### ► FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS : DEUX GUIDES PUBLIÉS PAR L'INPES

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a publié récemment deux guides pratiques dont l'objectif est de faciliter la transmission des messages d'information en santé aux personnes ayant des déficiences visuelles et auditives. Le nombre de Français concernés par un handicap auditif est estimé à plus de cinq millions, soit environ 8 % de la population, chiffre qui progresse parallèlement à l'allongement de la durée de vie du fait de la presbycusie liée à l'âge. De même, près de deux millions de Français sont concernés par une déficience visuelle. Au même titre que tout un chacun, ces personnes doivent pouvoir accéder à l'information nécessaire pour faire des choix et s'impliquer en matière de santé.

Pour en savoir plus : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1460.pdf>



## HOMMAGE À ODILE FOUCAULT

S'il était besoin d'un mot pour qualifier la personnalité d'Odile, ce serait le mot « respect », tant dans son parcours professionnel que dans ses relations privées. Respect pour la rigueur qu'elle savait s'imposer et qu'elle donnait comme ligne de conduite pour faire évoluer sa profession vers une reconnaissance qui manquait tellement à l'époque où elle a commencé à exercer. Elle a durement travaillé pour proposer à l'ensemble de nos professionnels une formation continue, tellement indispensable à ses yeux pour une exigence de qualité toujours au service des patients. Chacun de ses engagements allait prioritairement vers des actions efficaces, d'abord au sein du syndicat professionnel où inlassablement elle motivait ses consœurs et confrères pour donner le meilleur d'eux-mêmes dans les techniques de pointe, ensuite depuis 2006 où elle s'est consacrée régionalement à la mise en place d'une structure ordinales dans le but de mieux faire connaître la pédicurie-podologie. D'abord trésorière pendant six années, elle a été brillamment reconduite par les siens l'an dernier pour occuper le poste de vice-présidente. Respect pour sa fidélité en amitié, pour les règles morales qu'elle s'appliquait d'abord à elle-même mais qu'elle savait aussi exiger de ceux qu'elle aimait. Respect pour son expression artistique, tant dans la sculpture que dans le chant choral, un temps pour chaque engagement et des œuvres qui résisteront au temps.

Merci Odile de nous avoir tracé un chemin exemplaire que nous nous efforcerons de suivre en ton souvenir.

L'Ordre présente à sa famille et à ses proches ses très sincères condoléances.

## HOMMAGE À ELISABETH MALLET DISPARITION D'UNE GRANDE DAME DE LA PODOLOGIE

Elisabeth Mallet nous a quitté discrètement dans le courant de l'été à un âge très avancé. Ainsi disparaît la dernière représentante de la 2<sup>ème</sup> vague historique des pionniers de la promotion et de la défense d'une pédicurie-podologie moderne, indépendante et responsable, centrée sur le patient. Membre de la Société de podologie – aujourd'hui disparue – et du Syndicat, Elisabeth Mallet participait activement à la vie de la profession où sa voix était toujours très écoutée, d'autant que son cabinet et celui de son mari, Xavier, à Asnières, était toujours ouvert aux professionnels en recherche des dernières avancées de la science et de l'art podologique de l'époque.

La podologie étant inscrite dans leur ADN leur fille et une de leur petite fille continuent d'œuvrer dans le même sens.

L'Ordre s'associe à leur peine, à celle de leur famille et leur adresse ses très sincères condoléances.

## COLLOQUE DU CLIO

# LE RÔLE NÉCESSAIRE DES ORDRES PROFESSIONNELS DANS UN MONDE EN MUTATION

Le colloque du Comité de liaison des institutions ordinales s'est tenu le 5 juin dernier à l'initiative de sa présidente Isabelle ADENOT. Cet événement a réuni les représentants des professions ordonnées et leur a permis de s'interroger sur les missions et les valeurs qui unissent leurs institutions et les enjeux auxquels elles sont et seront confrontées dans une société qui se modernise et s'internationalise.

### ► LE RÔLE NÉCESSAIRE DES ORDRES

Le CLIO réunit 16 institutions ordinales (cf. encadré ci-dessous). Leurs professionnels exercent dans des métiers aussi divers qu'architecte, expert-comptable, avocat, huissier de justice, pharmacien ou sage-femme. Ils sont pourtant tous unis par une même exigence : « les professionnels inscrits à ces institutions remplissent tous des missions sociales d'intérêt général et exercent dans des secteurs où le législateur a estimé que le marché ne peut intervenir seul, que l'exigence d'une éthique est impérieuse. »<sup>1</sup>



© F. DABURON / colloque du CLIO

## ORDRES DES PROFESSIONS JURIDIQUES ET JUDICIAIRES

Le Comité de liaison des institutions ordinales réunit, par l'intermédiaire de leurs instances représentatives, les institutions françaises auxquelles sont obligatoirement inscrits les membres de professions réglementées et qui ont reçu de la loi la mission d'en réguler l'exercice. Il a pour missions : l'information mutuelle des institutions ordinales et leur concertation sur les questions présentant un intérêt commun pour tout ou partie d'entre elles ; la conduite d'études et l'émission d'avis ou de propositions sur les questions d'intérêt commun.

Le Comité de liaison des institutions ordinales est composé des :

- ORDRES DES PROFESSIONS JURIDIQUES ET JUDICIAIRES**
- Ordre des avocats au Conseil d'État et à la Cour de cassation
  - Conseil de l'Ordre des avocats du Barreau de Paris
  - Conseil national des Barreaux

- Chambre nationale des huissiers de justice
- Conseil supérieur du notariat

### ORDRES DES PROFESSIONS DE SANTÉ

- Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes
- Conseil national de l'Ordre des infirmiers
- Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes
- Conseil national de l'Ordre des médecins
- Conseil national de l'Ordre des pédicures-podologues
- Conseil national de l'Ordre des pharmaciens
- Conseil national de l'Ordre des sages-femmes

### ORDRES DES PROFESSIONS TECHNIQUES ET DU CADRE DE VIE

- Conseil national de l'Ordre des architectes
- Conseil supérieur de l'Ordre des experts-comptables
- Conseil supérieur de l'Ordre des géomètres-experts
- Conseil supérieur de l'Ordre des vétérinaires

## COLLOQUE DU CLIO (SUITE)



En effet, l'intérêt de l'utilisateur et l'intérêt général doivent passer avant l'intérêt individuel du professionnel. Cette régulation est nécessaire, d'une part pour protéger le public – clients ou patients – et d'autre part pour défendre ces professions. Par exemple, interdire l'accès à une profession aux personnes qui n'en détiennent pas les diplômes et les compétences protège à la fois la profession et l'utilisateur de l'exercice illégal pour des raisons évidentes de sécurité dans la pratique de métiers techniques, juridique ou de santé. Les ordres sont donc les garants de la qualité et de la rigueur professionnelles. Ils défendent un socle de valeurs morales qui n'existeraient pas si on laissait seules agir les lois du marché.

Les intervenants du colloque, venus de spécialités différentes – sociologue, philosophe, député ou encore professeur de droit économique – sont revenus au cours des débats et tables rondes sur le rôle nécessaire des institutions ordinales. Ils ont aussi pointé du doigt leurs fragilités et les maux dont on les accuse, notamment le conservatisme et le corporatisme. Les ordres professionnels ne peuvent céder ni à l'un ni à l'autre. Ils ne doivent ni protéger leurs membres aux dépens des usagers, ni freiner inutilement l'innovation, la concurrence et la croissance.

### UN MONDE EN MUTATION

« Quelle est la place de la déontologie dans un monde ouvert et concurrentiel ? » Le droit français n'est plus le seul à influencer sur les réglementations qui régissent ces professions. La Commission européenne impose sa vision en matière de droit de la concurrence. La libre circulation des biens et des personnes pose de nouvelles questions, notamment sur l'exercice en France de ressortissants étrangers et la reconnaissance des diplômes. Le monde s'internationalise. Il se modernise également. Les avancées technologiques permettent de nouveaux modes de communications utiles aux professionnels mais qui questionnent aussi : « Comment exercer le secret professionnel à l'heure des technologies de la communication ? »

Ces questions ont été aux cœurs des débats de cette journée de réflexion sur l'avenir des ordres professionnels. Dernier constat : les institutions ordinales doivent communiquer davantage. Seuls 66 % des français ont déjà entendu parler de professions ordonnées et 22 % savent exactement de quoi il s'agit<sup>2</sup>. Il est plus que jamais nécessaire de faire connaître nos institutions pour les préserver et pour défendre notre système français. « Plus cette société est ou sera libérale, atomisée, ouverte, changeante, en métamorphose constante, plus nous aurons besoin de repères solides sur lesquels nous pourrions compter au-delà des réseaux de hasard ou des sollicitations publicitaires séduisantes. Plus nous aurons besoin d'instances indépendantes qui nous offrent une sécurité et une liberté suffisantes pour que nous puissions confier notre santé, notre argent ou nos droits à des professionnels responsables, de manière fiable, viable, vivable et vivifiante pour le devenir de nos sociétés de libertés. »<sup>3</sup>

1. Isabelle ADENOT, présidente du CLIO, Les actes du colloque du CLIO « Servir le public au 21<sup>ème</sup> siècle : les institutions ordinales plus utiles que jamais », page 3.

2. Sondage d'opinion réalisé par l'institut OpinionWay du 2 au 9 mai 2013 sur un échantillon représentatif de la population française de 1024 personnes.

3. Stephen BENSIMON, philosophe, directeur de l'IFOMENE et responsable de séminaires pour l'IEP de Paris. Les actes du colloque du CLIO « Servir le public au 21<sup>ème</sup> siècle : les institutions ordinales plus utiles que jamais », page 40.

## COLLOQUE

Le colloque « Servir le public au 21<sup>ème</sup> siècle : les institutions ordinales plus utiles que jamais » s'est déroulé le 5 juin 2013, aux Salons de l'Aveyron à Paris Bercy, sous le haut patronage de Pierre MOSCOVICI, ministre de l'économie et des finances, devant 300 participants.

### PROGRAMME

► DÉBAT 1 : Protéger le public, mission majeure et nécessaire de la régulation professionnelle.

#### TABLE RONDE 1

- Pourquoi faut-il une régulation professionnelle ?
- Les différents modes de régulation professionnelle : exemples français et internationaux.

#### TABLE RONDE 2

- Ordres et libertés : la défense des droits humains fondamentaux.
- L'exercice illégal.

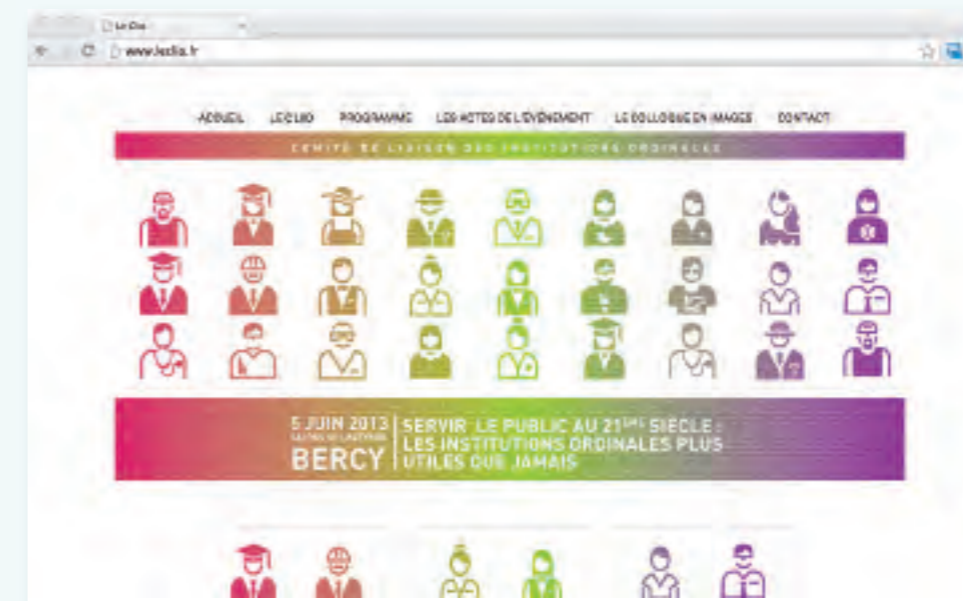
► DÉBAT 2 : Choisir la modernité des institutions ordinales.

#### TABLE RONDE 1

- La régulation professionnelle dans un monde en pleine évolution : les nouveaux défis des institutions ordinales (la déontologie dans un monde ouvert et concurrentiel, le secret professionnel à l'ère des technologies de la communication, décider en impartialité à l'heure des contraintes financières – indépendance professionnelle et conflits d'intérêt).

#### TABLE RONDE 2

- Les ordres, des vecteurs de modernité : exemples concrets de l'évolution des services rendus.



### en savoir plus

Un compte-rendu de l'intégralité du colloque est disponible en téléchargement sur le site

[www.leclio.fr](http://www.leclio.fr)

► rubriques : Les actes de l'événement

# ÉLÉMENTS FINANCIERS 2012

Les comptes annuels 2012 du Conseil national de l'Ordre des pédicures-podologues ont été certifiés, sans aucune réserve, par le commissaire aux comptes (Cabinet ARCCA).

Instaurée dès le départ par le Conseil national de l'Ordre, l'observance d'une sécurité et d'une transparence dans la tenue de la comptabilité de l'instance se fait par et à différents niveaux avec :

- le service comptable et le trésorier général au quotidien,
- la « Commission de contrôle des comptes et des placements financiers » qui se réunit deux fois par an lors du bilan annuel et lors de la mise en place du budget prévisionnel et qui donne un avis écouté à chacun des Conseils nationaux concernés,
- un cabinet d'expertise comptable qui établit les comptes,
- enfin un commissaire aux comptes qui les certifie et qui, en quelque sorte, supervise l'ensemble régional-national.
- Rappelons que la Cour des comptes reste la grande instance nationale susceptible de contrôles.

Ainsi, lors du **Conseil national du 20 juin 2013**, en présence de notre commissaire aux comptes, le bilan comptable et financier 2012 a été voté et comme l'année dernière nous parlons bien de **combinaison des comptes** (comptes de l'ONPP, entité combinante, et des comptes des 21 entités régionales dites CROPP) conformément aux normes comptables.

**L'Ordre (Conseil national et conseils régionaux) présente pour l'exercice 2012 un résultat déficitaire de -89 K€.** 2011 présentait un résultat déficitaire de -126 K€. Nous pouvons noter une diminution notoire de celui-ci pour cette année. Le Conseil national présente un résultat excédentaire de 53 322 € (contre -12 762 € en 2011 et -133 298 € en 2010), cependant l'exercice combiné montre un déficit de -89 197 € lequel résulte de l'augmentation des salaires et charges sociales dans les conseils régionaux (variation de charges de +6.1 %). Celle-ci est due notamment à la présence sur une année pleine des salariés embauchés en fin d'année 2011 dans les CROPP. ●

COMPTE DE RÉSULTAT 2012 (EN €)		
	31.12.2012	31.12.2011
<b>PRODUITS D'EXPLOITATION</b>		
Vente de marchandises		
Production vendue		
Prestations de services	4 967	5 256
<b>Montant net des produits d'exploitation</b>	<b>4 967</b>	<b>5 256</b>
Production stockée		
Production immobilisée		
Subventions d'exploitation		
Reprises sur amortissements, dépréciations, provisions et transferts de charges	9 109	29 902
Autres produits	3 246 542	3 194 661
<b>Total des produits d'exploitation</b>	<b>3 260 618</b>	<b>3 229 819</b>
<b>CHARGES D'EXPLOITATION</b>		
Achats de marchandises		
Variation de stocks (marchandises)		
Achats de matières premières et autres approvisionnements	-420	-16
Variation de stocks (matières premières et autres approvisionnements)		
Autres achats et charges externes	1 061 057	1 010 663
Impôts, taxes et versements assimilés	46 401	44 346
Salaires et traitements	391 733	377 996
Charges sociales	165 949	161 270
Dotations aux amortissements sur immobilisations	112 149	154 318
Dotations aux provisions sur immobilisations		
Dotations aux provisions sur actif circulant		26 700
Dotations aux provisions pour risques et charges	100	400
Autres charges	1 463 685	1 495 725
<b>Total des charges d'exploitation</b>	<b>3 240 654</b>	<b>3 271 402</b>
<b>1. RESULTAT D'EXPLOITATION</b>	<b>19 964</b>	<b>-41 583</b>
Quotes-parts de résultat sur opérations faites en commun		
Excédent attribué ou déficit transféré		
Déficit supporté ou excédent transféré		
<b>PRODUITS FINANCIERS</b>		
De participations		
Autres valeurs mobilières et créances de l'actif immobilisé		
Autres intérêts et produits assimilés	47 226	22 776
Reprises sur dépréciations, provisions et transferts de charges		
Différences positives de change		
Produits nets sur cessions de valeurs mobilières de placement		
<b>Total des produits financiers</b>	<b>47 226</b>	<b>22 776</b>
<b>CHARGES FINANCIÈRES</b>		
Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions		
Intérêts et charges assimilées		
Différences négatives de change		
Charges nettes sur cessions de valeurs mobilières de placement		
<b>Total des charges financières</b>		
<b>2. RESULTAT FINANCIER</b>	<b>47 226</b>	<b>22 776</b>
<b>3. RESULTAT COURANT AVANT IMPÔT</b>	<b>67 190</b>	<b>-18 807</b>
<b>PRODUITS EXCEPTIONNELS</b>		
Sur opérations de gestion		10 915
Sur opérations en capital		
Reprises sur dépréciations, provisions et transferts de charges		
<b>Total des produits exceptionnels</b>		<b>10 915</b>

CHARGES EXCEPTIONNELLES		
	31.12.2012	31.12.2011
Sur opérations de gestion	751	4 870
Sur opérations en capital		
Dotations aux amortissements, aux dépréciations et provisions		
<b>Total des charges exceptionnelles</b>	<b>751</b>	<b>4 870</b>
<b>4. RESULTAT EXCEPTIONNEL</b>	<b>-751</b>	<b>6 045</b>
Impôts sur les bénéfices	13 117	
<b>TOTAL DES PRODUITS</b>	<b>3 307 844</b>	<b>3 263 510</b>
<b>TOTAL DES CHARGES</b>	<b>3 254 522</b>	<b>3 276 272</b>
<b>5. EXCEDENT OU DEFICIT</b>	<b>53 322</b>	<b>-12 762</b>
Dont crédit-bail immobilier	36 378	36 378

COMPTES COMBINÉS AU 31 DÉCEMBRE 2012 (EN €)		
	31.12.2012	31.12.2011
Prestations de services		
Cotisations	3 239 041	3 190 002
Subventions d'exploitation		
Reprise de provision d'exploitation	6 404	
Transferts des charges	2 979	30 702
Autres produits d'exploitation	17 877	21 370
<b>Total des produits d'exploitation</b>	<b>3 266 301</b>	<b>3 242 074</b>
Autres approvisionnements		
Autres achats et charges externes	1 893 813	1 904 132
Impôts et taxes	102 401	96 759
Charges de personnel	1 276 025	1 202 330
Dotations aux amortissements et provisions	128 225	195 336
Autres charges	107	773
<b>Total des charges d'exploitation</b>	<b>3 400 571</b>	<b>3 399 330</b>
<b>RESULTAT D'EXPLOITATION</b>	<b>-134 270</b>	<b>-157 256</b>
Produits financiers	57 968	29 433
Charges financières	270	132
<b>RESULTAT FINANCIER</b>	<b>57 698</b>	<b>29 301</b>
<b>RESULTAT COURANT AVANT IMPÔTS</b>	<b>-76 572</b>	<b>-127 955</b>
Produits exceptionnels	10 659	17 849
Charges exceptionnelles	8 401	15 315
<b>RESULTAT EXCEPTIONNEL</b>	<b>2 258</b>	<b>2 534</b>
Impôt sur les bénéfices	14 883	1 060
<b>RESULTAT NET</b>	<b>-89 197</b>	<b>-126 481</b>

SYNTHÈSE DE L'ACTIVITÉ COMBINÉE			
	2012	2011	évolution
Produits de fonctionnement	3 256 918 €	3 190 002 €	2,1 %
Charges de fonctionnement	1 893 813 €	1 904 132 €	-0,5 %
Impôts et taxes	102 401 €	96 759 €	5,8 %
Charges de personnel	1 276 025 €	1 202 330 €	6,1 %
Résultat courant non financier	-134 270 €	-157 256 €	14,6 %
Résultat financier	57 698 €	29 301 €	96,9 %
Résultat exceptionnel	2 258 €	2 534 €	-10,9 %
Résultat de l'exercice	-89 197 €	-126 481 €	29,5 %



► Les comptes combinés de l'exercice 2012 du Conseil national de l'Ordre des pédicures-podologues ont été certifiés, sans aucune réserve, par le commissaire aux comptes (Cabinet ARCCA)

## PROJETS PILOTES PAERPA ET PÉDICURES-PODOLOGUES AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES

(SUITE DOSSIER)



### LE PÉDICURE-PODOLOGUE ET LA PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE ÂGÉE

Qu'il s'agisse de maintenir l'autonomie ou de soigner les personnes dépendantes, les pédicures-podologues doivent faire partie intégrante de l'équipe de professionnels qui accompagne la personne âgée. En coordination avec les infirmiers, médecins, masseurs-kinésithérapeutes et autres praticiens, tous doivent travailler main dans la main pour un meilleur suivi et une meilleure prise en charge. Cela nécessite que les professionnels se rencontrent, communiquent, connaissent et respectent leurs compétences réciproques.

#### > Le rôle central du pédicure-podologue

Les compétences du pédicure-podologue sont d'autant plus utiles aux patients que ces derniers sont plus âgés et la part des seniors, on le sait, va croissant dans notre société actuelle. La dépendance commence ou s'aggrave notamment lorsque le patient tend à présenter des troubles de la marche et de l'équilibre.

#### Le vieillissement de la population

Notre population vieillit. Cette évolution, à l'œuvre depuis de nombreuses années, va se poursuivre et s'intensifier. En 2020, les plus de 60 ans représenteront 40 % de la population, contre 12 % en 1900, 16 % en 1950 et 20 % en 2000. « La population âgée dépendante, en particulier féminine, va s'accroître d'ici 2020, nécessitant de prévoir non seulement le développement des

moyens d'hébergement collectif et d'aide au maintien à domicile, mais aussi d'amplifier la démarche de prévention des causes d'incapacité et de handicap chez les sujets âgés et très âgés. »<sup>1</sup>

Pour prendre en charge cette population croissante de façon optimale, il faut « savoir différencier les effets du vieillissement intrinsèque et les effets des pathologies dont l'incidence augmente avec l'âge. En effet, la prévention, le dépistage et la prise en charge précoce de ces pathologies peuvent améliorer considérablement l'espérance de vie sans incapacité lors de l'avancée en âge. »<sup>2</sup>

Les personnes âgées représentent une part importante de la patientèle du pédicure-podologue. Ses compétences (cf. encadré : Définition du métier de pédicure-podologue, page 11) sont au service du maintien de l'autonomie puisque le pédicure-podologue intervient sur l'ensemble de l'appareil locomoteur. La marche et l'équilibre peuvent être compromis par des douleurs et affections des membres inférieurs. Parmi les causes principales de trouble de la marche viennent l'arthrose de la hanche, du genou et du pied, l'artériopathie des membres inférieurs, les problèmes podologiques divers, les troubles de la statique plantaire ou encore le pied douloureux du vieillard, autant de causes sur lesquelles le pédicure-podologue doit apporter son savoir-faire.

<sup>1</sup> & <sup>2</sup>. Podologie du sujet âgé, Isabelle Herbaux, Hubert Blain, Claude Jeandel, Éditions Frison-Roche 2004.

#### Prévenir les chutes

La prévention des chutes constitue un des premiers leviers pour maintenir l'autonomie de la personne âgée, et c'est un levier sur lequel le pédicure-podologue peut agir.

Les chiffres et les conséquences des chutes parlent d'eux-mêmes. Un tiers des personnes de 65 ans et plus font au moins une chute chaque année. Selon le bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'Institut de veille sanitaire, les chutes sont responsables de 9 000 décès par an. En effet, il y a 450 000 chutes chez les personnes de plus de 65 ans nécessitant le recours aux urgences. La moitié des chutes se font après 75 ans, (30 % d'au moins une chute par an dans cette tranche d'âge) et elles surviennent principalement au domicile (78 %)<sup>3</sup>. L'association entre les troubles de l'équilibre, les troubles statiques et les risques de chutes est étroite et démontrée. Le rôle du chaussage est également essentiel. En France, tous âges confondus, les chutes représentent la première cause de décès par accident de la vie courante. Trois-quarts des décès surviennent chez les personnes âgées de 75 ans et plus. Elles entraînent environ 450 000 hospitalisations d'urgence chaque année. Les chutes sont l'accident le plus courant (70 %) pour les personnes âgées. Les répercussions secondaires sont multiples, allant des altérations psychiques et psychomotrices à la perte de l'estime de soi, une restriction d'activité et un confinement progressif.

À l'évidence, les savoir-faire du pédicure-podologue – l'adaptation du chaussage, le dépistage et le traitement des affections podologiques – jouent un rôle central dans la prévention des chutes. Malheureusement, les affections podologiques sont souvent négligées et les soins de podologie mal remboursés.

Cela dit, les chutes peuvent aussi résulter de la prise de médicaments, de troubles pathologiques divers, cardiovasculaires ou neurologiques. Elles sont souvent le fait d'une combinaison de facteurs. Cette problématique doit donc être abordée dans une vision globale de la prise en charge de la personne âgée. La coordination des soins et la communication entre professionnels sont primordiales.

<sup>3</sup>. INVS - BEH thématique 37-38 / 2 octobre 2007 « Epidémiologie et prévention des chutes chez les personnes âgées ».

### LA DÉFINITION DU MÉTIER DE PÉDICURE-PODOLOGUE

« Le pédicure-podologue intervient sur les troubles cutanés, morphostatiques et dynamiques du pied et des affections unguéales du pied, en tenant compte de la statique et de la dynamique du pied et en tenant compte des interactions avec l'appareil locomoteur. Le pédicure-podologue prescrit, confectionne ou adapte des dispositifs médicaux podologiques externes. Il prescrit et applique des topiques et des pansements. Le pédicure-podologue réalise des activités en matière de prévention, de formation, d'encadrement, d'éducation et de recherche. »

Bulletin officiel de santé protection sociale solidarité n° 2012/06

#### > Recommandations et coordination des soins

##### Les recommandations HAS pour la prévention des chutes

Sur ce sujet, les pédicures-podologues peuvent se référer aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) : *Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée*.

Les capacités d'adaptation au risque de chute accidentelle déclinent régulièrement avec l'avancée de l'âge. De nombreux facteurs intrinsèques ou extrinsèques peuvent favoriser la chute. Les conséquences en termes de mortalité et de morbidité sont bien souvent sous-estimées.

La chute peut être cause de traumatisme grave, parfois de décès. Son impact psychologique peut entraîner un « syndrome post-chute » avec désadaptation psychomotrice, qui met en péril l'autonomie de la personne âgée. Des mesures de prévention sont possibles, facilement applicables par tous les intervenants de premier recours auprès des personnes âgées : informer et conseiller les personnes autonomes dans leur lieu de vie et leur entourage ; repérer les personnes âgées fragiles et dépister les sujets à risque ; évaluer la situation particulière de la personne à risque afin de proposer des interventions individualisées adaptées.

##### Les recommandations HAS pour le pied de la personne âgée

La HAS a également publié des recommandations intitulées : Le pied de la personne âgée : Approche médicale et prise en charge de pédicurie-podologie (cf. encadré page 13). Elles sont destinées au pédicure-podologue, bien sûr, mais aussi aux autres professionnels de santé au contact des personnes âgées.

Ces recommandations, réalisées à la demande de l'Association nationale de recherche et

#### Proposition de loi :

**Une séance annuelle  
chez un pédicure-  
podologue pour les plus  
de soixante ans ?**

Monsieur Jean-Claude DECAGNY a déposé une proposition de loi pour la prise en charge par la Sécurité sociale d'une séance annuelle de soins chez un pédicure-podologue pour les assurés sociaux âgés de plus de soixante ans, sur prescription médicale. « Les soins de pédicurie sont extrêmement importants pour l'hygiène, ainsi que pour le confort des personnes âgées. Les lésions de pieds peuvent limiter fortement leurs déplacements et réduire l'autonomie des personnes âgées. »

RECOMMANDATIONS HAS



Se procurer les recommandations HAS : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_272462/fr/le-pied-de-la-personne-agee-approche-medicale-et-prise-en-charge-de-pedicurie-podologie](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272462/fr/le-pied-de-la-personne-agee-approche-medicale-et-prise-en-charge-de-pedicurie-podologie)

d'évaluation en pédicurie-podologie, concernent la recherche des affections podologiques des personnes âgées et leur prise en charge par les pédicures-podologues. Elles s'appliquent auprès de la population des personnes de 75 ans ou plus ayant la capacité de marcher ou de se tenir debout.

Au-delà de 75 ans, 30 % des patients ne sont plus à même d'assurer seuls les soins d'hygiène, la coupe d'ongles ou la surveillance cutanée de leurs pieds, du fait de troubles visuels, d'incapacité à atteindre leurs pieds, d'une force de préhension insuffisante ou de la présence de troubles cognitifs. La HAS recommande aux médecins de ne pas oublier d'effectuer un examen des pieds, au moins une fois par an, au cours d'une consultation régulière, afin d'identifier les facteurs de risque de complications secondaires avant tout traitement pédicural.

Il est recommandé au pédicure-podologue d'adapter ses techniques en fonction de la présence de troubles neurologiques et vasculaires et en fonction de la prise de médicaments tels que les anticoagulants ou les corticoïdes. Enfin, il est primordial d'éduquer le patient et/ou les aidants à la surveillance des pieds et définir les soins qu'il peut effectuer sans danger.

Ces recommandations détaillent l'examen clinique qui doit être réalisé par le pédicure-podologue. Cet examen clinique complet se porte sur les affections podologiques bien sûr, mais aussi sur les conditions de vie, d'habitat, d'entourage socio familial (aidants), en particulier lorsque le sujet ne peut lui-même assurer les soins qui lui sont nécessaires, les pathologies associées – diabète, pathologies neurologiques (troubles moteurs, sensitifs ou cognitifs), pathologies vasculaires, allergies, infections. Dans le cadre d'un bilan de chute, on évalue les troubles morphostatiques, les limitations articulaires et la fonction neuromusculaire du pied et de la cheville. On apprécie enfin les habitudes de chaussage. Il est recommandé d'évaluer les capacités fonctionnelles du patient âgé avant et après traitement afin d'identifier le risque de chute et de mesurer l'impact du traitement.

Au cours d'un interrogatoire, le pédicure-podologue doit notamment prendre connaissance :

- des antécédents de chutes,
- du périmètre et des aides de marche,
- du temps passé debout.

Enfin, le pédicure-podologue évalue l'équilibre debout statique, debout dynamique et le retentissement fonctionnel des symptômes du pied sur la capacité de déplacement extérieur et sur les activités quotidiennes, grâce à des tests et des grilles d'évaluation précis.

Le pédicure-podologue agit donc sur l'hygiène cutanée, l'éducation thérapeutique (surveillance quotidienne, hygiène, coupe d'ongles adaptée, gestes à éviter, choix du chaussage, inspection, mise en place d'orthèses, etc.), les techniques pédicurales et orthétiques et les conseils de chaussage. Mais une prise en charge optimale s'inscrit dans une coordination efficace des soins. Pour une prise en charge globale, la HAS recommande d'attacher une importance toute particulière à l'orientation des patients vers les autres professionnels de santé ainsi qu'à la communication entre les acteurs.

La communication entre professionnels

Pour faciliter la communication interprofessionnelle, la HAS a développé et mis à la disposition des professionnels de santé plusieurs outils. Ainsi, la fiche patient, la fiche de soins de pédicurie, la fiche clinique orthèse et un outil de liaison sous forme d'un carnet de suivi papier, permettent-ils à chaque intervenant de noter ses observations, conseils et propositions d'actions futures. La transmission de ces notes aux autres professionnels favorise un meilleur suivi des soins.

Le pédicure-podologue joue un grand rôle à son cabinet, à domicile, mais aussi en établissement. Serge CASIMONT encourage la mise en œuvre d'un bilan podologique pour les personnes âgées de plus de 75 ans à l'entrée des EHPAD (cf. interview page 15). Cette initiative, si elle voit le jour, permettra de renforcer le dépistage et la prévention afin d'éviter que des pathologies ne s'installent ou ne s'aggravent.

LES PROJETS PILOTES PAERPA

Le Ministère de la santé lance à la rentrée 2013 les premiers projets pilotes PAERPA avec pour objectifs d'optimiser l'efficience des soins. La dépense de santé de la France se situe au troisième plus haut niveau de l'OCDE. Les personnes âgées mobilisent entre le quart et la moitié des dépenses de santé.

En France, on comptait 1 320 000 personnes âgées dépendantes en 2008<sup>4</sup>, soit 10 % des personnes de plus de 60 ans. Une sur trois vit en institution. Ces personnes ont besoin d'actes de soins de la part de médecins – généralistes et spécialistes – d'infirmiers, de masseurs-kinésithérapeutes ou de pédicures-podologues. Ils ont besoin également de matériel médical. Le montant de ces dépenses s'ajoute au manque de place en EHPAD et exige d'en optimiser le fonctionnement. Le maintien à domicile, s'il est combiné à une bonne prise en charge des personnes âgées est une solution, tout comme l'amélioration de la coordination des soins.

Objectifs PAERPA

Les projets PAERPA obéissent à deux objectifs généraux :

- accroître la pertinence et la qualité des soins et des aides dont bénéficient les personnes âgées ;
- améliorer, sur un plan collectif, l'efficience de

4. Dépenses de soins de ville des personnes âgées dépendantes, Dossier Solidarité en Santé n°42, août 2013, DREES.

DPC : PIED DU SUJET ÂGÉ : BILAN PODOLOGIQUE

L'Ordre national des pédicures-podologues a, dans le cadre de la mise en place de l'EPP, proposé à ses praticiens un référentiel intitulé **Pied du sujet âgé : bilan podologique**, sur la base des recommandations de la HAS. Ce référentiel propose aux pédicures-podologues d'évaluer et d'améliorer leurs pratiques. Ce thème a été choisi car il correspond à une priorité de santé publique, pour optimiser la prise en charge de la personne âgée et l'accompagnement pluriprofessionnel, et pour favoriser le maintien à domicile de la personne âgée.

la prise en charge des personnes âgées dans une logique de parcours de santé et, sur un plan individuel, la qualité de vie de la personne âgée et celle des aidants.

Ces objectifs se déclinent en trois grandes thématiques

- améliorer la qualité de vie des personnes et de leurs aidants ;
- adapter les pratiques professionnelles au parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie ;
- créer les conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs.

Chaque fois, la mise en œuvre s'appuie sur les dynamiques locales, sur les organisations et les acteurs existants.



© Service de presse Mairisol Touraine

Les objectifs PAERPA concernent particulièrement les pédicures-podologues, notamment celui de prévenir la survenue ou l'aggravation de problèmes de santé et de la dépendance en mettant un accent particulier sur les facteurs de risque d'hospitalisation complète pour lesquels des marges d'amélioration ont été identifiées (dénutrition, dépression, problèmes liés aux médicaments et aux chutes). Par ailleurs, la méthode consiste à recentrer les professionnels de santé sur leur plus haut niveau de compétence.

### La population cible

La notion de « personnes âgées en perte d'autonomie » recouvre l'ensemble des personnes de 75 ans ou plus pouvant être encore autonomes mais dont l'état de santé est susceptible de s'altérer pour des raisons d'ordre médical et/ou social.

### L'approche Parcours

Comme son nom l'indique, le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) est fondé sur une approche parcours (cf. schéma ci-dessous : L'Approche parcours). Cette approche a ceci de particulier qu'elle prend comme point de départ une population donnée, contrairement à l'approche traditionnelle qui prend comme point de départ un type de structure ou le traitement d'une pathologie. L'objectif est donc de faire en sorte qu'une population reçoive les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures et au bon moment, le tout au meilleur coût. L'équilibre financier des projets pilotes est une condition déterminante de leur réussite.

### Les acteurs

Les projets pilotes PAERPA impliqueront l'action commune des ARS, des professionnels de santé de proximité, des structures de coordination et

d'intégration, des professionnels du secteur social et médico-social, des établissements de santé et des EHPAD.

### Missions et engagements des acteurs

- Les ARS : portage du projet et pilotage, accompagnement, financement, évaluation.
- Les professionnels de santé de proximité : coordination clinique de proximité, sous l'égide du médecin traitant, échange d'informations synthétiques, organisées et structurées dans une logique de parcours (passage de témoin au moyen d'outils informatiques efficaces et sécurisés). Ils bénéficieront d'une formation sur les facteurs d'hospitalisation évitables, l'éducation thérapeutique et la transmission d'informations.
- Les structures de coordination et d'intégration existantes.
- Les professionnels du secteur social et médico-social (conseils généraux, agences régionales de santé, communes et centres communaux d'action sociale, caisse d'assurance retraite et de la santé au travail, mutuelles, etc.) Ils s'engagent à recenser, communiquer et coordonner toutes les offres d'aides sociales disponibles pour les personnes âgées.
- Les établissements de santé : repérage des patients de plus de 75 ans en perte d'autonomie avant l'hospitalisation ou à risque de perte d'autonomie induit par l'hospitalisation; évaluation des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie ; réduction des risques de pertes d'autonomie iatrogénique et nosocomiale. « L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie. »<sup>5</sup>
- Les EHPAD : mise en place et actualisation des projets de vie personnalisés pour tous les résidents par une équipe pluridisciplinaire.

### Une expérimentation dans huit régions

Les projets pilotes PAERPA débiteront sous la forme d'expérimentations sur huit régions. Cinq débutent dès la rentrée 2013 : Île-de-France, Pays de la Loire, Midi-Pyrénées, Lorraine, et Centre. Trois suivront en janvier 2014 : Nord Pas-de-Calais, Aquitaine et Limousin.

<sup>5</sup> Art. L. 1111-8 du Code de la santé publique.

### Projet DPC PAERPA

Le Parcours de soins des personnes âgées en perte d'autonomie (PAERPA) fera partie des deux programmes nationaux de développement professionnel continu (DPC pour les établissements publics). Ce programme devrait accompagner les personnels hospitaliers dans la mise en œuvre des projets PAERPA.

## interview

Serge CASIMONT  
Pédicure-podologue installé depuis 31 ans  
à Saint-Herblain. Président du syndicat régional des  
pédicures-podologues Pays de la Loire, président de  
l'URPS des pédicures-podologues Pays de la Loire.



## «Les professionnels peuvent prévenir les chutes et œuvrer pour le maintien de la marche, à travers ce bilan podologique»

### ► Pourquoi un bilan podologique à l'entrée des EHPAD ?

Notre projet est de mettre en place un bilan podologique pour les personnes âgées de plus de 75 ans à l'entrée des EHPAD. Il est à l'initiative de la Commission personnes âgées de l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) des pédicures-podologues Pays de la Loire et s'inspire d'une action comparable menée par les chirurgiens-dentistes. Ces derniers ont signé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec les ARS sur le thème: bilan buccodentaire pour les personnes âgées de plus de 75 ans entrant en EHPAD. Nous avons rencontré l'URPS des chirurgiens-dentistes Pays de la Loire, puis nous avons travaillé sur notre propre projet avant de le présenter à l'ARS dont les premiers retours ont été très enthousiastes. Concrètement, cette action consiste en la prise en charge par l'ARS d'un bilan podologique pour les personnes âgées de plus de 75 ans entrant en EHPAD.

Il est évident que les pédicures-podologues ont une action importante à mener auprès des personnes âgées, au regard notamment des chiffres des chutes en France, de leurs répercussions en termes sanitaires et en termes de dépenses publiques. De la même manière que la prise en charge des patients diabétiques à risques par les pédicures-podologues a permis d'éviter des milliers d'amputations, les professionnels peuvent prévenir les chutes et œuvrer pour le maintien de la marche à travers ce bilan podologique.

### ► Comment fonctionnerait ce dispositif ?

Pour l'instant, nous sommes encore en discussions avec l'ARS. Il est prévu que nous menions une expérimentation dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens dans 15 EHPAD sélectionnés par l'ARS sur la base du volontariat. Chaque

nouveau résident de ces établissements bénéficiera d'un bilan initial à l'entrée, puis d'un bilan final un an après. Une fiche bilan sera portée au dossier médical du patient afin d'assurer un suivi de soins ou d'orthèses, au besoin. Cette fiche bilan permettra un travail pluridisciplinaire puisque tous les professionnels ont accès au dossier médical du patient, de l'infirmier au masseur-kinésithérapeute. Puisqu'on compte à peu près 25 nouveaux entrants en EHPAD chaque année, l'expérimentation devrait concerner environ 375 patients.

Du point de vue du financement, ces consultations seront prises en charge par l'ARS suite à la signature d'un contrat pluriannuel. L'URPS sera chargée de gérer cette enveloppe. Le pédicure-podologue, une fois effectué le bilan podologique, enverra un double du bilan à l'URPS qui lui versera le montant d'une consultation. L'URPS tiendra à jour une base de données afin de collecter les données, puis de tirer les conclusions de cette expérimentation, en particulier sur la diminution des chutes et le maintien de l'autonomie de marche.

### ► Quelles suites à cette expérimentation ?

Suite à cette expérimentation, si le bilan s'avère positif, ce dispositif pourrait se généraliser à toutes les personnes âgées de plus de 75 ans, à domicile, puisque le maintien à domicile fait partie des politiques de santé publique actuelles. La région Pays de la Loire fait partie des huit régions pilotes PAERPA. Elle compte aussi, parmi ses structures, le récent Gérontopôle autonomie à Nantes. Notre région semble toute choisie pour mener à bien une telle expérimentation.

### ► L'APPROCHE PARCOURS

Présentation de l'ARS :  
Expérimentation sur le PAERPA,  
Philippe DAMIE, Estel QUERAL,  
11 juillet 2013.

#### L'APPROCHE PARCOURS





## interview

## «Un EHPAD est un lieu de vie avant d'être un lieu de soins»

Jean-François QUÉMERAIS  
Pédicure-podologue, directeur de l'EHPAD  
L'Immaculée, directeur de l'Accueil de jour  
Alzheimer Retz - Accueil.



D.R.

### › Quels sont les enjeux de l'autonomie en EHPAD ?

À mon sens, il faut différencier la perte d'autonomie de la dépendance. L'autonomie est la capacité à faire ses propres choix. La dépendance est le besoin d'une aide extérieure pour réaliser des actes essentiels à la vie quotidienne. On peut être dépendant, pour se déplacer, faire sa toilette, faire la cuisine, mais être en capacité de faire ses propres choix. Afin de préserver l'autonomie, les équipes pluridisciplinaires intervenant en EHPAD interrogent le libre choix de la personne. Elles sont à l'écoute de ses besoins et de ses souhaits. Bien sûr, dépendance et perte d'autonomie vont souvent de pair chez les personnes âgées. Les résidents des EHPAD doivent avoir plus de 60 ans. Avant cela, on parle de situation de handicap. Il y a d'ailleurs peu de réponses satisfaisantes pour les personnes de moins de 60 ans en perte d'autonomie, par exemple pour les personnes atteintes d'un Alzheimer précoce. Les politiques de santé publique actuelles visent à éviter ou retarder les hospitalisations et à favoriser le maintien à domicile. Au sein de notre établissement, les résidents ont en moyenne 87 ans, ils entrent à 83 ans et pour une durée de 49 mois. Ces dernières années, cette durée a baissé, tout comme le nombre d'allers-retours à l'hôpital.

### › Comment fonctionnerait ce dispositif ?

Rappelons d'abord qu'un EHPAD est un lieu de vie avant d'être un lieu de soins. L'âge n'est pas une maladie. Les résidents ne sont pas en EHPAD pour guérir, mais pour vivre, avec bien sûr l'accès à tous les soins dont ils peuvent avoir besoin. Dans notre EHPAD un grand nombre de professionnels du soin sont représentés. Certains sont salariés : médecin coordonnateur, infirmier référent, infirmier de soins, aide médico-psychologique, aide-soignant, agent de service, assistant de soins en gérontologie, psychologue, d'autres sont libéraux : médecin, orthophoniste, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue ou ergothérapeute. La coordination s'articule grâce aux transmissions d'informations entre professionnels. Elle s'organise autour du médecin coordonnateur, mais il incombe à chacun de se faire connaître et de communiquer avec les autres professionnels.

### › Quels conseils donneriez-vous aux pédicures-podologues qui interviennent en EHPAD ?

Dans notre EHPAD comme dans la plupart des établissements, les pédicures-podologues ne sont pas salariés. Ils viennent à la

demande des résidents ou de l'équipe soignante. Pour améliorer la coordination des soins, j'encourage les pédicures-podologues à s'intégrer au maximum à l'équipe soignante. Les résidents conservent leurs propres soignants, s'ils en ont, ce qui permet un bon suivi des soins, mais il faut que ces soignants extérieurs nouent des relations avec les autres soignants de l'établissement. Cela commence par faire connaissance avec le directeur de l'EHPAD, le médecin coordonnateur et les infirmiers en prenant rendez-vous avec eux, par exemple.

Ces rendez-vous sont l'occasion de se rencontrer et de faire connaître sa profession et ses compétences, parfois méconnues. Ainsi, on peut s'engager à communiquer régulièrement, à donner des retours sur ses visites. L'Ordre national des pédicures-podologues travaille actuellement sur une convention type entre EHPAD et pédicures-podologues. Je souhaiterais qu'elle engage le professionnel à communiquer pour améliorer la coordination des soins. Il arrive que les professionnels se rendent en EHPAD pour une consultation sans croiser personne. S'ils ne font pas la démarche de se faire connaître ou si de l'autre côté, ils ne sont pas accueillis, il ne peut pas y avoir de connaissance mutuelle des métiers, ce qui freine la coordination. La mise en place d'outils est également primordiale. Les commissions de coordination gériatrique, par exemple, réunissent annuellement les professionnels de santé des EHPAD. C'est une bonne initiative qui permet de faire un bilan sur l'activité de soins. Malheureusement, les pédicures-podologues y sont sous-représentés.

Il est primordial que les différents professionnels progressent en matière de coordination et apprennent à développer un langage commun. Dans cette dynamique, l'Institut de pédicure-podologie de Rennes, par exemple, organise des rencontres thématiques entre étudiants de différentes professions. On y rencontre des étudiants pédicures-podologues, des masseurs-kinésithérapeutes, des ergothérapeutes et des médecins. C'est le genre d'initiatives qui permet aux professionnels de connaître leurs compétences respectives pour une meilleure coordination future.

## LA COORDINATION CLINIQUE DE PROXIMITÉ



### › Dispositif des projets pilotes

#### La coordination

La coordination clinique de proximité s'organisera sous l'égide du médecin traitant (cf. encadré : La coordination clinique de proximité, page 17) avec pour objectif principal de soutenir autant que possible la personne âgée à domicile, limiter le recours inapproprié à l'hôpital en urgence en améliorant les pratiques autour des facteurs de risques d'hospitalisation des personnes âgées.

Les acteurs au niveau territorial seront eux dirigés par la coordination territoriale d'appui. Cette dernière œuvrera à la structuration des informations, l'orientation et l'aiguillage des professionnels de santé et des patients. Cette coordination repose sur les systèmes de coordination et d'intégration existant sur le territoire (MAIA, CLIC, réseaux, filières, etc.). Les acteurs seront formés, notamment par le biais du DPC (cf. encadré Projet DPC PAERPA page 14).

#### Évaluation

L'ensemble du dispositif sera soumis à évaluation au moyen des indicateurs de processus, de consommations de soins, d'état de santé, de pratiques cliniques et de qualité des soins, et enfin de satisfaction et d'évaluation d'expérience du patient et des professionnels.

#### Les outils

Une série d'outils est mise à la disposition des professionnels :

- Le plan personnalisé de santé (PPS). Pour les personnes âgées souffrant d'un trouble sévère ou d'une polyopathie, les professionnels de santé formalisent un plan personnalisé de santé qui permet de gérer et d'anticiper la prise en charge.
- Le volet médical de synthèse (VMS)

est une fiche qui recense les coordonnées, antécédents, allergies, pathologies, traitements et facteurs de risques du patient, formalisé par le médecin traitant.

- Le dossier de liaison d'urgence, réalisé par le médecin coordonnateur des EHPAD permet de transmettre la fiche liaison en cas d'hospitalisation en urgences.
- Le compte-rendu d'hospitalisation, transmis au médecin traitant liste les causes de l'hospitalisation, les diagnostics, les actes et traitements principaux réalisés, la situation à la sortie et les préconisations d'aides et de soins.

Tous ces documents, dont les trames sont élaborées par la HAS, sont rédigés dans une logique de parcours et de passage de témoin.

Enfin, les outils de communication permettent de fluidifier les échanges d'informations : Annuaire, messageries sécurisées, dossier pharmaceutique (DP), dossier médical personnel (DMP), outils informatiques, etc.

#### CONCLUSION

**Très attendus, les projets pilotes PAERPA serviront d'expérimentation pour la mise en place d'un dispositif prometteur pour l'optimisation de l'efficacité des soins. Face à l'enjeu du vieillissement croissant de la population, l'amélioration de la prise en charge et de la coordination des soins des personnes âgées est effectivement nécessaire. Le pédicure-podologue, au même titre que tout professionnel de santé, se doit de participer à cette dynamique et trouver sa place au sein de ces dispositifs. Et personne n'est mieux placé que lui, ou que les institutions qui le représentent et l'accompagnent, pour faire connaître ses compétences et défendre sa profession. ●**

### › LA COORDINATION CLINIQUE DE PROXIMITÉ

Présentation de l'ARS :  
Expérimentation sur le PAERPA,  
Philippe DAMIE, Estel QUERAL,  
11 juillet 2013.

## LE « SUNSHINE ACT » À LA FRANÇAISE

Quelques explications sur la publication des liens d'intérêts et avantages accordés par les industriels aux professionnels de santé.

Le 21 mai 2013 paraît le décret n° 2013-414 du 21 mai 2013 dit « Sunshine act » et le 29 mai 2013 est publiée une circulaire d'interprétation. Ces deux textes viennent renforcer un dispositif déjà existant. En effet, l'article L. 1453-1 du Code de la santé publique (CSP) introduit par l'article 2 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 avait déjà pour objectif d'assurer une transparence accrue et d'améliorer l'information du public s'agissant des liens existants entre, d'une part, les entreprises produisant ou commercialisant des produits à finalité sanitaire ou cosmétique destinés à l'homme ou assurant des prestations associées à ces produits, et d'autre part, les différents acteurs intervenant dans le champ de la santé, notamment les professionnels de santé. Dans un communiqué, Marisol TOURAINE, ministre de la santé et des affaires sociales, souligne l'importance de ce décret, qui marque une avancée majeure en matière de transparence et de prévention des conflits d'intérêt. « *Si les relations entre professionnels de santé et industries sont indispensables au progrès médical, leur connaissance est un instrument de confiance entre les citoyens et le système de santé.* »

D'une part, le dispositif « loi anti-cadeaux » a pour objectif le contrôle des liens de

certaines professions de santé (médecins, pharmaciens, etc.). Il assure que les professionnels de santé, dans le choix qu'ils font d'un médicament, d'un matériel ou d'une prestation pris en charge par les régimes obligatoires de Sécurité sociale, ne soient guidés que par des considérations d'ordre médical. Ce principe éthique est d'ailleurs exprimé dans les codes de déontologie. Le professionnel de santé se doit de préserver son indépendance et la liberté de son jugement professionnel dans l'exercice de son activité avec pour seul objectif l'intérêt du patient.

D'autre part, le dispositif « transparence », en rendant public les informations qu'il vise, permet aux citoyens d'apprécier objectivement les relations entre professionnels de santé et industrie et contribue à dissiper tout soupçon éventuel quant à l'indépendance des professionnels de santé, des sociétés savantes et de la presse spécialisée, notamment à l'occasion de la révélation de faits de nature à entacher la confiance entre l'utilisateur du système de santé et ses acteurs (exemple de l'affaire Médiateur®).

### ► Publics concernés

Sont concernées par ce décret les professions de santé relevant de la quatrième partie du Code de la santé publique : médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien et préparateur en pharmacie, infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, manipulateur radio, technicien de laboratoire, audioprothésiste, opticien lunetier, prothésiste et orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées, diététicien, aide soignant, auxiliaire de puériculture, ambulancier – à l'exception des professionnels de santé salariés des industries de santé et des conventions de stage avec les étudiants.

En revanche sont également concernés les associations de professionnels de santé, les étudiants, les associations d'usagers, les établissements de santé, les fondations

ou sociétés savantes, les sociétés ou organismes de conseil, les sociétés éditrices de presse et de logiciels d'aide à la prescription et à la délivrance, les personnes morales assurant des formations initiales des professionnels de santé.

Ces professionnels entrent dans ce cadre lorsqu'ils concluent des conventions ou perçoivent des avantages dans l'exercice habituel de leur profession, et non lorsqu'ils agissent en leur qualité de consommateurs.

### ► Entreprises visées

Sont visées les entreprises qui produisent ou commercialisent un ou plusieurs des produits à finalité sanitaire destinés à l'homme. Pour exemple : les médicaments, y compris les insecticides, acaricides et antiparasitaires à usage humain, les préparations magistrales, les huiles essentielles et plantes médicinales, les matières premières à usage pharmaceutique, les produits contraceptifs et contragestifs, les biomatériaux et les dispositifs médicaux, les produits cellulaires, les produits destinés à l'entretien ou à l'application des lentilles de contact, les micro-organismes et toxines, etc. mais aussi les produits à finalité cosmétique : lentilles oculaires non correctrices, produits cosmétiques, produits de tatouage et les entreprises assurant des prestations associées à ces produits.

### ► Informations rendues publiques

Sont rendus publics *tous les avantages en nature ou en espèce, directs ou indirects (accordés à un proche), d'une valeur supérieure ou égale à 10 € TTC*, la nature de cet avantage (un repas, une invitation, un livre) ainsi que l'existence de conventions (par exemple des conventions de recherche).

**Pour les conventions**, chaque entreprise rend publique l'identité des parties ; soit lorsqu'il s'agit d'un professionnel de santé : le nom, le prénom, la qualité, l'adresse professionnelle et, le cas échéant, la qualification, le titre, la spécialité, le numéro d'inscription

à l'ordre ou l'identifiant personnel dans le Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) ; lorsqu'il s'agit d'un étudiant : l'établissement d'enseignement ; lorsqu'il s'agit d'une personne morale : la dénomination sociale, l'objet social et l'adresse du siège social ; l'identité de l'entreprise concernée ; la date de signature de la convention ; l'objet de la convention, formulé dans le respect des secrets protégés par la loi, notamment du secret industriel et commercial ; le cas échéant, le programme de la manifestation.

**Pour les avantages**, chaque entreprise rend publique l'identité de la personne bénéficiaire et de l'entreprise ; le montant, toutes taxes comprises, arrondi à l'euro le plus proche, la date et la nature de chaque avantage perçu par le bénéficiaire au cours d'un semestre civil ; le semestre civil au cours duquel les avantages ont été consentis.

À noter que le décret ne considère pas comme avantage les rémunérations, salaires et honoraires en contrepartie d'un travail ou d'une prestation de services réalisé par le professionnel de santé pour le compte de l'entreprise. Cependant il demeure une possibilité de requalification en avantage si le montant semble disproportionné par rapport à la tâche effectuée.

### ► Disponibilité de l'information

La publication sera centralisée à terme sur un **site Internet public unique**. Dans l'attente de la mise en place de ce site, ces informations seront publiées sur le **site Internet des ordres professionnels** concernés et sur le site Internet des entreprises. Ces informations sont mises, gratuitement et de façon accessible, à la disposition du public et actualisées de façon semestrielle.

### ► Entrée en vigueur

Les dispositions du décret sont applicables aux informations relatives aux conventions conclues et aux avantages consentis au cours de l'année 2012 qui doivent être transmises aux Conseils nationaux des ordres des professions de santé au plus tard le 1<sup>er</sup> juin 2013 et publiées au plus tard le 1<sup>er</sup> octobre 2013.

### ► Sanctions

Les entreprises qui omettent sciemment de publier les informations mentionnées à l'article R. 1453-2 du CSP en violation de l'article L. 1453-1 du CSP s'exposent aux

peines prévues par l'article L. 1454-3 du même Code pouvant aller jusqu'à 45 000 € d'amende. Des peines complémentaires sont également prévues pour les personnes physiques à l'article L. 1454-4 du CSP.

### ► Textes de référence

- Article L. 1453-1 du Code de la santé publique issu de l'article 2 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé ;
- décret n° 2013-414 du 21 mai 2013 relatif à la transparence des avantages consentis par les entreprises produisant ou commercialisant des produits à finalité

sanitaire ou cosmétique destinés à l'homme ;

- article L. 4113-6 du Code de la santé publique (loi anti-cadeaux) modifié par l'article 2 de la loi n° 2011-2012 précitée ;
- circulaire du 9 juillet 1993 relative à l'application de l'article L. 4113-6 du Code de la santé publique.

**pour en savoir plus**

Textes publiés sur [www.onpp.fr](http://www.onpp.fr)

### Concrètement

Dans l'attente de la mise en place d'un site Internet public et unique, les pédicures-podologues, étudiants en pédicurie-podologie, associations et sociétés savantes de pédicures-podologues, personnes morales assurant leur formation initiale, etc. verront les avantages consentis et les conventions qu'ils auront conclues avec les entreprises concernées publiés par le Conseil national de l'Ordre des pédicures-podologues.

Ce sont les entreprises qui transmettent les informations et non les pédicures-podologues. Le CNOPP, à l'instar des autres ordres de santé, demande à ce que les entreprises transmettent les informations dans un format exploitable, sur CDROM non réinscriptible et conformes aux données et aux délais fixés par décret. Ces conditions sont impératives pour que l'Ordre puisse satisfaire à son obligation de publication.

Par ailleurs, le décret du 21 mai 2013 procède au renforcement des dispositions réglementaires de la loi du 27 janvier 1993 dite « loi anti-cadeaux ». Conformément à l'article L. 4113-6, le pédicure-podologue a interdiction de percevoir des avantages en nature ou en espèces sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de Sécurité sociale. Il existe toutefois des exceptions à ce principe lorsque les avantages sont prévus dans des conventions passées entre les entreprises et les professionnels de santé si leur objet concerne des « activités de recherche ou d'évaluation scientifique », de même à l'occasion de « manifestations à but préventif, curatif, scientifique ou éducatif ». Désormais, le législateur a étendu le champ d'application de cette interdiction aux étudiants afin qu'ils ne soient pas financés directement ou indirectement au travers de leurs associations ou de leurs groupements catégoriels pendant leurs études et aux associations représentant les intérêts de ces étudiants ou représentant les intérêts des membres des professions de santé concernées. Ne sont pas visées par la loi les associations de professionnels de santé dont l'objet est d'exercer ou de participer à des activités de recherche en santé ou de formation médicale – dites « sociétés savantes ». ●



## EXERCICE PROFESSIONNEL

### “ Un pédicure-podologue titulaire d'un bail commercial est-il concerné par le versement d'un pas-de-porte ? „

Outre le loyer, le bailleur peut aussi demander au pédicure-podologue, locataire d'un bail commercial à l'occasion de son entrée dans les lieux, de lui verser un pas-de-porte aussi appelé droit d'entrée.

Le pas de porte est une somme versée en une seule fois, lors de la signature du bail. Son montant est fixé librement par les parties. Cette somme est définitivement acquise au bailleur, même en cas de résiliation du bail en cours de location. Le pas de porte peut recevoir trois types de qualification :

- Il est considéré comme un supplément de loyer (cas le plus fréquent) lorsque le propriétaire des murs souhaite se prémunir contre le risque de décalage entre la hausse de loyer et celle de la valeur locative réelle des locaux. Dans ce cas, il est pris en compte pour le calcul du loyer au moment de son renouvellement.
- Il est considéré comme une indemnité correspondant à la contrepartie pécuniaire d'éléments de natures diverses, notamment d'avantages commerciaux fournis par le bailleur sans rapport avec le loyer, ou la contrepartie du droit au renouvellement du bail ou de la dépréciation de la valeur vénale des locaux.
- Il peut aussi être mixte (à la fois supplément de loyer et indemnité).

Le propriétaire et le locataire ont intérêt à préciser clairement dans le bail, la qualification qu'ils entendent donner au pas-de-porte. À défaut, les

juges recherchent la commune intention des parties. Dans ce cas, ils considèrent généralement le pas-de-porte comme un supplément de loyer. Le versement du pas-de-porte ne doit pas être confondu avec le droit au bail. Ces deux notions sont juridiquement bien distinctes. En effet, le droit au bail est le droit dont dispose le titulaire d'un bail d'occuper des locaux et de bénéficier d'un droit au renouvellement du bail. C'est un élément du fonds appartenant au locataire sortant qui peut être cédé. Dans le cas de la reprise d'un bail existant, le droit au bail est la somme d'argent que le locataire entrant doit verser au locataire sortant au moment de la cession du bail.

### “ Est-il possible de modifier librement la destination contractuelle des lieux ? „

La destination contractuelle est une des clauses essentielles du bail puisqu'il s'agit de l'activité sur laquelle le bailleur et le locataire se sont entendus pour qu'elle soit exercée dans les lieux loués. Cette destination ne peut être modifiée unilatéralement par le locataire, dès lors s'il souhaite modifier son activité, il doit au préalable obtenir l'autorisation du bailleur. Deux récents arrêts de la 3<sup>ème</sup> chambre civile de la Cour de cassation en date du 5 février et du 5 mars 2013 ont rappelé que le locataire bénéficiaire d'un bail commercial doit respecter les clauses du bail et notamment ne pas modifier la destination des lieux sans l'autorisation du bailleur. Dans l'arrêt du 5 mars, la Cour de cassation a jugé que l'attestation du notaire faisant une autre description de la destination du bien loué telle qu'elle résulte du bail

ne peut valoir acceptation tacite du changement de destination par le bailleur.

À la faveur d'un changement de destination, le locataire n'est pas à l'abri de voir son propriétaire profiter de cette situation pour augmenter le loyer.

### “ Je détiens un « fichier patients » sous forme papier, dois-je le déclarer à la CNIL ? „

La loi n° 78-17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 encadre la collecte, la conservation et le traitement des données de santé. Ainsi, en tant que professionnels de santé, dès lors que vous détenez un fichier patients – informatisé ou sous format papier – vous devez **obligatoirement** le déclarer auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) via le formulaire « déclaration NS50 ». La procédure est simple et peut se faire directement sur le site [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

Parce que ces données relèvent de l'intimité et de la vie privée des patients, les informations contenues dans ces fichiers doivent faire l'objet d'une protection renforcée. Un guide des professionnels de santé publié par la CNIL en 2011 fait le point sur les droits et les obligations prévues par la loi informatique et libertés.

### pour en savoir plus

Lien de téléchargement :

[http://www.cnil.fr/fileadmin/documents/Guides\\_pratiques/CNIL-Guide\\_professionnels\\_de\\_sante.pdf](http://www.cnil.fr/fileadmin/documents/Guides_pratiques/CNIL-Guide_professionnels_de_sante.pdf)