



HAL
open science

Perception par les médecins généralistes du risque de non-respect involontaire du secret professionnel par un aménagement inadéquat des locaux

Emmanuel Genet

► To cite this version:

Emmanuel Genet. Perception par les médecins généralistes du risque de non-respect involontaire du secret professionnel par un aménagement inadéquat des locaux. Médecine humaine et pathologie. 2019. hal-03297689

HAL Id: hal-03297689

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297689>

Submitted on 23 Jul 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE
Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Emmanuel GENET

Le 26 Mars 2019

***Perception par les médecins généralistes
du risque de non-respect involontaire du secret professionnel
par un aménagement inadéquat des locaux.***

Enquête qualitative

Membres du jury :

M. le Professeur Paolo DI PATRIZIO Président du jury

M. le Docteur Laurent MARTRILLE Juge

M^{me} la Docteure Isabelle THAON Juge

M^{me} la Docteure Angélique GLUZIKI Juge et Directrice de Thèse



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne :
Professeure Laure JOLY

Assesseurs :

Premier cycle : Docteur Julien SCALA-BERTOLA
Deuxième cycle : Professeure Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Professeure Laure JOLY
SIDES : Docteur Julien BROSEUS
Formation à la recherche : Docteure Nelly AGRINIER
Relations Grande Région : Professeur Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Professeur Stéphane ZUILY

Chargés de mission :

Bureau de docimologie : Docteur Guillaume VOGIN
Orthophonie : Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Docteur Mathias POUSSEL
International : Professeur Jacques HUBERT
Vie Facultaire : Docteur Philippe GUERCI

Président de Conseil Pédagogique : Professeure Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Professeur Jean-Michel HASCOET

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER -
Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND -
Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY -
Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET -
Daniel BURNEL - Claude CHARDOT Jean-François CHASSAGNE - François CARRIER - Henry COUDANE -
Jean-Pierre CRANCE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX -
Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER -
Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ -
Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET -
Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE -
Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS -
Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET -
Pierre MATHIEU Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER -
Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU -
Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND -
Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON -
Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT -
Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER -
Denis ZMIROU

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE -
Bernard FOLIGUET - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER -
François KOHLER - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Yves MARTINET - Patrick NETTER -
Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN - Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD - Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER - Professeur Pierre-Yves MARIE - Professeur Pierre OLIVIER

2^e sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD -

Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Damien MANDRY -

Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^e sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL

3^e sous-section (*Biologie cellulaire*)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (*Bactériologie - virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI - Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI -

Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4^e sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^e sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT -

Professeur Frédéric MARCHAL

3^e sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

**48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{re} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER -
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^e sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (*Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL -
Professeur Faiez ZANNAD

**49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

1^{re} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD -
Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS -
Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

**50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE
ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^e sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET -

Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^e sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL - Professeur Stéphane ZUILY

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD -

Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY -
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME - Professeur Roland JAUSSAUD - Professeure Laure JOLY

3° sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

**54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT,
GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET -
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2° sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3° sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

43° Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Antoine VERGER

**44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE
ET NUTRITION**

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE -
Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2° sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL - Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (*Bactériologie - Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2° sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2° sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3° sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT - Docteur Julien BROSEUS - Docteure Maud D'AVENI (stagiaire)

2° sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE - Docteur Guillaume VOGIN

4° sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET

**48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1° sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Docteur Philippe GUERCI (stagiaire)

2° sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3° sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

**50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE
ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

4° sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4° sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire*)

Docteure Nicla SETTEMBRE (stagiaire)

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX - Docteur Anthony LOPEZ

2° sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Docteur Cyril PERRENOT

**54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT,
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

4° sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale*)

Docteure Eva FEIGERLOVA (stagiaire)

5° sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Madame Ketsia HESS -
Monsieur Christophe NEMOS

66^e Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE - Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982) *Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)*
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982) *Brown University, Providence (U.S.A)*
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982) *Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)*
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989) *Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)*
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996) *Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)*
Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996) *Université de Pennsylvanie (U.S.A)*
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996) *Université d'Helsinki (FINLANDE)*
Professeur Duong Quang TRUNG (1997) *Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*
Professeur Daniel G. BICHET (2001) *Université de Montréal (Canada)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005) *Institute of Technology, Atlanta (USA)*
Professeur Brian BURCHELL (2007) *Université de Dundee (Royaume-Uni)*
Professeur Yunfeng ZHOU (2009) *Université de Wuhan (CHINE)*
Professeur David ALPERS (2011) *Université de Washington (U.S.A)*
Professeur Martin EXNER (2012) *Université de Bonn (ALLEMAGNE)*

Remerciements

A notre Maître et Président du Jury,

Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO

Professeur des Universités de médecine générale

Directeur du Département de Médecine Générale de Nancy

Coordonnateur régional du DES de Médecine Générale

Médecin généraliste à Dombasle-sur-Meurthe

Vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté précocement à ce travail. Merci pour votre implication dans la nécessaire formation des étudiants en médecine générale et vos efforts pour la faire reconnaître à sa juste valeur.

Nous vous prions de croire en l'expression de notre gratitude et de notre plus grande considération.

A notre Juge,

Monsieur le Docteur Laurent MARTRILLE

Maître de Conférence des Universités

Praticien Hospitalier de Médecine légale et droit de la santé, CHRU Nancy

Vous nous faites l'honneur de participer à notre jury de thèse et de juger notre travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et notre profond respect.

A notre Juge,

Madame la Docteure Isabelle THAON

Maître de Conférence des Universités

Praticien Hospitalier de Médecine et Santé au Travail, CHRU Nancy

Vous nous faites l'honneur de participer à notre jury de thèse et de juger notre travail.

Nous vous prions de croire en l'expression de notre gratitude et de notre plus grande considération.

**A notre Juge et directrice de thèse,
Madame la Docteure Angélique GLUZIKI**

Maître de Stage des Universités

Médecin généraliste

Tu m'as fait l'honneur de bien vouloir diriger ce travail et je t'en suis profondément reconnaissant.

Je te remercie d'avoir eu la patience nécessaire depuis mon idée initiale du sujet jusqu'à sa longue réalisation. Merci de ton encadrement pendant mon semestre et tes explications, et surtout pour ta bienveillance et ton humanité.

Aux Docteurs Christelle KAISER et Damien GONTHIER du Département de Médecine Générale de Nancy pour m'avoir aidé à réorienter le sujet et pour les explications méthodologiques.

Aux médecins qui ont accepté de participer à cette étude, un grand merci pour vos témoignages.

Aux médecins des services lors de mes stages d'externe puis d'interne, à mes maîtres de stages, de m'avoir montré le médecin que je voulais être et celui que je voulais ne pas être.

A Amélie, sans qui ce travail n'aurait jamais existé. Merci d'être là tous les jours, c'est ce qui me donne l'envie de continuer d'avancer.

A ma famille, pour leur soutien indéfectible au long de toutes ses années de mon parcours tortueux, et qui n'a pas fini de l'être.

A mes amis, passés, présents, futurs, et surtout ceux qui sont les trois. Parfois nos chemins ont divergé, mais sachez que vous gardez une place pour toujours.

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

Table des matières

Remerciements	7
Liste des abréviations	15
1. Avant-propos.....	16
1.1. Du secret comme règle professionnelle à obligation légale.....	16
1.2. Le secret professionnel moderne	17
1.3. Evolution de la pratique médicale et des cabinets.....	18
1.4. Relation médecin-patient.....	18
1.5. Loi.....	19
1.6. Eléments techniques	20
2. Article	22
2.1. Introduction.....	22
2.2. Méthode	23
2.2.1. Type d'étude et méthodologie.....	23
2.2.2. Population de l'étude	23
2.2.3. Recrutement	23
2.2.4. Conduite des entretiens	24
2.2.5. Analyse qualitative	24
2.3. Résultats	24
2.3.1. Caractéristiques de l'échantillon	24
2.3.2. Résultats des entretiens	25
2.3.2.1. Point de vue initial de la problématique	25
2.3.2.2. Difficultés et isolement du généraliste	28
2.3.2.3. Image du patient.....	31
2.3.2.4. Réactions du praticien.....	33

2.4. Discussion	40
2.4.1. Forces et limites de l'étude	40
2.4.2. Analyse des données.....	41
2.4.2.1. Point de vue initial de la problématique.....	41
2.4.2.2. Difficultés et isolement du généraliste	42
2.4.2.3. Image du patient.....	43
2.4.2.4. Réactions du praticien	44
2.4.3. Conclusion	47
3. Perspectives	48
3.1. Formation et accompagnement des médecins généralistes.....	48
3.2. Cas du généraliste exerçant en cabinet qui n'est pas le sien	48
3.3. Elargissement et poursuite des recherches.....	49
4. Bibliographie	50
5. Annexes	52
Autorisation.....	55

Liste des abréviations

dB : décibel

DnTA : isolement acoustique standardisé pondéré

Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ERP : établissement recevant du public

HAS : Haute autorité de santé

HQE : haute qualité environnementale

LnAT : niveau de pression acoustique normalisé

URPS : Union régionale des professionnels de santé

1. Avant-propos

1.1. Du secret comme règle professionnelle à obligation légale

« Secret », nom masculin issu du latin *secretum*, pensée ou fait qui ne doit pas être révélé, a désigné dès l'origine un ensemble de connaissances réservées à quelques-uns (1). Etymologiquement secret et excrément ont la même origine, en effet les deux sont des choses qui sortent dont on ne parle pas, ou dont on n'aurait pas dû parler.

La notion de secret professionnel dans le monde médical est ancienne, déjà dans le serment d'Hippocrate (Ve siècle avant J.C.), mais ne repose alors sur aucun élément légal, uniquement une obligation morale (2). Les médecines antiques retrouvent toutes une notion de sagesse et de respectabilité, sans le côté strict et surtout dogmatique du serment. Par la suite, Galien (Ile siècle) ne semble lui pas de soucier de secret dans ses écrits, mais semble-t-il plus parce que cela allait de soi que par absence d'intérêt.

Au Moyen âge puis surtout à la Renaissance, le secret prend une valeur confessionnelle, sur un plan quasi religieux. Cassiodore (VIe siècle) décrit les médecins « consacrés par des serments analogues à ceux du prêtre » (3) confirmé par le concile de Latran (1215), et les soins se déplacent bien souvent dans des institutions religieuses. Les nouveaux statuts de l'Université de Paris présentés au Parlement (3 septembre 1598) contiennent la phrase « personne ne divulgue les secrets des malades, ni ce qu'il a vu, entendu ou compris » (4). Il reste toujours des exceptions pour les maladies contagieuses ou blessures criminelles (sous Philippe le Bel en 1311, réaffirmé sous Louis XIV en 1666). Toutefois Ambroise Paré nomme les patients dans ses ouvrages, par volonté de crédibilité (5).

A partir de 1761, une formule : « que personne ne divulgue les secrets des malades, ni ce qu'il a vu ou entendu ou compris » sera imprimée sur toutes les thèses de Docteur en Médecine. C'est le Doyen Lallemand, reprenant le serment rédigé en 1790 par le Doyen René de la Faculté de Montpellier, qui fera du texte d'Hippocrate une adaptation dont nous nous servons encore. Enfin, la France est le premier pays à introduire dans la législation la protection du secret professionnel sous l'intitulé « Intérêt privé pour la protection de l'intimité des personnes, intérêt public du secret car l'état de médecin doit garantir la discrétion. » (1810) (6). Le secret passe ainsi du statut de règle

professionnelle à celui d'obligation légale. L'exercice de la médecine acquiert les caractéristiques libérales (libre choix, liberté de prescription, entente directe) qui régissent l'activité de la plupart des praticiens actuels, l'existence du secret médical général et absolu étant posée comme un élément essentiel de cette charte déontologique médicale. L'arrêt de la Cour de Cassation du 18 décembre 1885 dans l'affaire Watelet confirma l'obligation du secret général et absolu (7). Le délit existe dès que la révélation est faite avec connaissance même sans intention de nuire. Le secret est donc général et absolu, sauf dérogations – nombreuses – facultatives ou obligatoires toujours prévues par la loi.

En tant que garant de la déontologie, les conseils de l'ordre sont l'aboutissement moderne de l'évolution de cette notion, depuis leur esquisse en 1923, puis par la création du premier code de déontologie en 1947 (8).

1.2. Le secret professionnel moderne

Communément appelé secret médical, le terme de secret professionnel est à favoriser de nos jours. En effet, plus qu'une habitude de langage, cette locution « secret médical » est source d'erreur. D'abord, elle laisse à penser qu'il ne s'applique qu'au médecin. Or, dans son utilisation contemporaine, le secret professionnel intègre bien les collaborateurs du médecin, mais aussi les autres professions médicales ou paramédicales, les pharmaciens, et tous ceux qui peuvent être amenés à s'occuper du patient. Les médecins ne sont d'ailleurs plus nommés dans le Code pénal (9).

Actuellement, une partie de la population ajoute un sens proche du concept de Secret-Défense à « secret médical », c'est-à-dire des informations que le médecin leur cache à eux, patients, sur leur propre santé, ou sur certaines connaissances scientifiques. Bien que le code de déontologie prévoie la possibilité de pouvoir laisser le patient dans l'ignorance d'un pronostic funeste, dans son intérêt uniquement ou parce qu'il a précédemment exprimé son refus d'information en pareil cas, la croyance populaire est bien plus large avec une notion négative d'information retenue contre son gré.

A cela s'ajoute que le secret ne couvre pas qu'un diagnostic par exemple, mais aussi des habitudes de vies ou des confessions intimes portées à la connaissance du médecin (10). A noter que la très populaire encyclopédie participative en ligne

Wikipédia Français titre toujours son article « Secret médical en France » (11) au côté d'un autre article plus général intitulé « Secret professionnel » mais présentant une sous-section « secret médical » (12).

1.3. Evolution de la pratique médicale et des cabinets

La pratique même de la médecine a évolué. D'abord au chevet du malade, puis s'ajoute la pratique dans des établissements hospitaliers. Dans l'antiquité, les patients n'avaient recours à un médecin qu'à un stade avancé de la maladie, et, d'un autre côté, rares étaient ceux autorisés à pénétrer l'intimité des maisons. Ensuite se développèrent au Moyen-Âge les établissements de soins. Les spécialités médicales firent leur apparition officielle au cours du XIXe siècle, d'abord académiques puis auprès des patients dans les établissements (13). Et puis très récemment, la reconnaissance du médecin spécialiste en médecine générale (14), prolonge dans la modernité le rôle du médecin de famille remontant à l'antiquité.

Au fil des années, la médecine générale, dite « de ville » (y compris en campagne), s'est déplacée progressivement du domicile des patients vers les cabinets médicaux. Un tournant de la pratique fut la suppression du remboursement de la majoration visite pour les cas non médicalement justifiés (15). A cela s'ajoute la surcharge de travail des généralistes qui évitent donc toute perte de temps liée aux déplacements (éléments précisés lors de nos entretiens par plusieurs généralistes). D'un cabinet isolé où le médecin travaillait seul, la profession s'est d'abord concentrée dans des cabinets de groupe, permettant l'apparition d'un secrétariat, et maintenant en maisons de santé associant d'autres professionnels médicaux et paramédicaux.

Ainsi la pratique s'oriente progressivement vers la création de petits centres de soins locaux, parfois de plus en plus aux allures de cliniques, alors que les hôpitaux publics se raréfient et que le nombre de médecins libéraux décroît (16) (17).

1.4. Relation médecin-patient

Dans ce travail, nous aborderons la notion de relation médecin-patient. Elle est bien délicate à définir, étant plus une discussion philosophique. Nous considérons ici qu'elle décrit la bonne relation entre le médecin et son patient, c'est-à-dire aussi la pleine

capacité du médecin à établir un diagnostic dans un cadre de confiance du patient et de consultation sereine. C'est un concept humaniste et non légal.

1.5. Loi

Quant à elle, la loi précise dans le Code pénal : « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. » (9). Il s'agit ici d'une divulgation volontaire, ce qui n'est pas le cas dans notre étude. Ce texte ne s'applique donc pas, il ne peut y avoir de délit.

Au niveau de la déontologie médicale pouvant entraîner une sanction disciplinaire ordinale, le Code de Santé Publique indique : « Toute personne prise en charge par un professionnel de santé (...) a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. » (18), ce qui confirme cette nécessité générale de respect du secret professionnel. « Le médecin doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable, de locaux adéquats pour permettre le respect du secret professionnel et de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il pratique ou de la population qu'il prend en charge. » (19) : ce texte est plus précis, spécifiquement pour les locaux. En outre « Il [Le médecin] ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux ou la sécurité des personnes examinées. » (19), donc si nous considérons le secret professionnel comme partie intégrante de la qualité des soins, il convient au médecin de refuser toute pratique ne pouvant garantir dans de bonnes conditions, le respect de ces règles.

Ainsi, la divulgation involontaire due à un défaut d'aménagement des locaux s'inscrit dans le même cadre que la gestion de la sécurité informatique et des locaux ou de la destruction des documents papiers.

1.6. Éléments techniques

Pour ce qui est de la voix, le seuil de compréhensibilité se situe vers 10dB. Un chuchotement est de l'ordre de 25dB, une voix parlée vers 50 à 60dB, une voix forte, fréquente en consultation, vers 70dB, un cri plutôt vers 85dB. Ainsi une atténuation de 20 à 40dB permet toujours la compréhension, et même avec une perte de 40 jusqu'à 70dB, une voix forte ou criée peut toujours être comprise.

Il faut toutefois bien faire la distinction entre bruit ou voix entendue, et des paroles compréhensibles. Dans le cadre de notre travail sur le secret professionnel, nous ne nous intéressons qu'en la possible compréhension du contenu de la consultation, et pas à la gêne auditive due au bruit, qui a une grande importance dans la qualité de la consultation, mais n'altère pas la confidentialité.

Il existe bien des normes de protection contre le bruit. En effet, la loi prévoit 35dB dans la salle de soin. Mais elle ne traite pas de l'inverse, et correspond à la quiétude et non pas au secret. Elle est surtout écrite pour les établissements de soin publics et non pour un cabinet privé. L'arrêté du 25 Avril 2003 fixe l'isolement acoustique standardisé pondéré (DnTA) et le niveau de pression acoustique normalisé (LnAT) pour différentes pièces et situations, globalement de 35 à 40dB selon les salles, et jusqu'à 47dB (20).

Nous avons rencontré des professionnels ayant construit un certain nombre de maisons de santé dans la région. Un cabinet privé tombe dans le cadre d'ERP mais de type commercial (bureaux, tertiaire) : cette norme ne s'applique donc pas, il faut se référer au référentiel HQE Cible 9 en l'absence d'obligation phonique. Par soucis de bons résultats, un constructeur nous dit lors des constructions neuves systématiquement convenir avec ses clients de s'aligner sur les normes des établissements de santé la plus dure (HQE, DnTA+3). Par expérience, il prend la catégorie au moins supérieure devant les spécificités des cabinets médicaux. Il utilise donc par exemple des plaques Siniat Pregytwin® BA25S (Rw+C 67dB) au lieu des BA18S recommandées par le fabricant (plaques doubles encollées), sur des rails larges 70mm isolés avec de la laine de roche (21).

Il est important de faire attention à toute fuite phonique (prises de courant...), à monter les cloisons jusqu'au toit car les faux plafonds ont une performance acoustique limitée de l'ordre de 30dB. La porte est un point faible avec un maximum d'atténuation vers 42dB. Un chambranle englobant spécifique est nécessaire et les possibilités

phoniques sont en deçà des murs, malgré l'utilisation de joints en compression et inférieur afin d'étanchéifier la porte. Il faut toujours prendre soin de respecter une certaine distance et disposition par rapport à la porte pour une parfaite efficacité. Sinon une double porte renforcera, mais perd en praticité.

L'utilisation de vitres de sécurité 44.2 est une bonne réponse au problème d'isolation phonique et préviendra aussi les risques de défenestration, pour un amortissement de l'ordre de 37dB.

Pour les locaux anciens, une rénovation avec isolation phonique complète est tout à fait envisageable, mais son coût sera alors proche de celui du neuf. Il faudra refaire ou doubler les murs, poser une dalle flottante coupée aux cloisons, car le sol d'un seul tenant transmet le son par transmission latérale (22), changer toutes les huisseries portes et fenêtres, et adjoindre un faux plafond, voire des baffles anti-bruit. Ces travaux sont donc très conséquents, et réservés à un professionnel.

2. Article

Titre : Perception par les médecins généralistes du risque de non-respect involontaire du secret professionnel par un aménagement inadéquat des locaux.

Genet E.¹, Gluziki A.¹, Di Patrizio P.^{1,2}

1. Département de médecine générale, Faculté de médecine de Nancy, Université de Lorraine 9 avenue de la Forêt de Haye 54500 Vandoeuvre les Nancy

2. Laboratoire INTERPSY EA 4432 (axe PRISME) Université de Lorraine 22 boulevard Albert 1^{er} 54000 Nancy

2.1. Introduction

Le secret professionnel est un élément prépondérant et ancestral de notre pratique. D'abord une règle professionnelle depuis plus de 2 millénaires, il est désormais une obligation légale depuis 2 siècles (6). Toutefois, le Code pénal décrit le côté volontaire de la divulgation, c'est-à-dire rapporter à autrui, des informations concernant le patient (9). Il n'existe pas à l'heure actuelle de texte s'intéressant spécifiquement au côté involontaire. En effet, un tel manquement peut avoir tout de même des conséquences pour nos patients. Le Code de Santé Publique s'attarde plus sur les locaux au sein du Code de déontologie (19). Dans une société qui se modernise, où les informations circulent de plus en plus rapidement, et aussi où la population est de plus en plus procédurière, il est important d'envisager d'autres modes de divulgation du secret.

L'objectif principal est donc d'évaluer le ressenti des médecins généralistes libéraux par rapport au risque de divulgation involontaire du secret professionnel par un aménagement inadéquat des locaux. L'objectif secondaire est d'identifier leurs difficultés dans ce contexte.

2.2. Méthode

2.2.1. Type d'étude et méthodologie

L'étude qualitative de type exploratoire a été réalisée par entretiens individuels semi-directifs auprès de médecins généralistes en Décembre 2018 et Janvier 2019. Les entretiens ont été conduits en individuel et en face-à-face pour mettre en confiance les participants. Les entretiens étaient semi-directifs pour permettre d'explorer et d'approfondir le sujet. Un guide d'entretien a été rédigé, puis modifié au cours de l'étude pour réajuster les questions en fonction des premiers résultats.

2.2.2. Population de l'étude

Les critères d'inclusion étaient tout médecin exerçant la médecine générale en cabinet de manière libérale.

Le critère d'exclusion était une profession autre que médecin généraliste, ou une situation d'exercice autre qu'en cabinet libéral.

2.2.3. Recrutement

Les médecins contactés sont des praticiens lorrains que l'auteur connaissait et a remplacé au préalable lors de son exercice professionnel. Le premier contact s'effectuait en personne, par courriel, ou par téléphone, le sujet exact de la thèse n'étant pas mentionné. Un entretien en tête-à-tête était proposé, à la date et au lieu de convenance du médecin. La sélection des médecins était réalisée par échantillonnage raisonné en fonction de données sociodémographiques (âge, sexe, lieu et type d'exercice, patientèle) et relatives au cabinet (âge, nombre de praticien, type de fonctionnement, nombre d'actes quotidiens). Pour les groupes ou les maisons de santé, un seul praticien a été interrogé dans chaque structure, exception faite des entretiens E4 et E7 car d'avis divergeant. Ces données étaient recueillies par l'auteur au cours de chaque entretien. Toutes les réponses ont été positives, aucun refus n'a été enregistré.

Le recrutement des participants s'est achevé à saturation des données, c'est-à-dire lorsqu'il ne se dégageait plus de nouvelles données lors de plusieurs entretiens

consécutifs avec une variété maximale de profils des participants. Au total, il a été réalisé douze entretiens analysés en plus d'un entretien pilote non exploité dans l'étude, servant à concevoir le guide d'entretien.

2.2.4. Conduite des entretiens

Les entretiens étaient enregistrés avec l'accord du participant via le logiciel Samsung Enregistreur Vocal (21.0.22.165) sur un système Samsung Galaxy S7 (SM-G930F) sous Android 8.0.0 Samsung Experience 9.0, au format M4A, utilisant le mode double microphone pour différencier les deux locuteurs, puis retranscrits au mot à mot en utilisant l'outil oTranscribe sous Google Chrome 71 et finalisés sous Microsoft Word 1812 pack Microsoft Office 365 ProPlus 64bits, utilisés sur des micro-ordinateurs Asus Zen AIO Pro (Z240ICGK-GK118X) et Corsair One Pro (CS-9000011-EU) sous Windows 10 64bits Pro 1803. Les signes de communication para-verbaux et non-verbaux ont été rapportés.

Les entretiens ont duré entre dix-neuf et soixante-deux minutes.

2.2.5. Analyse qualitative

L'analyse des entretiens a été faite par une méthode d'analyse thématique selon la méthode inductive de théorisation ancrée. Une grille d'analyse récapitulative a été rédigée pour observer les récurrences de thèmes et la diversité des résultats, en utilisant le logiciel NVivo 12 Pro 64bits (sur les ordinateurs précédemment cités) pour faciliter sa conception. La triangulation des données a été réalisée par 2 chercheurs, le thésard et sa directrice.

2.3. Résultats

2.3.1. Caractéristiques de l'échantillon

Les caractéristiques des médecins interrogés sont détaillées dans le Tableau 1.

Tableau 1 – caractéristiques des médecins interrogés	
	Nombre n=12
Sexe (n) : homme / femme	7 / 5
Age (années) : moyenne ± écart-type (extrêmes)	49,58 ±12,26(30-63)
Type d'exercice (n) : urbain / semi-rural / rural	4 / 4 / 4
Lieu (n) : Meurthe-et-Moselle / Meuse / Moselle / Vosges	2 / 2 / 1 / 7
Installation (n) : isolé / groupe / maison de santé	3 / 5 / 4
Secrétariat (n) : non / à distance / sur place	1 / 3 / 8
Propriétaire / locataire (n)	9 / 3
Age de bâtiment (années) : construction	33,25 ±21,28 (1-65)
dernière réfection majeure	17,58 ±17,78 (0-55)
Aménagement du bâtiment en cabinet (n) : initial / secondaire	8 / 4
alentours (n) : accès privé / public	4 / 8
Actes (n/jour) : Consultations : moyenne (extrêmes)	30,25 ±9,40 (16-55)
Visites : moyenne (extrêmes)	2,75 ±2,20 (0-8)
Patientèle (n) : jeune, variée, âgée	1 / 9 / 2
Types de consultations (n) : libres / mixtes / RDV	1 / 1 / 10

2.3.2. Résultats des entretiens

Les résultats sont regroupés par nœuds d'analyse. Les entretiens où ceux-ci apparaissent sont notés EX pour Entretien X.

2.3.2.1. Point de vue initial de la problématique

a) Penser au sujet : s'être posé la question (E1,2,3,4,5,7,8,9,10,11,12)

La quasi-totalité des praticiens se sont interrogés sur la confidentialité de leurs locaux. Ce thème ressort dans tous les entretiens hormis le 6. C'est un sujet important pour les médecins.

- « *On est assez sensible à ça.* » (E2)
- « *C'est important* » (E4)

C'est d'ailleurs un élément pris en compte pour les médecins ayant construit leur maison de santé.

- « *On a pensé à la base, avant même de m'installer* » (E5)

- « *j'ai demandé à ce que ce soit insonorisé suffisamment* » (E10)
- « *Ça a été dans les cahiers des charges qu'on a imposé* » (E11)
- « *ça me semble tellement évident de prévoir un bâtiment qui est voué à une pratique médicale de penser à l'isolation phonique* » (E12)

Avec ses limites, chez un médecin déçu du résultat (mais qui prévoit des travaux d'amélioration).

- « *Mais le son, on n'a peut-être pas assez travaillé* » (E4)

b) Ne pas y avoir pensé (E3,4)

Certains médecins les plus âgés reconnaissent ne pas y avoir pensé dans leurs débuts. Ceci est rattaché à l'évolution des pratiques et de la société. Actuellement, ils y font attention. Un médecin s'exprime à propos du changement de son ancien cabinet vers la maison de santé qu'il a fait construire.

- « *c'est vraiment une autre époque, donc j'ai voulu démarrer dans cette époque pour arriver là.* » (E4)

c) Plainte des patients (E1,4,5,12)

La doléance directe des patients est rare. Dans l'entretien 12, une doléance est retrouvée, mais seulement après enquête de satisfaction (sur papier anonyme en salle d'attente) sur la nouvelle maison de santé, et non pas exprimé spontanément au médecin. Les entretiens relatant des plaintes spontanées, décrivent aussi, à l'époque (des aménagements ont été réalisés depuis), une isolation phonique proche du néant.

- « *il y a des gens qui se sont plaints de trop bien percevoir ce qu'on pouvait dire dans le cabinet médical.* » (E1)
- « *Oui, "on entend tout, quand même faut parler moins fort, tout à l'heure j'ai bien entendu ce que vous avez dit" Ah oui les gens le disaient.* » (E4)

Cependant, il semble que la gêne soit plus liée au fait d'entendre les pathologies des autres patients, que liée à la préservation du secret pour eux-mêmes.

- « *Non, ça ne la gênait pas par rapport au secret médical mais d'entendre ce qui se passait dans le bureau.* » (E1)

d) La divulgation est inacceptable (E1,3,4,7,9,10,11,12)

La majorité des médecins expriment leur volonté de respecter le secret. Les entretiens ne le décrivant pas directement présentent cette volonté implicitement (E2,5,8) puisque des réflexions, des travaux et des mesures ont été réalisés en ce sens.

- « *ce n'est pas possible que les gens puissent entendre ce qui se dit au niveau du cabinet* » (E1)
- « *c'était impératif* » (E10)
- « *ce qui se passe à l'intérieur de ton cabinet reste dans ton cabinet* » (E12)

e) Le médecin est responsable du secret vis-à-vis des patients (E1,2,3,4,5,8,9,10,11,12)

Les médecins se sentent globalement responsables, avec une vraie idée déontologique.

- « *On est responsable vis-à-vis de nos patients, ceux qui sont dans notre cabinet. (...) Le garant du secret je suis bien sûr que c'est nous* » (E1)
- « *si une information devait transpirer par les murs, même sans faire exprès, je me sentirais responsable* » (E9)
- « *Tu dois protéger ton patient. Peu importe les conditions, en tout cas tu dois protéger ton patient.* » (E11)

Il y a aussi une notion plus réglementaire, évoquée avec un médecin locataire.

- « *Toujours est-il que le jour où je pense qu'un patient se plaindra de ça, ce n'est pas le propriétaire qu'il ira voir mais le médecin qui pratique dans le cabinet. Clairement, la responsabilité, elle sera mise judiciairement en tous les cas sur le dos du praticien et pas sur le dos du propriétaire.* » (E12)

f) Différence entre versant légal et pratique médicale (E1,2,4,5,8,11)

Les praticiens reconnaissent ne pas s'occuper des textes de loi, mais se préoccuper uniquement de leur pratique, dans l'esprit du respect du serment d'Hippocrate.

- « *rattachons-nous à protéger le patient* » (E11)

Un jeune médecin a des craintes sur le plan judiciaire, c'est-à-dire un procès ou des sanctions disciplinaires ordinaires.

- « *c'est au niveau légal, moi. Par ce que dans la ma pratique, non* » (E2)

2.3.2.2. Difficultés et isolement du généraliste

a) Gêne du médecin (E3,4,6,7,8,9,10,11,12)

Elle s'exprime sous différentes formes. Le médecin ne sent pas à l'aise lui-même quand il sait que sa consultation pourrait être entendue.

- « *Avant, j'étais confrontée à des gros problèmes dans mon ancien cabinet, c'était affreux.* » (E4)

Il existe aussi une vraie gêne dans la pratique à cause du bruit, quand des conversations sont audibles dans le cabinet. Il n'est pas alors question de confidentialité, mais de l'exposition au bruit qui trouble la consultation.

- « *c'est un petit peu pénible d'avoir du bruit* » (E6)
- « *je suis souvent embêté avec le bruit* » (E7)

A cela s'ajoute le fait d'entendre une autre consultation qui engendre une sensation de malaise par rapport au secret : un entretien comprend une grande récurrence de ce thème. Cette gêne est d'autant plus ressentie que le médecin considère que le secret est malmené par un de ses associés et non par lui-même, chose sur laquelle il n'a que peu de recours et qu'il trouve frustrant.

- « *un de mes voisins qui me faisait participer à sa consultation, sans forcément que son patient ait donné son accord. Je ne sais pas comment t'expliquer mais, tu as l'impression qu'il imposait un partage du secret [qui] te mettais dans une situation assez délicate ou tu te retrouvais, de fait, comment dire, partageant un secret que la personne n'avait visiblement pas décidé de te faire partager.* » (E12)

b) Absence de confrontation d'expérience entre pairs (E1,5,8,9,10,12)

La pratique médicale reste encore isolée. Le regroupement permet la discussion entre associés, mais les médecins n'ont pas tendance à recourir à leurs confrères.

- « *Non je ne crois pas. Ça n'est pas quelque chose dont on a parlé* » (E5)
- « *Non, j'avoue que je n'en ai pas discuté* » (E9)
- « *Après à d'autres à l'extérieur, pas forcément non.* » (E12)

Ceux travaillant encore de manière isolée sont les plus exposés.

- « *en fait, je ne vois pas beaucoup d'autres médecins* » (E10)

c) Méconnaissance des solutions techniques (E1,4,5,9,10,11)

Les médecins ne connaissent pas le bâtiment. Ils ont peu de connaissances, et souvent peu d'intérêt pour le domaine, ce qui les limite dans la réalisation de travaux.

- « *On a arrêté car on ne savait plus quoi faire.* » (E4)
- « *Je ne m'y connais pas assez en isolation pour savoir les possibilités.* » (E5)
- « *au niveau de la construction, du bâti, je n'en sais rien du tout.* » (E9)
- « *Je n'y connais rien du tout moi. Je ne suis même pas capable de planter un clou ! Chacun son boulot* » (E11)

d) Méconnaissance légale (E1,3,4,6,7,8,9,10,11)

Les médecins reconnaissent ne pas approfondir leur connaissance des textes de loi.

- « *Pas vraiment, mais je sais qu'il y en a. Il y en a qui vont sortir peut-être encore non ?* » (E7)
- « *Donc à un moment donné je les ai connus, je ne pourrais pas les donner actuellement* » (E8)
- « *Aucune idée. Je sais uniquement qu'il faut qu'on protège le secret médical point. C'est tout ce que je sais. Les textes de loi, je n'en ai pas la moindre idée.* » (E12)

Un médecin ajoute, bien qu'il se sente responsable vis-à-vis du patient, qu'il ne s'est jamais posé la question s'il y avait ou non, un texte officiel légal sur ce sujet.

- « Ça ne m'a jamais effleuré l'éventuelle responsabilité de quelque chose » (E3)

e) Altération de la relation médecin-patient (E2,4,5,6,10,11,12)

La consultation peut ainsi être plus compliquée tant côté médecin qui est gêné aussi, que patient, avec un risque de non-dit de part et d'autre.

- « C'est ça, on n'est pas à l'aise, on ne peut pas tout dire. Je pense que et le médecin et le patient on ne peut pas tout dire, ça gâche le dialogue qui pourrait s'instaurer. C'est un frein c'est sûr dans l'exercice de notre métier. » (E5)

La relation n'en est pas forcément vécue comme altérée.

- « Ce n'est pas tant que ça entrave ta relation singulière avec le praticien, c'est juste par souci de pudeur par rapport à ceux qui pourraient entendre ce que tu as à dire. » (E12)

Des médecins conçoivent aussi que le patient est impacté dans certains cas.

- « des jeunes avec des choses un peu plus intimes à partager, oui clairement. » (E4)

f) Ressenti de la difficulté (E1,2,3,4,7,8,9,12)

Les éléments précédents engendrent une sensation de difficulté dans la pratique des médecins, surtout devant la non-maîtrise technique et les refus de propriétaires. S'y ajoutent également des éléments financiers ou relationnels quand un aménagement doit se décider en groupe entre associés, alourdissant la charge de travail non médicale.

- « Et donc c'est extrêmement difficile de faire au niveau sonore » (E1)
- « ce qu'on n'a pas fait, question de coût » (E4)
- « a priori, c'est pas du temps médical, donc je pense ce serait bien que ça soit délégué mais aujourd'hui, on n'est pas encore là » (E4)

2.3.2.3. Image du patient

a) Méconnaissance du secret professionnel (E1,2)

Certains médecins évoquent l'absence de connaissance de la signification du secret professionnel par les patients.

- « *C'est sûr que le secret médical si on veut s'en tenir vraiment, pour les gens ils ne le comprennent pas.* » (E1)
- « *comme quoi ils ne sont pas au courant. Il me dit "il y a vraiment un secret médical ?".* » (E2)

Un des praticiens évoque un possible manque d'information globale sur le secret professionnel.

- « *Ils ne sont peut-être pas assez éduqués. On ne leur en parle pas spécialement. Quand on fait avec eux des papiers, on ne leur réexplique pas forcément à fond ce que c'est que le secret, pourquoi, comment. Autant on leur réexplique les tenants et aboutissent quand on doit opérer quelqu'un, les risques. Le secret médical on ne leur en parle pas.* » (E1)

b) Absence d'intérêt du patient pour le secret (E1,2,4,6,7,9,11)

Les médecins ne pensent pas que les patients soient très intéressés par le secret professionnel.

- « *la plupart des gens ils s'en fichent que les autres sachent ce qu'ils ont surtout les personnes âgées (...), ça ne les gêne pas (...)* Après les gens ne courent pas après le secret médical, ils s'en fichent un peu. » (E1)
- *Ils sont je ne pense pas très sensibles à ça. Je ne pense pas.* » (E2)

Les patients discutent facilement de leurs pathologies entre eux, le partage est rapide.

- « *Bon après la première cause de divulgation du secret médical ce sont les gens entre eux. Dans la salle d'attente. (...) Ils demandent entre eux surtout ! "Ah bas pourquoi vous êtes là vous ?"* » (E1)
- « *les patients sont les premiers à s'épancher devant la secrétaire avec dix patients derrière* » (E4)

Un autre exemple est donné pour les arrêts de travail sous forme papier, donnés complets à l'employeur, avec le diagnostic.

- « *Ah oui mais de toute façon moi je donne tout [les 3 feuillets de l'arrêt de travail] à la secrétaire elle se débrouille* » (E1)

Ils pensent finalement qu'ils sont plus sensibles et précautionneux que les patients eux-mêmes.

- « *Moi je n'ai jamais eu cette demande, cette gêne des patients. Est-ce que ce n'est pas plus le médecin qui est gêné ?* » (E2)
- « *Peut-être que le médecin se pose plus de questions que le patient, (...) qu'en tant que médecin tu te poses beaucoup plus de questions* » (E9)

c) Absence de retour spontané (E1,2,3,4,6,7,8,10,11,12)

Globalement, les médecins n'ont pas de retour spontané des patients, hors situations spécifiques décrites précédemment, y compris dans certains cabinets où les médecins se sentaient gênés.

- « *Non, personne n'a fait la remarque (...) les gens ne se plaignent pas* » (E3)
- « *Mais non je n'ai jamais eu aucun retour sur "j'ai entendu quelque chose que la secrétaire disait" etc...* » (E6)
- « *Jamais on ne m'a dit "Tiens, on vous entend parler avec un patient"* » (E7)

Dans sa maison médicale, un des médecins décrit des doléances mais uniquement lors d'une enquête de satisfaction un an après la construction de la maison médicale, sans retour spontané alors que la plainte apparaît fréquente dans l'enquête.

- « *l'une des choses que rapportaient le plus les gens, c'était un manque de discrétion par rapport au secrétariat* » (E12)

Un autre médecin aborde justement cette différence possible entre la gêne du patient et sa plainte, qui ne sont pas forcément corrélés.

- « *[les patients eux-mêmes ne s'en sont pas plaints ?] Non. (...) ils ne disent rien. (...) [vous pensez que les patients, ça ne les gêne pas ?] Qu'on entende ? Je pense que si.* » (E8)

2.3.2.4. Réactions du praticien

a) Évaluation de l'isolation phonique (E1,2,3,4,6,7,8,10,11,12)

La technique principale d'évaluation est le test personnel à la voix (E1,2,4,10,11).

- « *Ne serait-ce qu'avec mon propriétaire qui est venu avec moi et on a fait des tests. Il a parlé dans ce qui sera le bureau, moi j'étais dans la salle d'attente après on a changé et on a vu que c'était très bruyant et sonore.* » (E1)
- « *quand on a fait la réception des locaux, avant de faire la réception des locaux, on est venus ici et on a parlé. Fort. Pour savoir jusqu'où on entendait.* » (E11)

Le retour des patients est jugé important, en leur demandant directement en consultation (E1,8,10), par une enquête (E12), ou en observant une absence de plainte des patients.

- « *j'ai mis la musique et depuis je n'ai plus jamais eu quelqu'un qui se plaignait d'entendre ce qui se passe* » (E1)
- « *Et je leur demande, ça s'y prête dans ces cas-là de leur demander, s'ils entendent, et non ils n'entendent pas.* » (E1)
- « *j'ai déjà demandé à des amis qui venaient consulter* » (E8)

Un audit est évoqué (E3) mais il s'oriente plutôt vers la protection par rapport au bruit ambiant que la confidentialité, et n'a pas été réalisé pour un problème de coût.

D'autres n'ont pas évalué leur cabinet ou les mesures entreprises (E4,6,7).

- « *Je ne me suis jamais mis en salle d'attente* » (E6)

b) Recours à un professionnel (E2,3,5,6,8,9,10,11,12)

Les médecins étant conscients de leur méconnaissance des solutions techniques, le recours à un professionnel est fréquent, qu'il soit entrepreneur ou architecte, auquel ils font confiance pour la réalisation.

- « *avec les conseils d'un architecte, d'un homme de l'art* » (E3)
- « *Nous on ne s'est pas embêté, on a demandé quelque chose d'isolant phonique hyper important.* » (E5)
- « *Je lui ai donné mes exigences, et après il se débrouille.* » (E10)

Dans cette nécessité de confiance au professionnel, les praticiens semblent trouver important d'opter pour quelqu'un d'expérimenté et dont on peut voir les réalisations.

- *« on a pris quelqu'un qui en est à sa troisième maison médicale et qui est rompu à ça. Et qui en fait encore deux de plus. C'est un promoteur spécialisé dans les maisons médicales. Il connaît parfaitement le cahier des charges. » (E11)*

c) Demande au propriétaire (E1,4,5,7,8,10,11)

Le sujet a été abordé avec tous les médecins, locataires ou propriétaires, car ce statut a pu évoluer dans les années qui ont suivi leur première installation. On retrouve une demande jugée comme nécessaire, mais pas forcément efficace. L'aménagement a parfois été fait par le médecin lui-même.

- *« Qu'il n'a pas fait. Enfin qu'il a promis de faire un jour. » (E1)*

Quelques médecins ont reçu un refus d'un propriétaire ou ont rencontré des soucis de copropriété (E11).

Certains propriétaires acceptent de prendre en charge une partie des travaux.

- *« Après notre propriétaire, elle était pas très compliquée, de temps à autre, on a dit "On a fait des travaux, on a fait ça" Elle payait une partie ou la peinture, parce que dans nos débuts, on faisait beaucoup de choses nous-mêmes. » (E4)*

Et d'autres payent complètement la réfection, sans passer par un professionnel du bâtiment.

- *« il a des contacts dans le BTP. Il demandé des conseils et ça s'est fait comme ça. » (E5)*

En cas de refus, les médecins ne reportent pas la responsabilité sur le propriétaire, ils se considèrent responsables vis-à-vis de leur patientèle.

- *« Le propriétaire ne veut pas, donc voilà, il lui a envoyé la lettre recommandée, l'autre a dit non et c'est tout. Il [le médecin] cherche un autre local. » (E8)*
- *« Alors c'est sûr que quand on loue un local et que le propriétaire ne veut pas, je pense qu'il faut changer [de local]. » (E10)*

- « On voulait aménager notre cabinet médical, il n'a pas voulu, on s'est cassés. (...) Nous on n'a pas attaqué le propriétaire, on lui a demandé si on pouvait le faire. On ne lui a pas demandé "Faites nous..." Il a dit "Vous ne dénaturez pas l'appartement, le local" Terminé ! » (E11)

d) Mise en place des solutions techniques (E1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12)

Tous les médecins abordent les solutions techniques. Elles peuvent se présenter sous différentes formes :

Aménagements du bâtiment

- Musique (E1,4,5,8,10)
- Insonorisation murale, mur épais (E1,2,3,5,8,10,11)
- Double-vitrage, vitrage spécifique (3,8)
- Sas / portes doublées ou insonorisées hermétiques / capitonnées (E1,2,3,4,5,7,8,10,11)
- Plus d'espaces morts internes (E1,6,7,10) et de distance à l'extérieur (E1,4,11)
- Clôture des alentours (E4)
- Rafraichir : climatisation ou ventilation, store occultant ou auvent (E1,2,3,5,6,7,8,9,12)
- Emplacement du bureau sélectionné selon le praticien suivant le risque (E12)

Les changements d'habitudes ou de pratiques

- Baisser la voix (E1,3,11,12)
- Ne pas ouvrir les fenêtres (E1,2,3,4,5,6)
- Fermer les portes (E2,5,6,8,9,12)
- Ne pas être installé face à la porte (E4)
- Décaler les horaires de consultation (E4,6)
- Consulter sur RDV (E5,10)

La gestion des espaces

- Demander aux gens de s'écarter ou affiche indiquant de ne pas rester à un endroit (E1,3,10)
- Les accompagner dans les couloirs et ne pas les laisser y attendre (E3,6,12)
- Faire entrer les patients dans le bureau (E9,11)

- Couloir verrouillable (E7,11)

Dans les cas de conversations téléphoniques

- Absence de citation de nom (E1,2,3,6,10,11)
- Être le plus bref possible (E3,10,11)
- Faire sortir les patients actuels consultant (E1,2,3,4,8)
- Sortir soi-même du bureau (E3,12)
- Rappeler plus tard, faire laisser une note par la secrétaire (E2,3,5,6,8,9,10,12)
- Passer le moins d'appels possible (E5)

Pour le secrétariat

- Installer une vitre / un hygiaphone (E2,3,4,5,7)
- Délimiter une zone de discrétion/confidentialité (E2,12)
- Ne pas lui faire prendre de RDV auprès d'autres médecins pour les patients (E11)

Ces notions restent vagues (porte insonorisée), voir erronées (sous-dimensionnées) selon les informations professionnelles obtenues dans ce travail, mais avec certaines convictions.

- « *le meilleur moyen d'insonoriser une salle d'attente c'était d'y mettre de la musique* » (E8)

Une composante fréquemment rapportée, non coûteuse, est une adaptation des pratiques et des changements de comportements. Faire attention à sa force vocale, bien fermer les différents éléments, voire modifier les plannings, bien diriger les patients.

- « *fermer les portes existantes.* » (E5)
- « *faire un usage meilleur des locaux en essayant, encore une fois, de fermer les portes, arrêter de crier* » (E12)
- « *On fait un peu la guerre à ceux qui font attendre des patients là* » (E12)

Les médecins disposant d'une secrétaire l'utilisent pour diminuer les dérangements.

- « *les secrétaires nous laissent un petit message. Elles attendent que je finisse la consultation, je rappelle entre 2, c'est plus simple* » (E6)

La répartition des bureaux d'une maison de santé a été fait selon la voix des praticiens dans une des maisons de santé, le matériel ayant une absorption fixe.

- « *le plus bruyant est isolé* » (E12)

L'utilisation d'affiche dans les couloirs ou la salle d'attente est perçue comme utile.

- « *une affiche disant qu'il ne faut pas rester devant le cabinet* » (E3)
- « *j'ai même mis une affiche pour les couples où j'explique que je veux les recevoir séparément* » (E8)

Un médecin propose une solution si le local n'est pas acceptable et les travaux non ou difficilement réalisables.

- « *Tu changes de local.* » (E11)

e) Résolution, efficacité complète (E1,2,3,4,6,7,10,11)

La musique est jugée efficace.

- « *On s'aperçoit que si la musique est suffisamment forte, on n'entend pas ce qui se passe dans le bureau.* » (E1)

Le sas représente pour certains des médecins une solution simple à mettre à œuvre, et jugée souvent efficace, devant le point de faiblesse phonique que représente la porte.

- « *un petit sas, simple hein, ça suffisait, on n'entendait rien du tout* » (E7)

Pour les alentours, la distance a été réfléchi, qu'elle soit horizontale ou verticale.

- « *sachant qu'on est en hauteur et pas au RDC... Je pense que c'est largement suffisant* » (E2)

f) Solutions incomplètement efficaces (E1,4,6,12)

A contrario du sas ou des portes insonorisées, un simple doublement ou parement est jugé sans intérêt. L'isolement du mur doit être complet.

- « *il y avait 2 portes, ça ne changeait rien.* » (E1)
- « *Parce qu'il y avait ces portes qu'on avait capitonnées, qu'on avait renforcées, le mur qu'on avait doublé avec une frissette, une isolation tout ça, ça n'était pas suffisant* » (E4)

Le comportement des patients, parfois imprévu, peut mettre à mal les dispositions initialement mises en œuvre.

- « *C'était pensé qu'ils aillent de l'autre côté mais en fait, ils restent là.* » (E4)

La secrétaire a des tâches variées. Il est vécu comme difficile de l'enfermer complètement ou de réussir à éviter les chevauchements.

- « *[le secrétariat] c'est un moment où l'information fuit, oui clairement* » (E4)
- « *il n'y a plus du tout d'isolation phonique avec la secrétaire, enfin quasiment pas. Sans parler des discussions qu'on peut avoir les uns les autres entre nous, et qui du coup peuvent être audibles par les gens qui sont juste derrière.* » (E12)

g) Accepter l'imperfectibilité (E1,2,3,4,5,6,7,8,9,12)

L'amortissement sonore n'est pas parfait dans les cabinets des praticiens interrogés. Les solutions techniques les plus avancées n'arriveront pas à bloquer complètement selon eux.

- « *On peut assourdir les sons mais les bruits de parole si on écoute, on peut très facilement les entendre même avec quelque chose qui semble bien insonorisé. (...) On peut atténuer les sons, faire que ce soit moins sonore mais si quelqu'un est tout seul et écoute on entend toujours.* » (E1)
- « *Là non je ne vois pas de solution dans un cabinet ancien ou semi-ancien de ville les fenêtres double vitrage c'est au mieux ce qu'il y a sur l'extérieur, n'apportent pas de confidentialité suffisante.* » (E1)

Les secrétaires sont parfois sujettes à des problèmes de confidentialité lors de l'exécution de leurs tâches, mais dans l'accueil des patients, elles sont ressenties par tous les médecins comme un vrai lien de proximité. Lors d'une requête médicale, la secrétaire ne peut pas complètement s'isoler des autres patients.

- « Mais après faut bien qu'elles répondent au téléphone quand il y a des gens devant. A part mettre une barrière en plexi. Ça déshumanise quand même pas mal. On avait déjà réfléchi par ce qu'on s'était fait agresser, hein. Mais on a quand même le bureau qui est quand même assez haut, pour qu'il n'y ait pas de contact direct. Après mettre, la solution, c'est mettre un plexi. J'avoue je suis... Ça fait quand même bocal... » (E2)
- « on n'a pas voulu la mettre dans un aquarium parce qu'elle a vécu cette impression d'aquarium dans l'ancien cabinet en ville et elle en était malade » (E3)
- « ça a ce côté-là pratique, d'abord elles sont en sécurité, et elles peuvent fermer et passer un coup de fil en étant tranquilles mais pour le coup, je pense que tu te sens nettement moins proche de la secrétaire. » (E9)

Il n'y pas de solution absolue et parfaite. Il faut l'accepter.

- « Là, j'ai pas la solution, je ne sais pas ce qu'il faut faire » (E3)
- « J'ai réfléchi mais je ne vois pas comment améliorer la chose. » (E8)
- « je pense que c'est toujours compliqué de vraiment rien laisser passer » (E12)
- « C'est pas une solution qui nous satisferait pleinement non plus en fait. (...) c'est sûr que c'est pas parfait. » (E9)

h) Faire du mieux possible (E1,2,3,4,5,6,8,9,10,11,12)

Les médecins sont volontaires, et veulent en majorité se donner les moyens pour leurs patients.

- « il y aurait eu besoin d'isoler plus les murs, je l'aurais fait. » (E10)
- « donc toi tu fais et tu ferais toutes les démarches nécessaires que tu juges nécessaires (...) Oui je fais en sorte au moins d'essayer d'améliorer les choses pour que ce soit au mieux » (E12)

Ils savent ce qu'ils veulent éviter, et travaillent sur les améliorations ou leurs pratiques, y compris dans les situations pénibles.

- « des choses comme ça que je ne ferais jamais » (E4)
- « On essaye d'être vigilants » (E5)

- « *c'est vrai qu'on essaye d'y faire plus attention dans tous les cas* » (E12)
- « *j'essaie de ne pas l'ouvrir, alors je mets un ventilateur et tout* » (E8)

Ils veulent trouver des compromis pour le meilleur résultat.

- « *Oui faut trouver le juste milieu d'un aménagement qui ne trahit pas le secret.* » (E4)

Et quand aucune solution à l'aménagement du local actuel n'est possible, un médecin évoque une solution.

- « *on a un projet d'avoir une maison médicale* » (E6)

2.4. Discussion

2.4.1. Forces et limites de l'étude

Forces de l'étude

Tout d'abord, il s'agit d'un travail original, car nous n'avons pas retrouvé dans la littérature en langue française et anglaise d'étude qualitative sur ce sujet (PubMed, SUDOC, HAL-UL, Google Scholar).

Les informations obtenues par les entretiens semi dirigés ont été riches, avec des entretiens longs et des praticiens se déclarant tous intéressés par la thématique et l'originalité du sujet.

La sélection et le recrutement a permis un échantillonnage raisonné, il n'y a eu aucun refus.

Le ressenti de l'auteur était que les médecins interrogés ont parlé librement grâce au recueil anonyme mais aussi par sa connaissance, puisqu'il a déjà travaillé avec eux et les connaît ainsi que leurs cabinets.

Limites de l'étude

Ce travail n'a pas comme objectif de représenter l'ensemble des avis et pratiques des médecins généralistes.

Les entretiens ont été réalisés exclusivement en Lorraine, avec une majeure partie dans les Vosges (58%), principalement au niveau d'Epinal et ses alentours.

L'auteur a en outre contacté des médecins qu'il connaît et avec lesquels il travaille régulièrement, il existe donc un risque majoré que ceux-ci partagent ses opinions sur la pratique médicale.

2.4.2. Analyse des données

La discussion est construite sur la base des thématiques des items présentés dans les résultats.

2.4.2.1. *Point de vue initial de la problématique*

Dans notre étude, la divulgation du secret professionnel apparaît comme inacceptable pour les médecins, que ce soit volontairement ou involontairement : son respect est un élément qui ressort comme important pour eux. Ils s'interrogent ainsi sur comment pouvoir le garantir, dans leurs pratiques et l'aménagement de leurs locaux. Le médecin étant l'interlocuteur du patient, il se sent donc directement responsable, et il n'y a pas de report possible sur le bailleur. Il se sent responsable déontologiquement, et aussi légalement. Pour la majorité, ce versant légal leur apparaît comme tout à fait secondaire par rapport à la relation professionnelle entre le médecin et son patient. Leur motivation est centrée sur la volonté de bonne prise en charge du patient et non pas une obligation. Les médecins les plus sensibles au sujet et exigeants pour leurs locaux sont ceux ayant vécu une situation plus difficile, avec des locaux précédents inadaptés.

Les médecins les plus expérimentés décrivent un vrai changement au cours de leur carrière. Si la notion de secret professionnel du médecin n'a que peu varié, son application est différente. Ils avouent ne pas s'être posés les mêmes questions à leurs débuts qu'à l'heure actuelle. En pratiquant la médecine du mieux possible, certes, mais sans forcément prendre en compte ce qui l'entourait comme les locaux ou le personnel. Ceci explique que des anciens locaux nécessitent une rénovation importante à l'heure actuelle, car ne disposant pas d'isolation phonique.

Les médecins n'ont que très peu de retour par les patients par rapport à des soucis de confidentialité, alors même qu'ils ont pu en constater. Toutefois s'ils sont questionnés directement, ils peuvent relater certaines limites de confidentialité, bien qu'ils n'en parlent pas spontanément à leur médecin. Mais il apparaît que les plaintes sont plutôt d'entendre des pathologies d'autres patients, que la crainte que les leurs soient entendues. Dans ces conditions, il est compliqué d'évaluer ces locaux et le risque de divulgation. Ce manque de retour est lié à l'intérêt limité des patients pour le secret professionnel, mais aussi probablement par politesse ou timidité, ou parce qu'ils considèrent que le médecin doit déjà s'en rendre compte, comme évoqué dans un entretien. Un médecin relate avoir déjà eu des plaintes de patients par rapport au cabinet de son associé mais jamais pour le sien, pourtant symétrique. Des médecins ont déjà retrouvé un problème de discrétion au niveau de la salle d'attente, les patients étant ensemble, ils peuvent voir qui consulte et certaines pathologies évidentes. L'information n'est donc pas intime, non accessible au public, recueillie à titre professionnel dans l'exercice de celle-ci. Ce cas ne rentre donc pas dans le cadre du secret professionnel puisque le fait d'aller à un cabinet ne préjuge pas à priori de la cause. Cependant, certaines améliorations des locaux peuvent permettre de limiter la visibilité des patients en augmentant la discrétion.

2.4.2.2. Difficultés et isolement du généraliste

Les médecins sont donc très gênés dès qu'ils jugent qu'il y a un risque potentiel ou avéré de divulgation du secret professionnel. Un praticien de notre étude est confronté au manque de confidentialité d'un de ses associés : il se considère alors inclus dans le partage du secret professionnel contre son gré, sans que le patient ne l'ait choisi. Ceci génère une frustration car il ne peut pas totalement modifier la cause et donc régler cette mauvaise confidentialité.

Le généraliste libéral a une position particulière, il ne travaille pas dans une institution. Il est donc dans sa position de médecin, mais aussi de gestionnaire de son cabinet, à la fois du bâtiment et du personnel ou des finances. Ayant peu de connaissance dans ces domaines, il se retrouve fragilisé, et les médecins interrogés s'avouent parfois en difficulté. Comme nous l'ont décrit les médecins ayant une pratique longue, les changements sont importants, avec l'apparition d'un temps de travail non médical

conséquent mais nécessaire dans la prise en charge des patients. Les praticiens reconnaissent dans leur majorité ne pas avoir de connaissance ni dans le domaine du bâtiment, ni sur le plan légal, visiblement surtout par manque d'intérêt pour ce dernier point. Un des praticiens, alors qu'il décrit un problème de confidentialité, entendant la consultation du bureau voisin, ne trouve pas cela dérangeant tant que ça ne gêne pas les patients. Il ne prévoit ainsi pas de modification particulière, quelle que soit la réglementation. S'ajoutent les difficultés de gestion financière du cabinet, le coût de travaux de mises aux normes, sa faible reconnaissance par les pouvoirs publics dans les tarifs conventionnés. Ces difficultés apparaissent comme majeures et fréquentes, mal reconnues et participant à l'épuisement professionnel.

Malheureusement, les médecins sont encore isolés. Ceux qui travaillent en maison de santé abordent les sujets avec leurs associés, mais ceux qui ont un exercice isolé restent seuls. Il n'y a pas d'échange ou de corporatisme. Ainsi aucun médecin de notre étude n'a fait appel à d'autres généralistes pour avoir leur avis sur les aménagements possibles. Les maisons de santé améliorent la situation, par le regroupement des médecins, mais il semble y avoir des problèmes de répartition des tâches administratives entre les associés de manière courante. Ceci, au lieu de réduire la charge de travail, ajoute à l'épuisement des personnes les plus impliquées et n'engendrent pas un échange constructif.

Ces difficultés sont ressenties comme pouvant altérer la qualité de la consultation, avec une crainte que le patient et le médecin n'osent parler librement. Mais il faut aussi prendre en compte le risque d'altération secondaire, non pas de la relation singulière médecin-patient mais de la qualité de la consultation. Quand un médecin est en difficulté sur la gestion, il se reconnaît comme moins efficace dans sa prise en charge des patients.

2.4.2.3. Image du patient

Pour leurs médecins, les patients ne semblent que peu attachés au secret professionnel. En effet, ils sont souvent peu discrets et parlent volontiers de leurs pathologies à toute autre personne ou même devant des inconnus. Il est fréquent que les généralistes soient interpellés dans les parties communes de leurs cabinets avec des demandes explicites, voire même en pleine rue ou dans des commerces.

Plusieurs praticiens se sont plaints de ne pas pouvoir fréquenter le supermarché proche de leur cabinet, à cause de demandes répétées de patients pendant les courses. Tout médecin a effectivement déjà eu l'expérience d'une personne inconnue, rencontrée dans une situation de vie quotidienne lui racontant immédiatement et en public ses pathologies, ou bien que ses propres patients le questionnent dans un lieu incongru.

Plusieurs médecins relèvent aussi la méconnaissance du secret professionnel chez les patients, croyant par exemple à l'idée d'un secret dans un sens erroné d'information non dite au patient, ou à l'opposé n'ayant pas du tout conscience d'existence réelle du secret professionnel. On peut alors s'interroger sur le contenu de la consultation et le risque de non-dit majeur chez ces patients, pensant que leur médecin peut leur cacher certaines choses ou alors qu'il peut divulguer librement les informations apportées à sa connaissance (23). Un des médecins interrogés se questionne sur le manque d'information à propos du secret professionnel des patients, et si c'est au médecin de le faire, comme pour les risques médicaux, ou au système politique. Une meilleure éducation sur ce sujet permettrait aussi de faire plus aisément sortir ou consulter seuls, d'éviter les appels et les stagnations dans les couloirs.

Ainsi les médecins se considèrent comme plus sensibles et plus stricts par rapport au respect du secret professionnel que leurs patients. Quand un patient leur parle en public, ils se sentent mal à l'aise et recherchent un moyen de ne pas divulguer d'information, alors même que le patient, lui, n'y prêtait aucune attention.

2.4.2.4. Réactions du praticien

Afin d'analyser la situation, les médecins ont pour la plupart utilisé une technique empirique et simple à mettre en place, sous forme d'un test à la voix, s'exposant aux limites de leur propre niveau d'audition. Certains questionnent directement leurs patients, ce qui apporte de meilleurs résultats, les patients ne proposant spontanément que très rarement leur avis et ce uniquement dans des situations marquées. D'autres n'ont pas fait de test particulier en l'absence de doléance des patients.

Devant leur méconnaissance des solutions techniques, lorsque des travaux s'avèrent nécessaires, les médecins interrogés ont recouru à un professionnel du bâtiment. Se pose toutefois toujours la question de la responsabilité : en effet, ils font confiance à

ces professionnels sur la qualité de la réalisation finale. Malheureusement, il n'existe pas de norme spécifique aux cabinets, et même appliquer les normes de construction des établissements de santé s'avère insuffisant, devant la spécificité de nos cabinets. Plusieurs médecins nous avouent avoir eu des problèmes de conception ou de réalisation de leurs locaux, malgré le recours à un professionnel. Recourir à un professionnel connaissant ces particularités et avec une qualité de réalisations reconnue par des confrères est primordial. Régulièrement une amélioration par des travaux secondaires est nécessaire après évaluation à l'usage. Les erreurs de constructions sont aussi présentes quand les médecins ne sont pas assez parties prenantes dans la construction, qui est soutenue par un promoteur privé ou une commune, et que les médecins sont intégrés secondairement. Selon l'HAS, toute construction de maison de santé doit se faire avec un professionnel de santé comme porteur de projet (24).

Les solutions techniques existent pour la construction de neuf (21) mais aussi pour l'ancien. Cela nécessite toutefois des travaux pouvant être très importants et onéreux. Des subventions existent pour l'aménagement des maisons de santé (14), mais pas pour les médecins isolés, déjà plus vulnérables. Autant des médecins en ville peuvent se regrouper, autant un médecin seul en village de campagne à distance de toute ville ne peut trouver des confrères ou consœurs à proximité. Il lui sera aussi difficile de fermer complètement son cabinet plusieurs semaines pour la rénovation complète. S'ajoute le problème des médecins locataires, qui peuvent essuyer des refus d'aménagement de leurs propriétaires, ou encore un refus de la copropriété. Dans ces situations, un médecin interrogé a fait le choix de modifier de lui-même, et d'autres ont quitté les lieux pour un autre local, généralement en propriété. Les propositions d'aménagement évoquées par les médecins ne sont pas toutes appliquées. Ils les reconnaissent comme solutions techniques, mais pas forcément en cours dans leur cabinet pour différentes raisons. Le simple fait de fermer les fenêtres par exemple se retrouve confronté à des difficultés intrinsèques à certains bâtiments où le praticien est en situation de dilemme entre une chaleur insoutenable avec un risque pour certains patients fragiles et ouvrir une fenêtre ce qui est problématique pour la confidentialité. De même, certains se retrouvent dans l'impossibilité de fermer la porte de la salle d'attente quand elle est trop pleine par suite d'une urgence ou des consultations libres chargées.

La mise en place de musique comme contre-son est très efficace, mais il y a un problème de droits d'auteurs (25), et aussi la nécessité de limiter l'exposition au bruit des patients et du personnel. Une salle d'attente ne devrait pas être à plus de 35dB et l'ensemble des locaux au maximum à 47dB (26), ce qui représente un faible volume sonore. Elle ne peut être utilisée qu'en complément de l'insonorisation des murs.

Outre les murs du bâtiment, l'agencement est primordial. Dans le cas des médecins travaillant totalement seuls ou pendant les périodes de gardes, il est nécessaire d'avoir des protections pour limiter les déplacements des patients et éviter qu'ils restent à des emplacements exposés, comme par exemple juste derrière une porte. Pour les cabinets équipés d'un secrétariat, le poste de secrétaire est un point particulièrement exposé. En effet, il a différentes tâches à accomplir concomitamment (accueil des patients, standard téléphonique, prise de rendez-vous, demande d'examens complémentaires ou de rendez-vous, encaissement, tri de résultats, ...). Il doit être formé au secret professionnel et bien installé, faisant par extension partie du secret professionnel du médecin pour lequel il travaille.

Certains comportements sont à travailler pour les praticiens eux-mêmes. Les portes doivent être soigneusement closes, tout comme les fenêtres. Pour le permettre, installer une ventilation semble nécessaire, dans la mesure où elle est réalisable. Certains murs ou vitres peuvent être installées, malheureusement elles contribuent à déshumaniser le cabinet. Les médecins s'accordent sur la nécessité de trouver un juste équilibre entre protection du secret professionnel et aménagement chaleureux. Ils justifient cette réflexion par le fait qu'un cabinet trop déshumanisé ne favorisera pas l'installation d'une bonne relation médecin-patient, et donc altérera potentiellement la qualité des consultations. De plus aucune solution technique n'est parfaite, aucune porte existante ne suffira à amortir suffisamment des paroles criées à un mètre. Il faut donc accepter une obligatoire imperfectibilité et travailler sur la disposition, son comportement, la formation de son personnel et l'éducation de ses patients, afin d'obtenir le meilleur résultat possible pour leur prise en charge.

2.4.3. Conclusion

Les médecins généralistes perçoivent donc un risque de non-respect involontaire du secret professionnel par un aménagement inadéquat des locaux. Ils en sont conscients et essayent de le limiter par des changements de comportement et la mise en place de solutions techniques qu'ils connaissaient toutefois mal. Ils sont et se sentent responsables par rapport à leurs patients. Ils se retrouvent ainsi en situation inconnue quand ils doivent gérer un local et du personnel, chose pour laquelle les médecins n'ont jamais eu de formation, aggravée par le manque de relations entre pairs.

A cela s'ajoutent des difficultés matérielles, des cabinets et des bâtiments parfois anciens et non prévus pour répondre à cette problématique. Malgré les matériaux les plus performants, on peut voir qu'il existe un risque d'insuffisance au niveau de l'isolation phonique. Il faut donc utiliser conjointement la distance, le placement, des autres outils comme un contre-son, en respectant les mesures d'utilisation. Il n'existe pas de solution optimale, et afin de conserver la meilleure relation médecin-patient, il convient de trouver le juste équilibre de l'isolation sans déshumaniser.

Comme toute la médecine, le cabinet est une histoire de compromis. Les mentalités évoluent, avec une attention plus poussée à la confidentialité, dans la conception et rénovation des cabinets.

3. Perspectives

3.1. Formation et accompagnement des médecins généralistes

Les médecins se disent, pour la quasi-totalité, en difficulté dans la gestion technique de leurs locaux. Ils ont tous été intéressés par notre sujet d'étude. Une sensibilisation des étudiants en filière santé pour les prochaines générations de professionnels de santé pourrait être à envisager.

Lors de l'installation, un accompagnement pourrait être mise en place par les confrères et consœurs plus expérimentés par le biais des URPS et avec une information par le Conseil de l'Ordre des médecins, afin d'évaluer le cabinet, conseiller les travaux nécessaires et le mobilier à acquérir. Au vu de l'évolution technologique rapide, un contrôle espacé mais régulier pourrait être proposé à la demande afin de faire le point.

La publication d'un recueil de recommandations spécifiques aux cabinets libéraux aurait un vrai bénéfice pour les médecins, reprenant bâti nouveau et rénovation de l'existant, organisation, conseils de fonctionnement.

Dans un cadre de rapprochement de plusieurs maisons de santé et cabinets, un employé dédié à l'administratif de gestion pourrait être mis en place, de manière mutualisée. Ces tâches sont déjà déléguées dans le système allemand, afin de libérer du temps de soin médical.

L'accompagnement financier existe dans le programme de soutien aux maisons médicales par l'HAS, mais pour les cabinets de campagne, seuls, il conviendrait de rediscuter des aides possibles.

3.2. Cas du généraliste exerçant en cabinet qui n'est pas le sien

La question se pose pour les médecins remplaçants ou lors des vacances. Si un cabinet s'avère inadéquat, que faire ? Refuser d'y travailler, puisque sa responsabilité propre se trouve engagée ? Qui est responsable ? Et que faire des patients alors ?

3.3. Elargissement et poursuite des recherches

Un élargissement aux autres spécialités exerçant en libéral serait intéressant en complément, mais aussi aux employés des établissements de santé puisque tous les médecins interrogés présentent des souvenirs de défaut de confidentialité lors de leurs stages hospitaliers ou pratiques salariées.

En complément de notre étude, il conviendrait d'évaluer le ressenti des patients par enquête sur la confidentialité mais aussi le cabinet plus globalement (accueillant, bruyant). Des relevés sonométriques pourraient apporter une notion objective. Cette enquête présente en effet uniquement l'avis subjectif des médecins. Il existe d'ailleurs dans les entretiens des avis divergents sur le sujet entre deux associés de la même maison médicale, entre un des médecins et son associé, ou entre médecin et son remplaçant.

Un autre avis aurait une importance : les secrétaires. Elles peuvent représenter un point de fragilité de secret, au sein de l'organisation de l'activité de certains cabinets. Elles pourraient apporter un autre point de vue que le médecin, et aborder leur formation et ressenti sur le secret professionnel.

Il existe un autre point critique de l'aménagement du cabinet, non développé ici car structurel ou organisationnel : l'informatique. La sécurité est très complexe et souvent sous-estimée (26), les connaissances nécessaires avancées. Il serait nécessaire de gérer des niveaux d'accès. Et qu'en est-il désormais avec l'émergence de l'informatique nuagique ? Par extension, certains médecins ont fait remarquer que l'accès patients à leurs résultats de laboratoire est non sécurisé, alors que les médecins mettent en place des messageries cryptées comme Apicrypt® ou MSSanté®.

D'autres problématiques intéressant les locaux se posent et peuvent faire l'objet d'un travail futur : la sécurité et les vols.

Les problèmes de stockage et élimination des papiers et dossiers médicaux pourraient être aussi évalués.

4. Bibliographie

1. Rey A. Dictionnaire historique de la langue française. Vol. 3. Paris: Le Robert; 2000.
2. Villey R. Histoire du secret médical. Paris: Seghers; 1986.
3. Grmek M. Le secret médical. Concours Méd. 1963;4178.
4. Guénois P. La grande conférence des ordonnances et édits royaux. Paris: Estienne Richer; 1636. 1312 p.
5. Paré A. Les œuvres. Paris: Gabriel Buon; 1585.
6. Code pénal (ancien) - Article 378. Code pénal (ancien).
7. Hecketsweiler P. Histoire de la médecine. Paris: Ellipses; 2010.
8. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Historique [Internet]. [cité 28 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/historique-1209>
9. Code pénal - Article 226-13. Code pénal.
10. Py B. Le Secret Professionnel. Paris: L'Harmattan; 2005.
11. Secret médical en France. In: Wikipédia [Internet]. 2018 [cité 28 janv 2019]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Secret_m%C3%A9dical_en_France&oldid=146213177
12. Secret professionnel. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 28 janv 2019]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Secret_professionnel&oldid=155791960
13. Weisz G. Naissance de la spécialisation médicale dans le monde germanophone. Actes Rech En Sci Soc. 2005;156-157(1-2):37-51.
14. Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. 2004-67 janv 16, 2004.
15. Vialtel S-E. La visite à domicile : perceptions des médecins généralistes sur son évolution passée et à venir. [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2012 [cité 25 janv 2019]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731721/document>
16. Ministère des Solidarités et de la Santé. La démographie des médecins (RPPS) [Internet]. [cité 28 janv 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/la-demographie-des-professionnels-de-sante/la-demographie-des-medecins-rpps/article/la-demographie-des-medecins-rpps>
17. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. Etudes Résultats. mai 2017;(1011).

18. Code de la santé publique - Article L1110-4. Code de la santé publique.
19. Code de déontologie médicale - Article 71 (R4127-71). Code de la santé publique.
20. Circulaire du 25 avril 2003 relative à l'application de la réglementation acoustique des bâtiments autres que d'habitation.
21. Siniat. Memento Siniat 2017-2018 [Internet]. 2017 [cité 25 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.siniat.fr/fr-fr/siniatheque/bibliotheque>
22. Knauf. Les solutions acoustiques Knauf [Internet]. 2014 [cité 25 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.knauf.fr/documentation/dossiers-thematiques>
23. Levy AG, Scherer AM, Zikmund-Fisher BJ, Larkin K, Barnes GD, Fagerlin A. Prevalence of and Factors Associated With Patient Nondisclosure of Medically Relevant Information to Clinicians. *JAMA Netw Open*. 2 nov 2018;1(7):e185293-e185293.
24. PAPS Grand Est [Internet]. [cité 26 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.grand-est.paps.sante.fr/Accueil.38365.0.html>
25. La Sacem - Société des Auteurs, Compositeurs et Éditeurs de Musique [Internet]. [cité 26 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.sacem.fr/>
26. Cheriet M. Sécurité des données médicales informatiques en cabinet de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2012.

5. Annexes

Annexe 1 : nœuds d'analyse des entretiens

Tableau 2 : point de vue initial		
Nœud	Entretiens	Références
différence entre versant légal et pratique médicale	6	14
la divulgation est inacceptable	8	16
le médecin est responsable du secret vis-à-vis des patients	10	20
ne pas y avoir pensé	2	5
penser au sujet : s'être posé la question	11	41
plainte des patients	4	8

Tableau 3 : difficultés et isolement du généraliste		
Nœud	Entretiens	Références
absence de confrontation d'expérience entre pairs	6	10
altération de la relation médecin-patient	7	15
ressenti de la difficulté	8	29
gêne du médecin	9	27
méconnaissance des solutions techniques	6	10
méconnaissance légale	9	9

Tableau 4 : image du patient

Nœud	Entretiens	Références
absence de retour spontané des patients	10	25
absence d'intérêt du patient pour le secret	7	32
méconnaissance du patient du secret	2	5

Tableau 5 : réactions du praticien

Nœud	Entretiens	Références
accepter l'imperfectibilité	10	28
demande au propriétaire	7	10
évaluation de l'isolation phonique	10	26
faire du mieux possible	11	35
mise en place de solutions techniques	12	181
recours à un professionnel du bâtiment	9	18
résolution, efficacité complète	8	23
solutions incomplètement efficaces	4	14

Annexe 2 : Memento Siniat reprenant l'arrêté du 25/04/2003

CLOISONS

EXIGENCES ACOUSTIQUES RÉGLEMENTAIRES* (Arrêté du 25/04/2003)	SOLUTIONS POUR RÉPONDRE À LA RÉGLEMENTATION ACOUSTIQUE		RÉFÉRENTIEL** HQE ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ Cible 9 – Acoustique DnTA + 3 dB		DÉTAILS
	TYPE ET PERFORMANCES	PAREMENTS	TYPE ET PERFORMANCES	PAREMENTS	
01 ENTRE CHAMBRES DnTA : 42 dB	CLOISON PRÉGYMÉTAL D98/62 XTRA S (laine 60 mm) Rw+C : 49 dB EI 60 H max : 5,60 m	2 X 1 PRÉGYPLAC BA18 S Haute Dureté	CLOISON PRÉGYMÉTAL D98/62 S TWIN (laine 60 mm) Rw+C : 53 dB EI 60 H max : 5,10 m	2 X 1 PRÉGYTWIN BA18 S Haute Dureté	p.96
02 CLOISONS SUR CIRCULATION DnTA : 27 dB DnTA : 32 dB	CLOISON PRÉGYMÉTAL D98/62 S (sans laine) Rw+C : 37 dB EI 60 H max : 5,60 m	2 X 1 PRÉGYPLAC BA18 S Haute Dureté	CLOISON PRÉGYMÉTAL D98/62 S (laine 60 mm) Rw+C : 48 dB EI 60 H max : 5,60 m	2 X 1 PRÉGYPLAC BA18 S Haute Dureté	p.96
03 ENTRE SALLES D'OPÉRATION ET CHAMBRES DnTA : 47 dB	CLOISON PRÉGYMÉTAL D98/62 S TWIN (laine 60 mm) Rw+C : 53 dB EI 60 H max : 5,10 m	2 X 1 PRÉGYTWIN BA18 S Haute Dureté	CLOISON PRÉGYMÉTAL D98/48 S TWIN (laine 60 mm) Rw+C : 57 dB EI 60 H max : 4,95 m	2 X 1 PRÉGYTWIN BA25 S Haute Dureté	p.96 p.98

FEU :
Les hauteurs maximales peuvent être réduites en cas d'exigence incendie. Consulter la page indiquée. Pour une performance EI 120 dans le cas 03, nous consulter.

ACOUSTIQUE :
La différence entre DnTA et Rw+C (transmissions latérales) est une estimation basée sur l'expérience de SINIAT. Seule une étude acoustique globale du projet menée par un professionnel spécialisé peut déterminer cette valeur avec précision.

* Pour tout détail spécifique relatif à la réglementation acoustique, voir p.358
** Les établissements de type EHPAD et EHPA sont exclus du champ d'application de ce référentiel. Pour ce type d'établissements, se référer au Référentiel Habitat et Environnement « EHPA-EHPAD Millésime 2009 ».

CLOISONS SPÉCIFIQUES

04 CLOISONS RADIOLOGIQUES	CLOISON PRÉGYMÉTAL PRÉGYPLAC BA13 PLOMBÉE PTM	p.118
05 CLOISONS ANTI-EFFRACTION Pharmacie, locaux informatiques ...	CLOISON PRÉGYMÉTAL DÉFI D98/62 S + GRILLE DÉFI	p.116
06 CLOISONS COURBES	CLOISON PRÉGYMÉTAL CONTOUR OU CLOISON PRÉGYDRO COURB	p.114

SOLUTIONS COMPLÉMENTAIRES SINIAT

07 GAINES TECHNIQUES	1 PRÉGYTWIN BA25 S OU 2 PRÉGYPLAC BA18 S	p.280
08 LOCAUX HUMIDES ET TRÈS HUMIDES	PRÉGYDRO OU PRÉGYWAB	p.22 p.88
09 DOUBLAGES INTÉRIEURS	PRÉGYTHERM OU PRÉGYMAX	p.176
10 PLAFONDS EXTÉRIEURS ABRITÉS	PRÉGYWAB	p.22 p.210
11 PLAFONDS ACOUSTIQUES ABSORBANTS	PRÉGYBEL	p.246
 Les plafonds sous combles communicants doivent s'opposer à la propagation du feu par le comble et assurer la stabilité de la charpente. Vérifiez les solutions incendie spécifiques.		p.126

Autorisation

VU

NANCY, le **07 février 2019**
Le Président de Thèse

NANCY, le **08 février 2019**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Paolo DI PATRIZIO

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 10617

NANCY, le **12 février 2019**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

Résumé

Introduction : Le secret professionnel est un élément prépondérant et ancestral de notre pratique. Le Code pénal décrit le côté volontaire de la divulgation, seul le Code de Santé Publique s'attarde sur les locaux au sein du Code de déontologie. Il est important d'envisager d'autres modes de divulgation du secret.

L'objectif principal est d'évaluer le ressenti des médecins généralistes libéraux par rapport au risque de divulgation involontaire du secret professionnel par un aménagement inadéquat des locaux.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de douze médecins, sélectionnés de manière raisonnée pour obtenir une variété maximale des profils, et ce jusqu'à l'obtention de la saturation des données.

Résultats : Les médecins décrivent être préoccupés par le risque de divulgation du secret professionnel et responsables vis-à-vis de leurs patients, mais se trouvent en difficulté pour l'aménagement de leurs locaux. La pratique isolée de la médecine est un facteur aggravant la situation. Ils n'ont que trop peu de retours spontanés de leurs patients, qui leur semblent peu concernés par le sujet. Des solutions sont mises en place, rarement parfaitement satisfaisantes, malgré une volonté de faire du mieux possible et un recours à des professionnels du bâtiment. Ils reconnaissent la nécessité d'accepter une imperfectibilité du matériel, mais aussi nécessaire afin de conserver un équilibre entre sécurité et rapports humains.

Conclusion : Cette étude montre que les généralistes libéraux interrogés s'impliquent pour que leurs locaux garantissent le respect du secret professionnel. Les référentiels propres aux cabinets de médecine générale libérale manquent et seraient à développer.

TITRE EN ANGLAIS : Perception by general practitioners of the risk of involuntary non-compliance with medical confidentiality by inadequate accommodation.

THESE : Médecine Générale 2019

MeSH : confidentiality, physicians' offices, facility design and construction

INTITULE ET ADRESSE :
UNIVERSITE DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54500 Vandœuvre-Lès-Nancy Cedex, France
