



HAL
open science

Respect du secret professionnel par l'externe en odontologie : de la théorie à la pratique

Inès Philippe

► **To cite this version:**

Inès Philippe. Respect du secret professionnel par l'externe en odontologie : de la théorie à la pratique. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. hal-03298020

HAL Id: hal-03298020

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298020>

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>

ACADÉMIE NANCY-METZ
UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ D'ODONTOLOGIE

Année 2019

N°10772

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

par

Inès PHILIPPE

Née le 16 mai 1993 à Thionville (Moselle, 57)

**Respect du secret professionnel par l'externe
en odontologie : de la théorie à la pratique**

Présentée et soutenue publiquement le 6 Septembre 2019

Membres du jury

Pr. É. MORTIER

Professeur des Universités

Président

Dr. C. CLÉMENT

Maître de Conférences

Directrice

Dr. M. HERNANDEZ

Maître de Conférences

Juge

Dr. C. GERBER-DENIZART

Docteur en Chirurgie-Dentaire

Juge

Pr B. PY

Professeur des Universités

Invité

*Par délibération en date du 11 décembre 1972, la Faculté de Chirurgie Dentaire a
arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées
doivent être considérées comme propre à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur
donner aucune approbation ni improbation*

Président : Professeur Pierre **MUTZENHARDT**

Doyen : Professeur Jean-Marc **MARTRETTE**

Vice-Doyens : Dr Céline CLEMENT – Dr Rémy BALTHAZARD – Dr Anne-Sophie VAILLANT

Membres Honoraires : Dr L. BABEL – Pr. S. DURIVAUX – Pr A. FONTAINE – Pr G. JACQUART – Pr D. ROZENCWEIG - Pr ARTIS - Pr M. VIVIER

Doyens Honoraires : Pr J. VADOT, Pr J.P. LOUIS

Professeur émérite : Pr M-P FILLEUL

Département Odontologie pédiatrique Sous-section 56-01	Mme	DROZ Dominique	Maitre de Conférences *
	Mme	JAGER Stéphanie	Maitre de Conférences *
	M.	PREVOST Jacques	Maitre de Conférences *
	Mme	HERNANDEZ Magali	Maitre de Conférences *
	M.	LEFAURE Quentin	Assistant
	Mme	DARSAT Claire	Assistante*
Département Orthopédie dento-faciale Sous-section 56-01	M.	EGLOFF Benoît	Maitre de Conférences *
	Mme	SENG Marlyne	Assistante *
	Mme	LAWTON Mathilde	Assistante
Département Prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale Sous-section 56-02	Mme	CLÉMENT Céline	Maitre de Conférences *
	M.	BAUDET Alexandre	Assistant *
	Mme	NASREDDINE Greyce	Assistante
Département Parodontologie Sous-section 57-01	M.	AMBROSIINI Pascal	Professeur des Universités *
	Mme	BISSON Catherine	Maitre de Conférences *
	M.	JOSEPH David	Maitre de Conférences *
	M.	LACH Patrick	Assistant
	Mme	MAYER-COUPIN Florence	Assistante
	Mme	PAOLI Nathalie	Enseignante univ. – Praticien attachée
Département Chirurgie orale Sous-section 57-01	Mme	GUILLET-THIRBAULT Julia	Maitre de Conférences *
	M.	BRAVETTI Pierre	Maitre de Conférences
	Mme	PHULPIN Bérengère	Maitre de Conférences *
	M.	CLERC Sébastien	Assistant*
	M.	HASNAOUI Nasr	Assistant
	Mme	KICHENBRAND Charlene	Enseignante univ. – Praticien attachée*
Département Biologie orale Sous-section 57-01	M.	YASUKAWA Kazutoyo	Maitre de Conférences *
	M.	MARTRETTE Jean-Marc	Professeur des Universités *
	Mme	EGLOFF-JURAS Claire	Assistante*
Département Dentisterie restauratrice, endodontie Sous-section 58-01	M.	MORTIER Éric	Professeur des Universités *
	M.	AMORY Christophe	Maitre de Conférences
	M.	BALTHAZARD Rémy	Maitre de Conférences *
	M.	ENGELS-DEUTSCH Marc	Maitre de Conférences
	M.	VINCENT Marin	Maitre de Conférences*
	Mme	GEBHARD Cécile	Assistante
	M.	GEVREY Alexis	Assistant
	M.	GIESS Renaud	Assistant *
	M.	DE MARCH Pascal	Maitre de Conférences
	M.	SCHOUVER Jacques	Maitre de Conférences
Département Prothèses Sous-section 58-01	Mme	VAILLANT Anne-Sophie	Maitre de Conférences *
	Mme	CORNE Pascale	Maitre de Conférences Associée *
	M.	CIESLAK Steve	Assistant
	M.	HIRTZ Pierre	Assistant *
	M.	MAILLET Maxime	Assistant
	Mme	MOEHREL Bethsabée	Assistante
	M.	VUILLAUME Florian	Assistant
	Mme	STRAZIELLE Catherine	Professeur des Universités *
	Mme	MOBY (STUTZMANN) Vanessa	Maitre de Conférences *
	M.	SALOMON Jean-Pierre	Maitre de Conférences
Département Fonction-dysfonction, imagerie, biomatériaux Sous-section 58-01	Mme	JANTZEN-OSSOLA Caroline	Assistante associée

Souligné : responsable de département * temps plein

Mis à jour le 01/12/2018

Remerciements

À NOTRE PRÉSIDENT

Monsieur le Professeur Éric Mortier

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Henri Poincaré en physique-chimie de la matière et des matériaux

Habilité à diriger des recherches

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Responsable du département de dentisterie restauratrice, endodontie

Chef du service d'odontologie du CHRU de Nancy

*Vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.
Nous vous remercions pour vos enseignements tout au long de notre cursus et pour
votre pédagogie. Nous vous sommes reconnaissante de l'intérêt que vous avez porté
à ce travail.*

Veillez trouver ici, l'expression de notre profonde estime.

À NOTRE DIRECTRICE

Madame le Docteur Céline Clément

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université de Lorraine, mention sciences de la vie et de la santé

Maître de Conférences – Praticien Hospitalier

Responsable du département prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale

Vice-Doyen de la faculté d'odontologie de Lorraine

Expert près de la cour d'appel de Nancy

Vous nous avez fait l'honneur de bien vouloir diriger ce travail.

Nous vous exprimons notre infinie gratitude quant à votre soutien et à l'intérêt que vous avez porté, dès le départ, à ce projet de thèse. Nous vous remercions pour vos nombreux et précieux conseils quant à la rédaction de ce travail.

Trouvez ici le témoignage de notre plus profond respect.

À NOTRE JUGE

Madame le Docteur Magali Hernandez

Docteur en Chirurgie Dentaire

Maître de Conférences – Praticien Hospitalier

Département d'Odontologie Pédiatrique

*Nous vous remercions de la gentillesse avec laquelle vous avez accepté de juger
cette thèse.*

*Nous retiendrons la pertinence de vos enseignements, vos valeurs, votre sympathie,
et votre volonté de transmettre vos compétences à vos étudiants.*

Permettez-nous d'exprimer notre plus profonde reconnaissance.

À NOTRE JUGE

Madame le Docteur Caroline Gerber-Denizart

Docteur en Chirurgie-Dentaire

*Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites de participer à ce jury.
Nous vous sommes profondément reconnaissante pour votre bienveillance tout au
long de notre stage, ainsi que votre bonne humeur constante et votre joie de vivre.
Nous vous témoignons toute notre gratitude pour vos encouragements tout au long
de notre parcours.*

Trouvez ici le témoignage de notre estime sincère et de notre indéfectible amitié.

À NOTRE JUGE ET INVITÉ

Monsieur le Professeur Bruno Py

Professeur de Droit Privé et Sciences Criminelles

Professeur des Universités – Université de Lorraine

*Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger et de participer à cette thèse.
Nous vous remercions pour l'excellence et la qualité de l'enseignement que vous
avez su nous prodiguer au sein de la Faculté de Droit. Nous vous exprimons notre
infinie gratitude quant à l'intérêt que vous avez su susciter pour ce vaste sujet qu'est
le « secret professionnel ».*

*Soyez assuré de notre considération envers vos qualités pédagogiques et oratrices.
Trouvez ici le témoignage de notre plus profonde admiration.*

À mon père,

Tous les mots du monde ne suffiront pas. Un simple et sincère « merci » suffira, je sais que tu comprendras.

J'admire ton mental de fer, ta détermination de tous les jours.

Papa, je te dédie cette thèse en ce jour si précieux à mes yeux.

À ma mère,

Que ce lien indéfectible qui nous lie ne soit jamais entaché par les petits tracassés et désaccords de la vie.

Merci pour les petits et les gros chagrins que tu as si bien su consoler, merci de m'avoir appris à ne jamais baisser les bras et toujours regarder droit devant moi.

Pour les éclats de rire que tu as su susciter, je ne retiendrai qu'une chose : « longue vie aux sandwiches jambon-beurre et aux yaHourts ».

À vous deux,

Merci d'être mes quatre plus fidèles épaules ; pour rire et me confier, pour vos idées pertinentes, vos conseils et nos discussions si ouvertes sur la vie.

Je ne serais pas là sans vous.

Une page de ma vie se tourne aujourd'hui, et une nouvelle vient de s'ouvrir : une page blanche où tout reste à écrire.

Ce lent chemin vers ma thèse m'amène aujourd'hui à me confronter à un nouveau challenge qui, d'avance, me procure le frisson du plaisir, des embûches surmontées, des victoires remportées, des rencontres partagées : accomplir mon métier de chirurgien-dentiste dans des conditions que vous m'avez décrites difficiles sans doute, enrichissantes sûrement. Je suis prête à relever le défi.

Je vous aime plus que tout.

À mes grands-mères,

Je vous remercie pour tout le temps consacré à votre petite fille et pour tous vos petits plats... Espérons que mes râpés et mes aiguillettes de poulet soient un jour aussi savoureuses que les vôtres !

À ma famille, tante, cousine, filleule et filleul,

Merci d'avoir toujours cru en moi et pour votre soutien sans faille.

À Clara et Baptiste, je vous souhaite que le chemin de la vie vous mène vers d'aussi beaux projets professionnels quels qu'ils soient.

À Marie,

Je te souhaite d'être follement heureuse dans ta nouvelle vie marseillaise ; tu vas me manquer et j'espère que nos chemins ne cesseront jamais de se croiser.

À Élise,

Mon binôme de choc, ne doute jamais de toi. Tu m'as tant appris, ne change pas, tu es formidable.

À Aude,

Merci pour ces innombrables soirées de fous rires, tous ces burgers et toutes ces fois où « on ne devait pas parler de médecine » !

A Fred,

Merci pour ton soutien tout au long de ce DIU de Droit Médical. Sois heureux quel que soit le chemin que la vie te fasse prendre.

À Gaëlle,

Merci d'avoir donné une portée, une importance et une qualité à mon travail. « Du coup de la secousse », je n'ai jamais autant ri qu'à tes côtés (et jamais autant bu de café aussi, je crois...).

À Michel et à l'ensemble de la maison médicale de Bourbonne-les-Bains,

Merci pour ton enseignement et ta pédagogie, « Renard rusé chasse l'oie de son terrier ».

À Éléonore,

Quelle belle rencontre m'a permis de faire ce DIU...

Mais aussi à **Marine, Quentin, Thomas, Antoine, Aurore, Nathalie, Gautier, Anaïs, Anthony, Maxime, Élodie, Dylan, Guilhem, William** et tous ceux que j'oublie encore...

À Hugo,

Malgré tout, un grand merci pour ton soutien pendant de longues années. Ce manuscrit n'aurait jamais pris forme sans toi.

À Agnès et Pascal,

Pour votre bienveillance et vos conseils avisés...

À Marie-Reine, Claudine et Lavinia,

Mon premier cabinet de cœur : merci de m'avoir accordé ma chance pour mon tout premier remplacement.

À tous mes enseignants, de la maternelle au lycée,

J'ai tiré le meilleur de vos enseignements pour mener à bien mon projet le plus grand.

À Victor et Jules, et R qui me manque tant,

Mes loulous, « la maman donne ! »

Enfin, **à mes grands-pères,** si fiers puissent-ils être, je l'espère, d'où ils sont...

SOMMAIRE

Tables des abréviations

Table des figures

Table des tableaux

Introduction

Partie 1 : Le secret professionnel : la théorie

1. Le secret dans les textes
2. La notion de « secret professionnel »
3. Dérogations obligatoires et facultatives
4. Secret professionnel partagé
5. L'opposabilité du secret professionnel
6. Le délit de violation du secret professionnel

Partie 2 : Le secret professionnel en pratique : étude d'un principe remis en question dans le milieu étudiantin

1. Définition de l'étude menée
2. Résultats obtenus : que se passe-t-il en pratique ?
3. Discussion des résultats : pistes de résolutions

Conclusion

Bibliographie

Annexes

Table des matières

TABLE DES ABRÉVIATIONS

ADEE	Association for Dental Education in Europe
Art.	Article
BA	Brabois Adultes
Cass. civ.	Cour de Cassation, chambre civile
Cass. crim.	Cour de Cassation, chambre criminelle
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CHRU	Centre Hospitalier Régional et Universitaire
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CSP	Code de la Santé Publique
DFASO	Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Odontologiques
DFGSO	Diplôme de Formation Générale en Sciences Odontologiques
DMP	Dossier Médical Partagé
DPO	Délégué à la Protection des Données
ECOS	Examens Cliniques par Objectifs Structurés
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
HAS	Haute Autorité de Santé
ICL	Institut de Cancérologie de Lorraine
IME	Institut Médico Éducatif
INVS	Institut National de Veille Sanitaire
ODF	Orthopédie-Dento-Faciale
ONCD	Ordre National des Chirurgiens-Dentistes

p. ex.	Par exemple
PPP	Partenariat Public-Privé
RDV	Rendez-vous
RMM	Revue de Mortalité et de Morbidité
SMS	Short Message Service
SRLF	Société de Réanimation de Langue Française
TCEO	Troisième Cycle des Études Odontologiques
UF	Unité Fonctionnelle

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Mécanismes juridictionnels de sanction de la violation du secret. (Markus, 2007)	59
Figure 2 : Services, départements hospitaliers et UF fréquentés au cours du cursus universitaire de l'auteure (source : réalisation personnelle de l'auteure)	62
Figure 3 : Déroulé des études en odontologie (source : site Internet de la faculté d'odontologie de Lorraine (92)).....	65
Figure 4 : Photographie du département clinique de parodontologie/implantologie, salle principale (source : document personnel)	74
Figure 5 : Photographie du département clinique de prothèses, salle principale (source : document personnel)	75
Figure 6 : Photographie du département clinique d'odontologie conservatrice et endodontique – chirurgie et pathologies buccales, salle principale (source : document personnel).....	75
Figure 7 : Département d'odontologie pédiatrique sur site Brabois Adultes : exemple de hublot sur la porte d'accès à la salle de soin (source : document personnel).....	76
Figure 8 : Photographie du service d'Orthopédie-Dento-Faciale (source : document personnel).....	78
Figure 9 : Positionnement du poste informatique : exemple du département de parodontologie/implantologie, salle principale (source : document personnel).....	80
Figure 10 : Ligne de confidentialité : accueil de l'UF Heydenreich (source : document personnel).....	81
Figure 11 : Ligne de confidentialité : accueil de l'UF Brabois adultes (source : document personnel).....	81
Figure 12 : Espace de stockage des travaux prothétiques : exemple de l'UF Brabois adultes (source : document personnel).....	83
Figure 13 : Espace de stockage des travaux prothétiques : exemples de « boîtes de retour » confectionnées par les étudiants au sein de l'UF Brabois adultes (source : document personnel).....	83
Figure 14 : Espace de stockage des travaux prothétiques : exemple du service d'odontologie de l'ICL (source : document personnel).....	84

Figure 15 : Laboratoire prothétique/ salle de repos : exemple du service d'odontologie de l'ICL (source : document personnel).....	85
Figure 16 : Exemple de mentions présentes sur un ancien dossier du service d'odontologie du CHU de Nancy (source : document personnel)	86
Figure 17 : Exemple de mentions présentes sur un ancien dossier du service d'odontologie du CHU de Nancy (source : document personnel)	86
Figure 18 : Porte d'accès au local des archives : exemple de l'UF Brabois adultes et du service d'odontologie pédiatrique (source : document personnel).....	87
Figure 19 : Local des archives : exemple de l'UF Brabois adultes et du service d'odontologie pédiatrique (source : document personnel)	88
Figure 20 : L'apprenant en chirurgie-dentaire au centre des échanges : pluralité des destinataires potentiels de l'information (source : réalisation personnelle de l'auteure)	89
Figure 21 : Capture d'écran réalisée sur le groupe « infos cliniques 4 ^e /5 ^e années » (source : réseau social Facebook).....	92
Figure 22 : Bonnes pratiques à respecter afin de garantir l'utilisation appropriée des dossiers patients selon le guide pratique sur la protection des données personnelles (source : site Internet de la CNIL, 2018 (81)).....	104
Figure 23 : Communication intégrée dans un cas de figure de co-intervenants et respect du secret médical (source : d'après Nossintchouk, 2003).....	106
Figure 24 : Bonnes pratiques à respecter afin de garantir l'utilisation appropriée des téléphones portables et tablettes au regard de la confidentialité selon le guide pratique sur la protection des données personnelles (source : site Internet de la CNIL, 2018 (81)).....	110
Figure 25 : Bonnes pratiques à respecter afin de garantir l'utilisation appropriée des services de messagerie au regard de la confidentialité selon le guide pratique sur la protection des données personnelles (source : site Internet de la CNIL, 2018 (81))	110
Figure 26 : Roue de Deming (source : Kilian, 1987).....	116
Figure 27 : Écriteau affiché dans les différents départements de l'UF Heydenreich (source : document personnel)	121
Figure 28 : Poste de travail n°2 du service d'odontologie de l'ICL : stores vénitiens empêchant la vision sur le poste n°1 (flèche orange) (source : document personnel)	123

Figure 29 : Diagramme des sphères proxémiques (mode « éloigné ») (source : Hall 1971)	124
Figure 30 : Illustration reprenant le concept de distance physique entre deux individus (source : Martin, 1999).....	125
Figure 31 : Proposition schématique d'une « équipe de soins dentaire » (cercle bleu) au sein du CHRU de Nancy (source : réalisation personnelle de l'auteur)	132
Figure 32 : Proposition d'arbre décisionnel au regard du secret professionnel (source : réalisation personnelle de l'auteur)	134

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Principales dispositions pour l'intérêt du patient (source : réalisation personnelle de l'auteure, d'après la loi Kouchner).....	43
Tableau 2 : Comparaison de deux situations au regard du péril imminent ou actuel (source : réalisation personnelle de l'auteure d'après Py, 2005)	46
Tableau 3 : Dérogations obligatoires : autres situations (source : réalisation personnelle de l'auteure)	47
Tableau 4 : De l'opposabilité du secret : principales situations (source : réalisation personnelle de l'auteure)	55
Tableau 5 : Nombre de sujets simultanément présents par vacation au sein de l'UF Heydenreich durant l'année universitaire 2018-2019 (source : réalisation personnelle de l'auteure).....	68
Tableau 6 : Nombre de sujets simultanément présents par vacation au sein du département d'odontologie pédiatrique site Brabois adultes durant l'année universitaire 2018-2019 (source : réalisation personnelle de l'auteure).....	68
Tableau 7 : Nombre de sujets simultanément présents par vacation au sein de l'UF Brabois adultes durant l'année universitaire 2018-2019 (source : réalisation personnelle de l'auteure)	69
Tableau 8 : Nombre de sujets simultanément présents par vacation au sein du service d'odontologie de l'ICL durant l'année universitaire 2018-2019 (source : réalisation personnelle de l'auteure).....	69
Tableau 9 : Nombre de postes de travail par structure (en fonction du service ou département concerné) (source : réalisation personnelle de l'auteure)	72
Tableau 10 : Principaux systèmes de séparations et d'accès aux postes de travail (source : réalisation personnelle de l'auteure)	73
Tableau 11 : Distance (en mètres) moyenne inter-fauteuils (source : réalisation personnelle de l'auteure)	77
Tableau 12 : Situation du poste informatique selon le service concerné (source : réalisation personnelle de l'auteure).....	79

Tableau 13 : Disposition de la ligne de confidentialité à l'accueil des patients, en fonction du service ou département clinique concerné (source : réalisation personnelle de l'auteure)	80
Tableau 14 : Contextes d'échanges verbaux envisagés (source : réalisation personnelle de l'auteure)	90
Tableau 15 : Contenu de l'information échangée sur le groupe « infos cliniques 4 ^e /5 ^e années » et conditions d'accès aux informations (source : réalisation personnelle de l'auteure).....	91
Tableau 16 : Fiche de laboratoire : mode de rédaction et éléments mentionnés (source : réalisation personnelle de l'auteure)	92
Tableau 17 : Enseignements dédiés à la notion de secret professionnel dans la formation initiale de l'étudiant à la faculté d'odontologie de Nancy (source : réalisation personnelle de l'auteure d'après le « livret de l'étudiant » disponible sur le site internet de la faculté d'odontologie de Nancy (93) (94) (95) (96) (97)).....	93
Tableau 18 : Difficultés de gestion des fiches de laboratoire en fonction du service concerné (source : réalisation personnelle de l'auteure)	111

INTRODUCTION

« *L'art de garder le secret demande de l'habileté à éluder les questions curieuses.* »

(Girard, Synonymes français, 1756)

Problématique

Quels sont la place et les enjeux du secret professionnel dans la relation de soin ?
Les comportements estudiantins au CHRU de Nancy le respecte-t-il ?

Intérêt du sujet

Au cours de nos années d'études, c'est avec étonnement que nous avons pu constater un désintérêt marqué de la part des étudiants envers les enseignements tels que l'éthique, la déontologie et le droit médical alors qu'ils s'imposaient à nous-même comme le socle et le pilier de notre futur exercice de chirurgien-dentiste.

Le constat était sans appel : à ce manque d'intérêt s'ajoutait un non-respect plus que flagrant de certaines de ces notions pourtant enseignées, et en particulier celle du secret professionnel.

Désintérêt, défaut d'apprentissage ou manque de moyens ? Il nous est apparu indispensable d'analyser les causes de ce non-respect et d'y apporter des pistes de réponses et des potentielles solutions.

Le secret professionnel revêt une triple dimension : obligation morale, déontologique mais avant tout légale, il n'appartient pourtant à personne de s'en affranchir.

Cette notion s'inscrit dans un cadre juridique complexe que peu de dentistes et d'étudiants semblent maîtriser parfaitement.

En cabinet libéral comme dans une structure hospitalière, le questionnaire médical et l'anamnèse sont des éléments indispensables et indissociables des compétences diagnostiques et thérapeutiques du praticien. Par ailleurs, le patient est parfois amené à se livrer sur diverses informations concernant sa vie personnelle et privée (situation financière p. ex.)

De ce fait, le corps médical et paramédical, peut être confronté à diverses situations complexes et, parfois, à autant de manières d'y répondre.

Ces alternatives sont susceptibles d'engager la responsabilité morale et les affects mais qu'en est-il de la responsabilité juridique, de l'obligation légale ?

Le secret professionnel s'inscrit alors dans une relation bipartite où le tiers (famille, proches, organisme de la sécurité sociale, mutuelles...) n'a pas sa place.

De ce fait, instaurer une relation patient-praticien de qualité, et ce dès le premier rendez-vous, est gage de confiance pour le soigné. Le patient doit être sûr de faire évoluer la discussion, et la confiance, dans une sphère étanche pour se mettre à nu.

Ce sujet s'ancre dans un contexte sociétal et philosophique opportun à la discussion.

Cette thèse aura donc pour vocation de :

- Faire le point sur la législation en matière de secret professionnel
- Définir le cadre d'une pratique médicale compatible avec le Code de déontologie et l'éthique clinique
- Estimer le poids du secret dans la relation thérapeutique
- Répertorier et critiquer les comportements étudiantins, praticiens de demain
- Contextualiser le sujet au sein du service hospitalier d'odontologie du CHRU de Nancy et y apporter des propositions d'améliorations

Étymologie

D'un point de vue étymologique, le secret professionnel provient du latin *secretum*, qui signifie « *lieu écarté* » mais qualifie également ce qui est rare, isolé, retiré, ou encore solitaire. Ce terme émane du mot *secerno* qui traduit la séparation et l'action de « *mettre à part* » (90).

Le dictionnaire de la langue française ou Littré le définit comme un élément « *qui n'est pas divulgué, que l'on tient caché* » ou encore « *ce qui ne doit être dit à personne* », « *silence, discrétion sur une chose confiée* » (90).

Il apparaît ainsi nécessaire de distinguer les informations relevant du domaine privé, qui seraient susceptibles d'atteindre la réputation, l'intimité ou encore l'intégrité du patient ; de celles relevant du domaine public, connues des tiers.

Définitions des termes du sujet

Respect : Considération que l'on a pour certaines choses (107)

Secret : Qui n'est connu que d'un très petit nombre de personnes et ne doit pas être divulgué aux autres (108)

Externe : Étudiant en médecine qui participe au fonctionnement d'un service hospitalier, sous l'autorité d'un médecin-chef de service et de l'interne (104)

Externe en odontologie : Étudiant en sciences odontologiques qui participe au fonctionnement d'un ou plusieurs service(s) hospitalier(s), sous l'autorité du chef de service, d'un ou plusieurs praticien(s) sénior(s), et d'un ou plusieurs interne(s) (Définition personnelle de l'auteure d'après le dictionnaire de la langue française Larousse (104))

Odontologie : Étude des dents, de leurs maladies et du traitement de celles-ci (106)

Médecine bucco-dentaire : La médecine bucco-dentaire comporte la prévention, le diagnostic, et le traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants, dans le respect des modalités fixées par le code de déontologie de la profession (Art L-4141-1 du CSP)

Historique du secret professionnel

« Longtemps, le secret médical n'a joui d'aucune protection judiciaire. Il appartenait seulement au domaine de l'éthique, de la bonne conduite, et non à celui de la jurisprudence. »

(Mirko, Le secret médical, 1963)

Le secret professionnel revêt un caractère décisif dans la relation soignant-soigné. Il découle de la pratique de la médecine.

Il trouve ses origines dans un texte fondateur datant du Vème siècle av. J-C : le serment d'Hippocrate : il s'impose alors comme un ensemble de règles de bonnes conduites (devoirs moraux) plutôt que comme un véritable couperet juridique (Hervé et Wolf, 2013).

En Chine et en Inde, différents textes mentionnent le devoir de discrétion (Bénézech et Hoerni, 1996).

Néanmoins, le droit romain reste silencieux sur le sujet : il n'est ainsi seul mentionné que fugitivement dans un texte de Cicéron (63 av. J-C.). Il conviendra de minimiser cette absence d'écrits puisque le secret repose alors sur une tradition orale plutôt qu'écrite (Bénézech et Hoerni, 1996).

Au XIIe siècle commence à apparaître la notion de « rétention » d'informations (Villey, 1986).

L'individualisme atteindra son apogée à la période de la Renaissance puisqu'apparaissent dans les statuts de la Faculté de Paris (1598) la mention suivante : « *Personne ne divulgue les secrets des malades, ni ce qu'il a vu entendu ou compris* » (Durand et coll., 2000).

Mais le secret se situe à la frontière entre l'éthique et le droit dont il faudra attendre vingt-trois siècles pour voir éclore un premier texte dans l'Ancien Code pénal de 1810. Il traduit une réelle rupture puisque le médecin, qui jusqu'alors agissait par obligation morale agit dès lors par obligation légale. Il ne définit cependant pas l'étendue du secret : la jurisprudence, pléthorique, y contribuera (98).

Le 1^{er} Mars 1994, les articles 226-13 et 226-14 émergent dans le nouveau Code pénal. Ces textes marquent une transition puisqu'ils insistent majoritairement sur le contenu et l'étendue de l'information tenue secrète et non plus sur la sauvegarde de la relation contractuelle établie entre « *les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, [...] et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession ou par fonctions temporaires ou permanentes* » et le patient (Hervé et Wolf, 2013).

Modifiés à maintes reprises, ces articles sont toujours en vigueur. Ils s'érigent aujourd'hui comme textes de références juridiques à propos du secret professionnel.

En matière de secret, deux conceptions s'affrontent : la théorie absolutiste et la théorie relativiste.

Pour la première, le secret revêt un caractère absolu et inviolable (Garçon, 1956). Cette disposition découle du droit fondamental, et non moins nécessaire, au secret pour garantir le respect de la vie privée et de l'intimité du patient.

Défendu par les juridictions ordinaires et certaines universités, il serait un devoir inhérent aux professions de santé (par étendue, de chirurgien-dentiste) dont les acteurs ne peuvent se décharger.

Cette théorie a le mérite « *d'apporter un confort intellectuel indéniable et d'éviter au dépositaire du secret de nombreux cas de conscience* » (Roland, 1997).

Cependant, face à la complexification croissante de la prise en charge médicale et paramédicale, cette pensée purement théorique, désuète et irréalisable dans les faits peut être perçue comme une fiction juridique.

Elle tend à disparaître au profit d'une théorie plus novatrice : la théorie relativiste.

Dans une optique de protection des praticiens, des patients et de la société toute entière, la loi admet et autorise des dérogations permissives (Morais, 1993).

De plus, l'apparition de la notion d'équipe de soins et de secret partagé prouve que, même si les membres de l'équipe ne sont pas strictement retenus comme co-dépositaires du secret, ils n'y sont pas moins ouverts (Nyemb, 2012).

CHAPITRE 1 : LE SECRET PROFESSIONNEL : LA THÉORIE

1. LE SECRET DANS LES TEXTES

1.1. Le serment d'Hippocrate

Dans un contexte de consumérisation croissante des soins, où les performances techniques prédominent sur les compétences éthiques du praticien, le serment d'Hippocrate est-il toujours d'actualité ? (André et Béry, 2003 ; Hervé et Wolf, 2013)

Jugé obsolète en raison de son adage religieux, ce dernier a été réactualisé en 1996 (88). Il est alors renommé « Serment médical » (103).

Le serment hippocratique est le premier à mettre en exergue le crédit du secret médical et professionnel. Bien que de nombreuses traductions du texte original grec aient été proposées, les plus courantes restent les suivantes (76) (annexe 1) :

- « *Quoi que je voie ou entende dans la société pendant, ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas* » selon la traduction de la version originale du Littré.
- « *Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai le secret des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs* » selon le serment médical (86).

Il conserve néanmoins toute sa légitimité puisqu'il redéfinit les valeurs morales et les bases fondamentales exigibles dans la relation de soin.

Face à la complexité des rapports humains, ce texte est le garant d'une éthique clinique aboutie : la visée de l'acte de soins « bienfaisant » (« *primum non nocere* ») (Missika et Rahal, 2006).

Repris par Beauchamp et Childress dans Principles of biomedical ethics (1979), ce terme de « bienfaisance » voyage à travers les siècles, démontrant ainsi la portée du serment d'Hippocrate dans le temps (Pirnay, 2016) (annexe 2).

1.2. Le Code de la santé publique

L'article L-1110-4 du Code de la santé publique (CSP) modifié le 26 janvier 2016, fixe le cadre du secret professionnel et ses limites, en particulier dans le domaine du secret partagé. Le respect de la vie privée y est mentionné comme un droit dont tout patient peut jouir, propice à une relation de soin saine (Vassal, 2010).

Plusieurs dispositions y sont admises, en particulier :

- Un élargissement du champ des professionnels astreints au secret : il concerne tous les professionnels intervenants dans le système de santé, incluant depuis Janvier 2016 les domaines médico-sociaux et sociaux. Ainsi, l'ensemble de la chaîne de soins est concerné : de l'assistante dentaire, la secrétaire administrative, le prothésiste, en passant par l'agent d'entretien, évidemment le chirurgien-dentiste lui-même ou son collaborateur. Il appartient à chacun de faire preuve de prudence quant aux informations délivrées aux tiers (Art. R-4127-201 et Art. R-4127-207 du CSP). Alors qu'en pratique libérale, un nombre plus restreint de professionnels sont amenés à intervenir dans la prise en charge du patient, ce n'est effectivement pas le cas en secteur public où il sera alors d'autant plus difficile de sceller le secret.
- L'existence d'une « équipe de soins », décrite au sens de l'article L-1110-12 (annexe 3) du CSP qui reçoit les informations. Ces informations ne concernent de façon très restrictive que ce qui semble « *nécessaire, pertinent et non excessif* » (et uniquement) à la prise en charge (Missika et Rahal, 2006 ; Sabek, 2012).
- Le devoir d'obtention du consentement du patient, par tous moyens, avant de faire appel à d'autres de ses confrères ou à d'autres membres du système de santé (hors échanges dans le cadre de l' « équipe de soins »). En réalité, ce consentement libre, éclairé, conscient (loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner) n'est pas toujours recherché et beaucoup de professionnels le considèrent comme induit dès lors que le patient accepte d'être suivi par le praticien en question. Il est rare que le patient soit dûment informé de son droit de refus des communications avec d'autres professionnels de santé (Wolf et coll., 1997).

- L'accès des ayants-droits au dossier médical, uniquement pour les informations leur permettant de : faire valoir leurs droits, connaître la cause de la mort ou défendre la mémoire du défunt sous réserve que le patient ne s'y soit pas opposé de son vivant.

1.3. Le Code pénal

Les articles du nouveau Code pénal (1994) posent une ligne de démarcation : d'une part, l'existence de secrets protégés (Art. 226-13 du Code pénal) et d'autre part, les limites légales de ce protectorat (Art. 226-14 du Code pénal).

➤ Art. 226-13 du 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. »

La révélation d'une information à caractère secret est donc passible d'une peine d'emprisonnement ce qui lui confère une importance indiscutable.

Par comparaison, l'ancien Code pénal visait spécifiquement certaines professions de santé telles que *« les médecins, chirurgiens, autres officiers de santé, pharmaciens et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession ou par fonctions temporaires ou permanentes [...] »* (Art. 378 de l'Ancien Code pénal, 1810)

L'article 226-13 reste plus neutre puisqu'il ne vise aucun titre ni diplôme en particulier. Il insiste sur le caractère « dépositaire » du secret (et non propriétaire) (Py, 2005 ; Sabek, 2012), où tout un chacun se doit d'être consignataire des informations dont il a connaissance par son état, sa mission, sa fonction ou sa profession. La consécration du secret professionnel ne figure plus si intimement liée aux professions de santé. Le Code de déontologie repositionnera explicitement le chirurgien-dentiste ou l'étudiant en chirurgie-dentaire comme soumis au secret professionnel (150).

Il ne statue ni sur les circonstances d'acquisition de l'information tenue secrète ni sur le mode de révélation de l'information.

Le délit de violation du secret professionnel ne pourra être retenu qu'à deux conditions : la révélation doit être intentionnelle et faite à un ou plusieurs tiers.

➤ Art. 226-14 du Code pénal

« L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

2° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République [...] les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi. »

Apparu en 1994 puis modifié à plusieurs reprises en particulier en 2002, ce texte étouffe les situations dérogatoires au secret.

Les violences ne concernent plus uniquement le plan physique tel que pourrait le laisser penser l'ancien Code pénal mais plus largement les violences sexuelles, physiques ou psychiques. Néanmoins, le terme de maltraitance n'est pas évoqué dans les textes (Py, 2005).

Ce texte a pour mission :

1. La protection du mineur et des personnes vulnérables : cette disposition échancre la zone d'action du chirurgien-dentiste. Sans consentement préalable, il peut concourir à la protection de l'ensemble des personnes qu'il considérera comme incapables de se protéger, mineures comme majeures. Le libre-arbitre est laissé au praticien afin de juger de la capacité de la personne à de se défendre ou non.
2. La protection du sujet majeur, avec son accord.
3. L'autorisation de dénoncer une personne détentrice ou ayant l'intention d'acquérir une arme. Plus largement, cette mesure impute l'ensemble des dispositifs pouvant être considérés comme dangereux, tant pour le sujet que pour autrui, et permettent en ce sens de prévenir ou limiter les effets d'un crime (Vassal, 2010).

L'ensemble de ces dérogations constituent la permission de la loi.

Enfin, les articles 434-1 et 434-3 (annexe 3) du Code pénal délient le praticien de son obligation de dénonciation de crimes, privations, mauvais traitements, ou atteintes sexuelles.

La loi ne l'oblige ni à parler, ni à se taire : c'est l'option de conscience. En faisant preuve d'altruisme et de bienveillance, il agira comme bon lui semble. Sa décision sera licite dans les deux cas.

1.4. Le Code de procédure pénale

L'article 109 du Code de procédure pénale clarifie encore une fois l'absoluité réputée quasi-totale du secret professionnel. Sont ainsi exempts du présent texte les personnes visées aux articles 226-13 et 226-14 du Code pénal.

Le juge ne peut donc obliger le chirurgien-dentiste à révéler des informations à caractère secret dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de sa profession (Vassal, 2010).

➤ Art. 109 du Code de procédure pénale

« Toute personne citée pour être entendue comme témoin est tenue de comparaître, de prêter serment et de déposer sous réserve des dispositions des articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

[...]

Si le témoin ne comparaît pas ou refuse de comparaître, le juge d'instruction peut, sur les réquisitions du procureur de la République, l'y contraindre par la force publique. »

1.5. Le Code de déontologie

« L'éthique a reçu le nom plus expressif de déontologie » (Bentham, 1825)

Les professions se sont organisées afin de faire respecter leurs propres règles, dans le but de s'autoréguler : ces règles sont édictées dans le Code de déontologie et s'imposent comme guide, gage de cohésion et de dignité professionnelle (Vassal, 2010) (150). Elles visent l'exercice de la profession en vertu des qualités morales que sont la compétence, le dévouement, et la probité (Art. L-4121-2 du CSP).

Par une loi de 1940, l'ordre des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes fut créé. En Septembre 1945, par fractionnisme, l'ordre propre des chirurgiens-dentistes naît. Le 3 janvier 1948 est édité le premier Code de déontologie attribué à la profession.

Ce Code répond à trois questionnements majeurs en ce qui concerne le secret (150) :

- Les acteurs de santé tenus au secret (Art.1 et Art.5) ;
- La définition de l'information tenue secrète (Art. 5) ;
- Les moyens devant être mis en œuvre afin d'assurer la protection des données réputées « confidentielles » (Art. 5-1 et Art. 5-2).

Notons que les articles cités appartiennent à la section « Devoirs généraux des chirurgiens-dentistes » (sous-section 1), et pas simplement « envers les malades » (sous-section 2), ce qui appuie une fois encore le caractère d'ordre public du secret (Vassal, 2010).

➤ Art. 1 (inclus au CSP, article R-4127-201) :

« Les dispositions du présent code de déontologie s'imposent à tout chirurgien-dentiste inscrit au tableau de l'ordre, [...]. Elles s'appliquent également aux étudiants en chirurgie dentaire mentionnés à l'article L. 4141-4. Les infractions à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'ordre. »

➤ Art. 5 (inclus au CSP, article R-4127-206) :

« Le secret professionnel s'impose à tout chirurgien-dentiste, sauf dérogations prévues par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du chirurgien-dentiste dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. »

➤ Art. 5-1 (inclus au CSP, article R-4127-207) :

« Le chirurgien-dentiste doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son travail soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment. »

➤ Art. 5-2 (inclus au CSP, article R-4127-208) :

« En vue de respecter le secret professionnel, tout chirurgien-dentiste doit veiller à la protection contre toute indiscretion des fiches cliniques, des documents et des supports informatiques qu'il peut détenir ou utiliser concernant des patients. Lorsqu'il utilise ses observations médicales pour des publications scientifiques, il doit faire en sorte que l'identification des patients soit impossible. »

Il est de la responsabilité du chirurgien-dentiste de tout mettre en œuvre afin que les informations intimes soient tues. Il ne doit pas seulement mettre à l'abri les informations dont il a, le seul, connaissance mais également toutes celles qui pourraient venir à la connaissance de ses employés ou d'autrui.

Tout aussi logique que puisse être cette prérogative pour le chirurgien-dentiste lui-même, l'étudiant en chirurgie-dentaire ou l'assistante dentaire qui, tous, ont profité d'un enseignement théorique du secret professionnel, ce n'est pas le cas pour l'agent d'entretien : il faudra dûment l'informer de cette obligation (Missika et Rahal, 2006 ; Markus, 2007 ; Pirnay, 2016 ; Sabek, 2017).

Il est de son devoir de tout faire, matériellement, pour protéger ses dossiers médicaux (armoires fermées à clefs, cryptage données informatiques, aménagement approprié des locaux...) (Missika et Rahal, 2006 ; Markus, 2007).

1.6. La jurisprudence

« L'obligation du secret professionnel s'impose aux médecins comme un devoir de leur état. Elle est générale et absolue et il n'appartient à personne de les en affranchir. » (Arrêt Degraene, 1947) (145).

La jurisprudence souligne le caractère général et absolu du secret professionnel : dès 1885, par l'arrêt Watelet de la Cour de Cassation, puis notamment par l'arrêt Bordier en 1966 (145).

Peu nombreuses sont les jurisprudences propres au secret professionnel du chirurgien-dentiste. Elles sont donc étendues à celles des médecins lorsque le principe leur est applicable (Markus, 2007).

Au fil du temps, il est admis par les jurisprudences du Conseil d'état et de la cour de Cassation, notamment que :

- Le secret demeure après le décès du patient (arrêt Watelet, 1885) (145).
- Le soigné ne peut délier le soignant de son obligation au secret (arrêt Bordier, 1966) (Missika et Rahal, 2006 ; Sabek, 2012 ; Pirnay, 2016).
- Le secret subsiste même devant le juge, sauf si le principe des droits de la défense le surpasse (Cass. crim. 8 avril 1998) (Delprat, 2006 ; Markus, 2007).
- Le secret s'impose envers les autres professionnels de santé dès lors qu'ils n'interviennent pas dans la prise en charge du patient.
- Le secret ne couvre pas seulement l'état de santé du patient mais également son nom. Le médecin doit s'abstenir de divulguer aux tiers les noms des personnes qui ont, par le présent ou le passé, fait appel à ses services (Markus, 2007).
- Le secret s'oppose même aux individus eux même liés par le secret (administration fiscale p.ex.) (Markus, 2007).

- Les signalements doivent être pesés. L'indifférence constituant un délit de non-assistance à personne en péril doit être évitée (Cass. civ. 8 octobre 1997, n° 94-84801) (Markus, 2007).

2. LA NOTION DE « SECRET PROFESSIONNEL »

« *Vint le jour où la souffrance des autres ne leur suffit plus, il leur en fallut le spectacle.* » (Nothomb, Acide sulfurique, 2005)

Le secret professionnel ne peut exister s'il n'y a pas d'entité secrète propre. Cependant, « *on maîtrise difficilement ses contours* » (Sabek, 2017).

Dans une conjoncture actuelle où les réseaux sociaux et internet émergent massivement, le chirurgien-dentiste est confronté à la délicate question du volume de la sphère qui englobe les informations à caractère secret, « la vie privée », de celles qui n'en feraient pas partie (Stiegler, 2012 ; Pirnay, 2016) (153).

Il n'existe pas spécifiquement de frontière retenue pour déterminer les informations soumises au secret. Le praticien retiendra tout ce qui a été porté à sa connaissance dans le cadre de son exercice (Sabek, 2017).

Conformément à l'article L-4141-1 du CSP, sont logiquement soumises au secret toutes les informations relatives à « *la prévention, au diagnostic, au traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants* ». Elles ne peuvent néanmoins être retenues comme seuls éléments secrets (Vassal, 2010).

Un renseignement est schématiquement qualifié de secret lorsqu'il répond à trois critères (Py, 2016).

Il doit être :

- Obtenu à titre professionnel = circonstance d'acquisition ;
 - Identifiant ;
 - Intime/non accessible au public.
- | → Nature de l'information

2.1. La nature de l'information

2.1.1. Caractère identifiant

Est retenue comme telle toute information permettant « *d'établir, au moyen de déclarations, témoignages, constatations, éléments d'état-civil, l'identité d'une personne vivante ou décédée* » (105).

Outre les données nominatives évidentes, seront prises les dispositions nécessaires afin de rendre impossible l'identification des patients dans le cadre de colloques, publications ou divers enseignements (Art. R. 4127-208 du CSP). En ce sens, les visages seront floutés et les noms effacés (Vassal, 2010).

2.1.2. Caractère intime

Les renseignements intimes sont schématiquement représentés dans le triptyque « des trois S » : santé, sexe, sou (Riffault-Eguether, 2016).

Entre autres, tout ce qui a trait au domaine des amours secrets, adultères ; au patrimoine ; aux opinions politiques, religieuses ; à l'orientation sexuelle du sujet et pas uniquement aux affections dentaires.

Ils concernent donc tant le plan médical qu'extra-médical (Sabek, 2012).

Que les informations soient graves ou anodines, en rapport direct avec les soins ou non, cette intimité est non seulement un besoin mais également un droit (art. L-1110-4 du CSP) (Vassal, 2010).

2.1.3. Étendue du secret

Les textes modifient leur contenu puisque les « *secrets qu'on leur confie* » deviennent « *l'information à caractère secret* ».

Ce n'est alors plus le déposant (le patient) qui par la confiance, délimite le secret : sa définition devient plus objective et définie par sa nature et son contexte, entre autres. Le secret n'est pas la propriété du professionnel et il ne lui appartient pas d'en faire usage : il en est simplement le garant.

Cette conception ne pourrait retenir de façon très restrictive que ce qui a effectivement été confié au patient en qualité de secret mais le soignant n'est pas toujours amené à comprendre des informations explicitement dites mais plutôt à les

deviner (Py, 2005 ; Pirnay, 2016). Il faudra donc distinguer des informations recueillies par voie orale ou écrite, les constats, découvertes ou déductions indifféremment de la circonstance d'acquisition de ces dernières (Sabek, 2012).

Ainsi, le Code de déontologie retient tout ce qui a été « *vu, entendu, ou compris* », (Art. 4127-206 du CSP). Cette disposition ne laisse pas de libre-arbitre au chirurgien-dentiste : est confidentiel tout ce qui a été mentionné, explicitement ou implicitement dans le cadre du parcours de soins (Sabek, 2012). En effet, certaines informations parviennent fortuitement au professionnel : sous-entendus, examens de pièces médicales ou de devis (Py, 2005) ...

Le secret concerne en premier lieu les documents médicaux et le nom du patient mais aussi les dires d'un malade, les diagnostics posés et thérapeutiques entreprises, les conversations surprises en salle de soin, les confidences des familles...

Les informations secrètes sont celles qui ne doivent pas être accessibles au public. La jurisprudence considère que le fait qu'un tiers, quel qu'il soit, soit déjà mis au fait d'une confidence par nature « intime » ne suffit pas à soustraire le soignant au secret professionnel (Py, 2005).

Soulevons dans ce cadre une problématique d'actualité : notre jeune génération ultra-connectée ne fait parfois preuve que de peu de retenue sur les réseaux sociaux. Ceci concerne tant les étudiants que les patients.

Elle n'en maîtrise quelquefois pas l'usage, ni la portée des informations divulguées (vie privée).

Dans ce contexte, lorsqu'un praticien a accès aux informations publiées (parfois publiquement accessible) par un patient sur un réseau social, ces dernières restent-elles considérées comme intégrante au secret professionnel alors qu'elles sont acquises en dehors de l'exercice de la profession ?

En France, alors que le nombre moyen « d'amis » Facebook en 2018 est de 177 par utilisateur et qu'un français sur deux a recours à ce type de réseau (83), la divulgation d'information sur ce dernier est-elle aussi anodine qu'elle n'y paraît ?

2.2. Le mode d'acquisition « à titre professionnel »

Alors même que la circonstance d'acquisition (lieu) et le mode de délivrance des faits (oral, écrit, induit) importe peu, le statut du professionnel conditionnera le caractère secret ou non de l'information.

Deux situations distinctes enveloppent le secret :

- Le professionnel de santé acquiert l'information dans l'exercice de sa profession.
- Le professionnel de santé acquiert l'information à l'occasion de l'exercice de sa profession.

Bien que la notion « dans l'exercice de la profession » se conçoive clairement, il n'en est pas de même pour la seconde qui semble plus subjective.

Finalement, un secret est obtenu à titre professionnel dès lors qu'en se confiant, le patient considère le professionnel comme soignant et non comme un ami, proche, ou parent (Py, 2005). Il convient donc d'être prudent à ce sujet : tout ce qui vient à la connaissance du chirurgien-dentiste ou de l'étudiant en chirurgie dentaire, concernant les soins prodigués (mais pas uniquement) et ce, même dans un contexte commun ou éloigné de la structure « habituelle » de soins, se doit d'être tu si cela a été divulgué en sa qualité de professionnel de santé.

En dehors de ce statut, l'ensemble d'informations apprises par le protagoniste ne sont plus « couvertes » par le secret : les articles 226-13 et 226-14 du Code pénal ne prévalent plus.

Peuvent être cités pour l'étudiant en chirurgie-dentaire, notamment : les stages hospitaliers en unité long séjour, secteur gériatrie en FASO2, en IME (stage de sensibilisation au handicap, TCEO1), ou les soins prodigués en milieu carcéral (stage hospitalier d'Épinal (maison d'arrêt), TCEO1).

Ce n'est donc pas l'élément spatial (structure libérale, hôpital public, domicile, autres...) qui scelle le secret, mais le statut, propre ou supposé du praticien.

Lorsque le secret oblige les professions de santé, ce n'est pas le cas des patients qui peuvent « déconfidentialiser » ce qui est porté à leur connaissance durant le parcours de soins (p. ex. : information entendue dans la salle d'attente).

Il appartient au chirurgien-dentiste de tout mettre en œuvre pour que les secrets soient précieusement gardés au sein de la structure de soins (Art. R-4127-208 du CSP).

Il devra donc notamment :

- S'abstenir de scander le nom de ses patients dans la salle d'attente (Markus, 2007).
- Faire preuve de pondération et de retenue dans ses entretiens téléphoniques avec d'autres patients (Markus, 2007).

3. DEROGATIONS OBLIGATOIRES ET FACULTATIVES

L'hypothèse selon laquelle le professionnel de santé est autorisé à dévoiler les informations dont il est le garant est limitativement inscrite dans les textes. Les dérogations au secret peuvent être de double nature : obligatoires ou facultatives (Sabek, 2012).

Elles sont instaurées dans le cas où l'intérêt public prime sur l'intérêt privé. Elles font appel à la conscience et à la responsabilité morale du chirurgien-dentiste.

Le patient ne peut délier le chirurgien-dentiste de ses obligations et le consentement libre, éclairé et conscient, à lui seul ne peut justifier une infraction pénale.

Ces dérogations font foi d'un conflit entre les droits et devoirs qui s'imposent aux professions de santé où le choix devra être entrepris en fonction de la hiérarchisation des renseignements portés à sa connaissance.

3.1. Les dérogations facultatives : l'option de conscience

Dans certaines situations, le choix de la révélation du secret fait appel au libre-arbitre et au bon sens clinique du chirurgien-dentiste : elles constituent la « permission de la loi ».

La multiplication des faits justificatifs permet au praticien d'agir (sans sanction envisageable) au moyen de l'article 226-14 du Code pénal qui l'exempt de l'article 226-13 de ce même Code. Ce dernier ne s'applique pas « *dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret* ».

Qu'il parle ou qu'il se taise, le choix appartient au praticien : il ne pourra être condamné. Ces dérogations peuvent dès lors être perçues comme une option de conscience : l'alternative « silence/révélation » sont toutes deux licites et constituent un fait justificatif.

Il appartiendra donc au juge d'examiner si l'hypothèse du fait justificatif se pose mais surtout si les conditions de la justification sont réunies (Py, 2005).

Il découle de ces dérogations une triple protection :

- | | | |
|--|---|--------------------------|
| <ol style="list-style-type: none">1. De la victime d'infraction2. De l'intérêt du patient3. De la santé publique | } | TRIPLE PROTECTION |
|--|---|--------------------------|

3.1.1. Protection de la victime

En vertu de l'article 226-14 du Code pénal, trois situations répondent à l'option de conscience :

1. D'une part, la loi permet au chirurgien-dentiste la divulgation d'informations, en particulier pour les personnes vulnérables, en raison de leur âge ou d'une incapacité, décrite au sens large, physique ou psychique.

Elle concerne en particulier les mineurs dont le seuil d'âge de quinze ans a été abandonné. Elle caractérise les mauvais traitements : sont visés les privations, sévices, atteintes ou mutilations sexuelles.

Cette disposition est consolidée par l'article 434-3 du Code pénal, qui condamne la non-dénonciation mais exclut expressément les personnes visées par l'article 226-13 du Code pénal. Cette permission, vue ici comme une possibilité, n'est toutefois pas sans limite puisque, en vertu de l'article 223-6 du Code pénal, le chirurgien-dentiste ne saurait rester inactif face à un sujet victime de telles violences, qui engendreraient un risque vital imminent (délit de non-assistance à personne en péril).

Toute la difficulté réside dans l'interprétation de la sévérité des faits dont le praticien est spectateur : quelle est la frontière critique entre une situation dont le danger est potentiel de celle dont le risque est imminent et avéré ?

De plus, bien qu'un seuil objectif d'âge (dix-huit ans) ait été défini, un flou reste présent quant à la qualité de la personne vulnérable.

2. La protection de la personne majeure et capable est permise à la condition *sine qua non* que cette dernière y donne son accord.

Les violences ne sont pas uniquement physiques ou sexuelles, mais sont également qualifiées de violences « psychiques ». Au-delà des violences conjugales ou du viol, le champ est élargi aux pressions psychologiques telles que le harcèlement, moral entre autres.

La maltraitance des personnes âgées (fragiles, elles aussi) est de plus un fléau sociétal qu'il conviendra de ne pas négliger (Amyot, 2015) (152). Ce type de maltraitance en institution (type EHPAD) est de plus en plus médiatisé et étalé au grand jour (Winckler, 2016 ; Arcelin, 2019).

3. Enfin, l'article 226-14 du Code pénal statue sur la dangerosité des individus (tant pour eux-mêmes que pour autrui), sur la manifestation de la volonté d'acquiescer à une arme ou la détention actuelle de cette dernière.

Par conséquent, sont concernés les cas où l'individu fait part de sa volonté d'attenter à sa propre vie (suicide) ou d'autres personnes physiques (accès de violences, viols, meurtres).

Cette disposition peut-être vivement critiquée : à l'heure où les médias démontrent un engouement certain pour les actes qualifiés de « terroristes », et face à un patient qui évoquerait ce type d'actes, à quel moment faut-il considérer que le risque est imminent ou actuel, alors même que cela ne peut être qu'une évocation ou qu'un fantasme ?

Prudence et circonspection sont de mise. Sans toutefois se laisser aveugler et terroriser par la large médiatisation des derniers événements mondiaux et européens (attentat, tuerie de masse...), le chirurgien-dentiste devra trouver un juste équilibre entre crainte démesurée et laxisme.

Bien que les textes ne statuent pas encore ouvertement sur la question cette troisième et dernière disposition peut être lue de façon implicite et répondre aux interrogations à ce sujet.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins (2017) a émis des conseils concernant le problème plus particulier de la radicalisation, dont le chirurgien-dentiste peut s'inspirer (87).

Cependant, il faudra faire la distinction entre :

- Le signalement : il relève de la dénonciation et constitue une révélation spontanée. Il sera sans reproche sur le plan légal et déontologique.
- Le témoignage : il répond à la demande du magistrat ou du juge. Les révélations ne pourront être faites qu'à bon escient sans calomnies.

3.1.2. Préservation de l'intérêt du patient

Cette conception trouve sa consécration dans la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dite loi Kouchner (Vassal, 2010). L'article L-1110-4 du Code de la santé publique insiste sur quatre points principaux (Tableau 1).

Tableau 1 : Principales dispositions pour l'intérêt du patient (source : réalisation personnelle de l'auteure, d'après la loi Kouchner)

Disposition de l'article	Objectifs
Continuité des soins	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la coordination du système de soins • Permettre l'échange d'informations entre les professionnels de santé • Promouvoir la dimension collective dans le cadre des équipes de soins • Faciliter la prise en charge du patient • Exemple de l'externe en odontologie : appel au médecin traitant du patient pour informations complémentaires sur ses pathologies ou traitements en cours
Information des proches	<ul style="list-style-type: none"> • Être un soutien pour le malade • Cas d'un diagnostic ou pronostic grave (art. L-1110-4 du CSP) • Exemple de l'externe en odontologie : cas de diagnostic d'un cancer de la sphère orale (Pirnay, 2016)
Accès des ayants droits (parents, héritiers, conjoints pacsés ou non, époux)	<ul style="list-style-type: none"> • Faire valoir leurs droits • Connaître les causes de la mort • Défendre la mémoire du défunt
Personne de confiance	<ul style="list-style-type: none"> • Désignée librement par le patient (médecin traitant, proche...) • Accompagnement et soutien du patient dans ses démarches : consultations médicales, prises de décisions...

Ces dispositions ne peuvent prendre effet qu'à condition que le patient en ait donné son accord ou tout du moins qu'il ne s'y soit pas opposé de son vivant.

Les textes légaux ne précisent ni la qualité ni le nombre des proches pouvant être désignés comme « personne de confiance » (Nossintchouk, 2003) (99).

3.1.3. Sauvegarde de la santé publique

L'accès partiel ou total aux dossiers médicaux par :

- Les chirurgiens-dentistes conseils des organismes d'assurance maladie ;
- Les inspecteurs de la santé publique ;
- Les dentistes experts.

est prévu, en se limitant aux informations qui concourent à l'aboutissement de leur mission et dans le respect du secret médical (Art. L. 1112-1 du CSP).

Dans le cadre de l'évaluation de l'activité des établissements, publics et privés les systèmes utilisés peuvent parfois impliquer des données médicales telles que les pathologies des patients traités, ou les modalités de prise en charge et thérapeutiques entreprises (Art L-6113-7 du CSP).

3.2. Les dérogations obligatoires

Bien qu'une multiplicité de dérogations permissives existe, il est des cas où le professionnel de santé n'a d'autres choix que de se soumettre à la loi, sous peine de sanctions.

Le signalement ou la dénonciation ne sont donc plus seulement du champ des possibles : le chirurgien-dentiste ne peut passer outre, ni se décharger de ces situations.

Parmi l'ensemble des dérogations obligatoires, il en existe une qui prévaut sur toutes les autres : l'assistance à personne en péril.

3.2.1. Assistance à personne en péril

Suivant l'article 223-6 du Code pénal, le fait de s'abstenir de porter secours à une personne « en péril » constitue une infraction.

Ce secours, s'il ne peut être apporté par des gestes immédiats, peut l'être également par la parole : « *soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours* ».

Il convient néanmoins de rappeler que ce n'est pas parce qu'un chirurgien-dentiste signale un cas de maltraitance infantile que cela le dédouane de toutes responsabilités dans ce cas.

Alors que la sanction pénale est clairement établie, qu'en est-il du péril ? Il apparaît qu'il ne soit pas expressément qualifié dans l'article 226-3, mais l'article 122-7 du Code pénal nous éclaire à ce sujet : le risque doit être actuel ou imminent.

Ceci répond donc à nos interrogations, et ne peut être soumis à une interprétation abusivement subjective : ne sont pas concernés les risques potentiels, virtuels, ou antérieurs (Py, 2005).

➤ Art. 223-6 du Code pénal

« Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. »

➤ Art. 122-7 du Code pénal

« N'est pas pénalement responsable la personne qui, face à un danger actuel ou imminent qui menace elle-même, autrui ou un bien, accomplit un acte nécessaire à la sauvegarde de la personne ou du bien, sauf s'il y a disproportion entre les moyens employés et la gravité de la menace. »

Deux situations méritent d'être mises en exergue (Tableau 2) :

Tableau 2 : Comparaison de deux situations au regard du péril imminent ou actuel (source : réalisation personnelle de l'auteure d'après Py, 2005)

<p style="text-align: center;">ATTENTAT/CATASTROPHE NATURELLE = CAS D'ASSISTANCE À PERSONNE EN PÉRIL</p>	<p style="text-align: center;">VIH/MST = CAS D'ASSISTANCE À PERSONNE EN PÉRIL</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Situation d'urgence : risque actuel • Le praticien passe outre une double obligation déontologique : le consentement et le secret • Présence de médias et journalistes rendant impossible la conservation de l'anonymat 	<ul style="list-style-type: none"> • Risque potentiel : ni actuel ni imminent • Prétendre connaître l'ensemble des partenaires sexuels du patient = ILLUSION • Le praticien ne doit pas révéler le statut sérologique du patient • Doit inciter le patient à révéler sa maladie à ses partenaires • Peut aider le patient dans sa démarche d'annonce (Manaouil, 2008)

3.2.2. Droits de la défense

Lorsqu'il est amené à comparaître devant la justice, le chirurgien-dentiste peut, en vertu des droits de la défense, révéler des informations sur certains de ses patients, ou sur les prises en charge entreprises, et ce dans le but de défendre son intérêt personnel ou celui du patient (Py, 2005).

Il ne doit mettre en évidence que les indications qui restent strictement indispensables à sa défense et ne peut que les révéler dès lors que l'affaire est parue devant les tribunaux (Markus, 2008).

Le chirurgien-dentiste n'est pas en droit d'en faire une affaire privée et de se délier du secret hors du cadre juridique.

3.2.3. Autres dérogations obligatoires

Les principales autres dérogations obligatoires sont listées dans le tableau suivant (Tableau 3).

Tableau 3 : Dérogations obligatoires : autres situations (source : réalisation personnelle de l'auteure)

Nature de la dérogation	Disposition/but de la dérogation	Texte législatif de référence
Déclaration des maladies vénériennes et contagieuses	<ul style="list-style-type: none"> • But : maintien de la santé publique • Mise à jour régulière par l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) : tuberculose, tétanos, poliomyélite, botulisme, VIH... 	Art L-3113-1 du CSP
Hospitalisation sous contrainte	<ul style="list-style-type: none"> • But : maintien de l'ordre • Lorsque les troubles du soigné rendent « <i>impossible son consentement</i> » et que « <i>son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier</i> » 	Art L-333 du CSP
Maîtrise des dépenses de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Communication aux organismes d'assurances maladie les codes CCAM (Classification commune des actes médicaux) des actes réalisés, des pathologies diagnostiquées et des prestations données aux assurés sociaux • Facilitée par la télétransmission (Vassal, 2010) • La feuille de soins comporte deux parties : l'une comportant simplement l'acte côté, l'autre code la pathologie et est envoyée directement au service médical 	Art. L-161-29 du Code de la sécurité sociale

Nature de la dérogation	Disposition/but de la dérogation	Texte législatif de référence
Certificats médicaux (Arrêt de travail/maladie professionnelle)	<ul style="list-style-type: none"> • Une copie doit être remise par le praticien à l'organisme dont dépend la victime • Prévention des maladies professionnelles : déclaration obligatoire de tout symptôme d'imprégnation toxique (amiante...) et de toute affection évoquant une maladie professionnelle (annexe 4) 	<p>Art L-461-5 du CSP</p> <p>Art. L-441-6 du Code de la sécurité sociale</p>

4. SECRET PROFESSIONNEL PARTAGE

La notion de « secret partagé » résonne comme un oxymore et semble tout à fait paradoxale : par essence, le secret se doit d'être sauvegardé et son acceptation première le place tel un contrat entre deux parties : le confident et le confié (Zorn, 2009).

La proximité, voire même la promiscuité entre le chirurgien-dentiste et son patient impose non seulement d'entendre ses doléances mais surtout de savoir les écouter.

C'est par l'apport de la loi du 4 Mars 2002 (loi Kouchner) que ce concept de partage d'informations trouve une assise légale, dont le dénominateur commun du partage n'est plus uniquement les « professionnels de santé ».

Cette disposition apparaît cependant critiquable, puisqu'elle définit les limites du type d'informations soumises au partage, mais plus difficilement le cadre des copartageants concernés.

Établie comme une nouvelle exception au secret professionnel, cette nouveauté n'est pas négligeable puisqu'elle permet une nécessaire fluidification de la prise en charge des patients, et un partage d'informations entre personnel soignant et non soignant (domaine médico-social et social depuis 2016).

Quel que soit le type de pratique (hospitalière, libérale, urbaine, rurale), le chirurgien-dentiste peut se faire aider, conseiller et assister par pléthore de ses confrères ou collaborateurs. Ceci permet en particulier de faire appel à un confrère pour un avis, une prestation, ou d'assurer la continuité des soins dans un but organisationnel.

Ce partage du secret tend à permettre une meilleure prise en charge du patient, dans son intérêt thérapeutique. Toute la difficulté réside dans l'arbitrage entre le respect des intérêts privés du sujet et l'activité de la profession (Zorn, 2009).

4.1. En pratique hospitalière

L'alinéa 3 de l'article L-1110-4 du Code de la santé publique, modifié en 2016 (loi Santé du 26 Janvier 2016) revêt une double acceptation de la prise en charge du patient et une refonte du système :

- La prise en charge par une « équipe de soins ».
- Les soins donnés en dehors de ce cadre pour lesquels le consentement du patient devra être dûment recueilli par tous moyens.

➤ Art. L-1110-4 du CSP (alinéa 3)

« Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen [...] ».

Dans le cadre de la prise en charge d'un patient au service d'odontologie du CHU de Nancy, cette notion d'équipe de soins implique une prise en charge pluridisciplinaire. Nombreux sont les maillons de la chaîne qui cheminent au sein du parcours de soins : externes, internes, séniors, aides-soignantes, assistantes dentaires, services administratifs, membres du laboratoire de prothèse...

La définition « d'équipe de soins » est peu claire, et ne trouve, qu'un cadre législatif pauvre au sein de ce service. Elle est toutefois facilitée depuis 2016 par l'article L-1110-12 (annexe 3) du CSP. Equipe de soins et équipe médicale ne sont ainsi pas assimilées : les personnes tenues au secret ne sont pas seulement les dispensateurs de soins.

Néanmoins, il est rare que l'externe en chirurgie-dentaire se pose la question *a priori* des participants à cette équipe : sa composition lui apparaît alors hasardeuse et hypothétique. Pourtant, la condition *sine qua non* à sa définition est limpide : toutes les personnes concernées doivent avoir apporté leur concours à la prise en charge du patient.

La loi notifie expressément que les informations partagées ne sont que celles qui sont « strictement nécessaires ». Le secret partagé ne doit pas dépasser cette frontière légale.

Au-delà de l'obligation professionnelle, il s'avère que la mission revêt ici toute son importance : elle doit permettre « *la nécessaire coordination des soins* » ainsi que « *la détermination de la meilleure prise en charge* ». Ceci insiste sur le fait que la finalité de la prise en charge médicale prime sur l'existence d'une équipe de soins strictement définie (Zorn, 2009).

Concernant le consentement, il est supposé acquis en structure hospitalière. L'acceptation d'un partage d'informations si large est admise comme tacite.

Cette présomption n'exempt pas l'externe d'informer dûment le patient de ses droits en la matière, ni de lui apporter une information éclairée et loyale.

Il convient néanmoins de ne pas confondre le devoir de discrétion professionnelle et le devoir de secret professionnel. La discrétion professionnelle s'ancre dans un périmètre plus étendu que le secret professionnel. Elle s'applique aux fonctionnaires du service public (fonction publique hospitalière incluse).

Ils doivent s'abstenir de divulguer les faits, informations ou documents dont ils prennent connaissance, tant dans l'exercice qu'à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions (Art. 26 loi n° 83-634 du 13 Juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, dite loi Le Pors).

Ces devoirs convergent tous deux vers le besoin de confidentialité, afin que dans l'intérêt public et général, toute personne puisse avoir accès aux soins nécessaires, sans crainte de diffamation ni délation.

4.2. En pratique libérale

4.2.1. Personnels présents au cabinet dentaire

Le chirurgien-dentiste est souvent employeur, *a minima* de personnels non soignants, voire d'un de ses confrères. Si l'un de ses employés déroge à l'obligation du secret, il engage la responsabilité de son employeur qui sera responsable de l'indemnisation potentielle de la victime et de la sanction de son employé (Art. 1384 du Code civil) (109).

Alors même que le terme d'équipe de soins n'est plus approprié, les employés doivent respecter une discrétion absolue, en vertu de leur contrat de travail.

- L'assistante dentaire : le secret n'est plus réputé de « confier » mais d'entendu : ce que l'assistante doit savoir, c'est le patient qui lui déclare. Une distinction doit ainsi être faite : n'est condamnable que la révélation d'une information (par le praticien), et non le seul fait d'avoir entendu ladite information. Face à l'émergence du partage de compétence, son rôle ne doit toutefois pas être sous-estimé.
- La secrétaire médicale : Elle devra faire preuve d'une pondération absolue, en particulier lors de ses échanges téléphoniques en présence de patients.
- Le prothésiste : il ne peut faire partie intégrante du cercle des copartageants car il n'intervient que de manière indirecte. Le chirurgien-dentiste s'efforcera de ne lui transmettre que les données cliniques indispensables à la réalisation de ses travaux. Il s'oblige, à une absolue modération et retenue concernant l'élaboration de la prothèse et son propriétaire (lorsqu'il en a connaissance).

Il appartiendra au chirurgien-dentiste d'assurer la formation de ses employés (Missika et Rahal, 2006 ; Pirnay, 2016), et de protéger matériellement ses données (Art R-4127-207 et art. R-4127-208 du CSP).

4.2.2. Échanges avec d'autres professionnels de santé

- Confrères et autres membres de l'équipe médico-sociale (annexe 12)

Il peut, évidemment, avoir recours à l'avis et conseil de ses confrères, ou d'autres professionnels de santé en charge du patient, tel que le médecin traitant par exemple.

Chaque professionnel perçoit l'information qui incombe à son domaine de compétences, ou hors champ de ses compétences lorsque la nécessité est absolue, et seulement à ceux-ci (limité au périmètre de leur mission) (art R. 1110-1 du CSP). Depuis 2016, la loi de modernisation du système de santé (complétée par deux décrets) encadre le secret partagé. Elle en élargit le périmètre et permet l'échange interprofessionnel entre les professionnels de santé (art. L. 1110-4 du CSP) et ceux des champs sociaux et médico-sociaux par exemple (Art. L. 1110-2 du CSP).

Un professionnel exerçant seul peut échanger des informations (146) :

- Avec les professionnels de santé mentionnés dans la quatrième partie du code de la santé (information préalable du patient mais pas d'obligation légale de préciser la nature de l'information et du destinataire)
- Professionnels de la liste établie au sein de l'article R. 1110-2 du code de la santé publique (obligation légale d'information préalable du patient, de préciser la nature de l'information et du destinataire).

Le consentement n'est plus tacite : le patient doit ouvertement accepter le partage interprofessionnel (*a minima*, en être informé).

Le partage d'information n'est néanmoins pas obligatoire à condition de ne pas nuire à la continuité des soins : le libre arbitre est laissé au chirurgien-dentiste quant à la transmission d'informations aux autres professionnels (146).

Les échanges, qu'ils soient téléphoniques, écrits, électroniques doivent tous être consignés dans le dossier médical du patient. Les données utilisées seront homologuées, en particulier pour l'échange par voie électronique. Elles sont soumises à des règles définies par un décret en Conseil d'État précisant les conditions d'application par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

- Dossier Médical Partagé (DMP)

Le chirurgien-dentiste peut avoir recours à un hébergeur de données des dossiers médicaux personnels (DMP). Cet hébergeur ne gèrera que l'hébergement et la sécurisation des données : les données médicales ne sont pas accessibles. Il doit posséder un agrément et il est astreint au secret (Markus, 2008).

Depuis 2015, le DMP devient le dossier médical partagé (Art. R-1111-26 du CSP) : il est censé faciliter l'échange de données interprofessionnelles mais n'est toutefois pas obligatoire. Tout bénéficiaire de l'assurance maladie peut en demander sa création auprès d'un établissement de santé, lors d'une consultation médicale ou encore par Internet.

Il est mis en œuvre dans le strict respect du secret professionnel car le titulaire du DMP peut y restreindre l'accès aux seuls professionnels de santé choisis par lui-même (88).

- Réglementation générale sur la protection des données (RGPD)

Entré en vigueur le 25 mai 2018, il offre un cadre juridique commun pour les professionnels de santé. Les chirurgiens-dentistes libéraux sont directement impactés : ils doivent tenir un registre des activités de traitement (documentation sur le traitement qu'ils réservent aux données personnelles) (82).

Lorsque des données personnelles sont collectées auprès d'un patient, le praticien libéral doit être en mesure de lui indiquer, de manière claire et transparente, les potentiels destinataires des données personnelles, ou l'intention du praticien d'effectuer un transfert des données vers un pays tiers ou une organisation internationale (82) (148).

- Praticiens « consultants » des mutuelles : obligation implicite de lever le secret médical

Les assurances complémentaires santé se font de plus en plus insistantes quant aux « contrôles » avant et après la réalisation de travaux prothétiques et de traitements parodontaux : il est demandé au patient de transmettre des éléments de son dossier médical, faute de quoi ce dernier se verrait essuyer un risque de refus de remboursement de ses soins (151).

Le patient est donc implicitement obligé de transmettre les éléments de son dossier médical. Ces demandes peuvent être qualifiées d'abusives : le patient ainsi tenu en joug n'a d'autre choix que de transmettre les informations demandées.

Si la copie du dossier médical est encadrée par l'article L1111-7 du CSP, le praticien traitant a, par ailleurs, l'obligation d'indiquer au patient son droit de refus de transmission d'information (Art. L-1110-4 du CSP).

Nous rappellerons que seul le patient peut transmettre les informations de son dossier médical, le chirurgien-dentiste traitant ne peut les transmettre directement : cela constituerait une violation du secret médical (pas de partage d'information possible) (151).

En vertu du Code de déontologie et du Code de la santé publique, le praticien « consultant » (c'est-à-dire salarié) de l'assurance complémentaire, n'a pas à émettre un avis concernant les diagnostics et thérapeutiques entreprises par le chirurgien-dentiste traitant qui reste libre de son traitement.

Les nouvelles évolutions de la CCAM (reste à charge zéro) risquent d'amplifier ces dérives notables en matière de secret professionnel.

L'un de nos confrères a alerté en particulier le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes et la CNIL aux moyens d'exemples concrets recueillis auprès d'autres confrères. Le dossier est en cours mais la plainte est dès à présent reçue comme recevable de la part de la CNIL et du conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes.

5. L'OPPOSABILITE DU SECRET PROFESSIONNEL

D'après Portes (1950), « *Il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confidence, de confidence sans secret* ».

À ce titre le secret doit rester « préservé » dans un cocon protecteur dont l'épaisseur permet de garantir son intégrité. Quelle est alors la « force » du secret ?

De cette façon, le secret doit être opposé, et ce dans une majorité de situations, quel que soit l'interlocuteur concerné (c'est-à-dire tant à une personne morale qu'à une personne physique) (Tableau 4).

Tableau 4 : De l'opposabilité du secret : principales situations (source : réalisation personnelle de l'auteure)

<p>Justice</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Secret opposable au juge (Art. 109 Code de procédure pénale) • Eléments de preuve peuvent être saisis par le magistrat grâce à : <ul style="list-style-type: none"> ○ Une perquisition ○ La demande par un officier judiciaire sur simple réquisition d'un dossier médical (Art. 60-1 du Code de Procédure pénale)
<p>Administration fiscale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Secret opposable à l'administration dès lors que l'information demandée est de nature secrète • Le contrôle fiscal devrait donc dans les faits pouvoir être réalisé sans que les membres de l'administration fiscale n'accèdent aux données médicales • Mais les agents du fisc ont accès aux documents comptables, même si ces derniers comportent les noms des patients • Conformément à la jurisprudence, ces agents n'ont pas d'accès aux feuilles de soins de l'assurance maladie qui comportent la pathologie (ou son code CCAM)
<p>Complémentaires santé (Mutuelles)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Secret opposable aux caisses complémentaires • Le patient se charge de transmettre les demandes d'informations médicales qui émanent de celle-ci • Délivrance au patient, seul, des informations demandées par l'organisme complémentaire • Cf. recommandations n°17-01 de la commission des clauses abusives sur les contrats d'assurance complémentaire santé : clause relative à la transmission de pièces justificatives au regard du secret médical (2017)

Assurances	<ul style="list-style-type: none"> • Secret opposable aux assurances • Le praticien-conseil (seul) joue le rôle d'interlocuteur entre l'assuré et l'organisme assurantiel • Il ne transmettra à l'assurance que les seules données strictement nécessaires à l'établissement du contrat
Certificats médicaux	<ul style="list-style-type: none"> • Produits qu'en présence du patient : le chirurgien-dentiste établit le certificat puis le remet au patient • Ne jamais le remettre à une mutuelle, un assureur ou un employeur qui en ferait la demande • Outils juridiques dont il appartient au patient de faire usage ou non (transmission à l'assurance)
Familles/Proches	<ul style="list-style-type: none"> • Secret opposable aux proches et parents sauf demande expresse du patient • Prérogative perdue après le décès du patient • Possibilité de désigner la « personne de confiance » : désignation non-obligatoire. Elle n'aura pas d'accès proprement dit aux informations, son seul rôle est l'accompagnement du patient dans le parcours de soins (Art L-1111-6 du CSP) • Pour le patient <u>mineur</u> : <ul style="list-style-type: none"> ○ Disposition permettant de traiter certains mineurs sans l'accord de leurs parents (Art. L-1111-5 du CSP) ○ Pas de révélation des informations acquises lors d'une consultation où le mineur se présente seul ○ Désignation par le mineur des proches à qui il souhaite que les informations soient exposées ○ Seul le titulaire de l'autorité parentale a accès au dossier médical en vertu de la protection de l'enfant tacitement reconnue par le titulaire de l'autorité parentale (Art. 371-2 du Code civil) (Simonet et coll, 2015)

Tutelle/Curatelle

Majeur sous tutelle ou mineur émancipé

- Mise sous tutelle s'il a besoin d'être représenté de façon continue dans la vie civile en raison d'une incapacité ou d'une infirmité mentale, psychique, due à l'âge ou physique
- Obligation de recherche du consentement (Article L 1111-4 du CSP) « *en fonction de ses capacités de discernement* » (Pirnay, 2016)
- Possibilité de passer outre si le malade refuse le soin et que cela peut avoir des conséquences graves pour sa santé
- Le tuteur reçoit l'information et consent sans toutefois que le majeur sous tutelle n'ait pas droit à l'information
- Le tuteur a un droit d'accès au dossier médical (Simonet et coll, 2015)



Personne sous curatelle ou « sous sauvegarde de justice »

- Cette situation concerne un sujet qui, sans être hors d'état d'agir lui-même, a besoin d'être assisté dans les actes de la vie civile, ou à une personne faisant preuve d'oisiveté, d'intempérance ou de prodigalité qui met en péril son patrimoine ou celui de sa famille (Burgkam, 2001)
- Autonomie préservée chez le patient sous curatelle (Différence majeure avec la tutelle)
- Le curateur peut recevoir des informations si le patient autorise le médecin à les lui donner
- Le patient consent personnellement
- Patient traité dans le respect du droit commun (Mirko, 2012)
- Accès au dossier : pas d'opposition à ce que le sujet puisse y avoir accès sans passer par un intermédiaire et ce dans les dispositions de la loi du 4 mars 2002

6. LE DELIT DE VIOLATION DU SECRET PROFESSIONNEL

6.1. Conditions de la révélation

Le délit peut être retenu à condition que la révélation soit :

- Volontaire ;
- Intentionnelle ;
- Quel que soit le mobile.

Elle peut avoir été faite à un ou plusieurs tiers, quelles que soit leurs qualités. De plus, le moyen matériel (oral, écrit) est totalement indifférent (Py, 2005).

6.2. Responsabilités en cause

Qu'elle ait causé un préjudice moral ou non, la révélation d'une information à caractère secret peut impliquer (Simonet, 2015) (147) :

- La responsabilité civile du chirurgien-dentiste ou de l'externe si son activité est « libérale » ou la responsabilité administrative si son activité se fait en structure de soin du droit public ou en milieu hospitalier. Cette responsabilité peut être délictuelle (droit commun de la responsabilité) ou contractuelle (contrat médical : arrêt Mercier, 1936 (147)). La réparation ne pourra être indemnitaire qu'à condition que la victime prouve l'existence d'un dommage (ou préjudice), d'une faute de la part du chirurgien-dentiste et d'un lien de causalité direct et certain entre ceux-ci (Simonet, 2015).
- La responsabilité pénale conformément aux articles 226-13 et 226-14 du Code pénal.
- La responsabilité disciplinaire : la faute constitue un manquement au Code de déontologie. Devant le président du conseil de l'ordre du département, une tentative de conciliation est mise en œuvre. Si elle n'aboutit pas, le plaignant peut saisir la chambre disciplinaire de première instance. La sanction disciplinaire ne sera pas indemnitaire.

À chacune de ces sanctions correspond un mécanisme juridictionnel propre (Figure 1) :

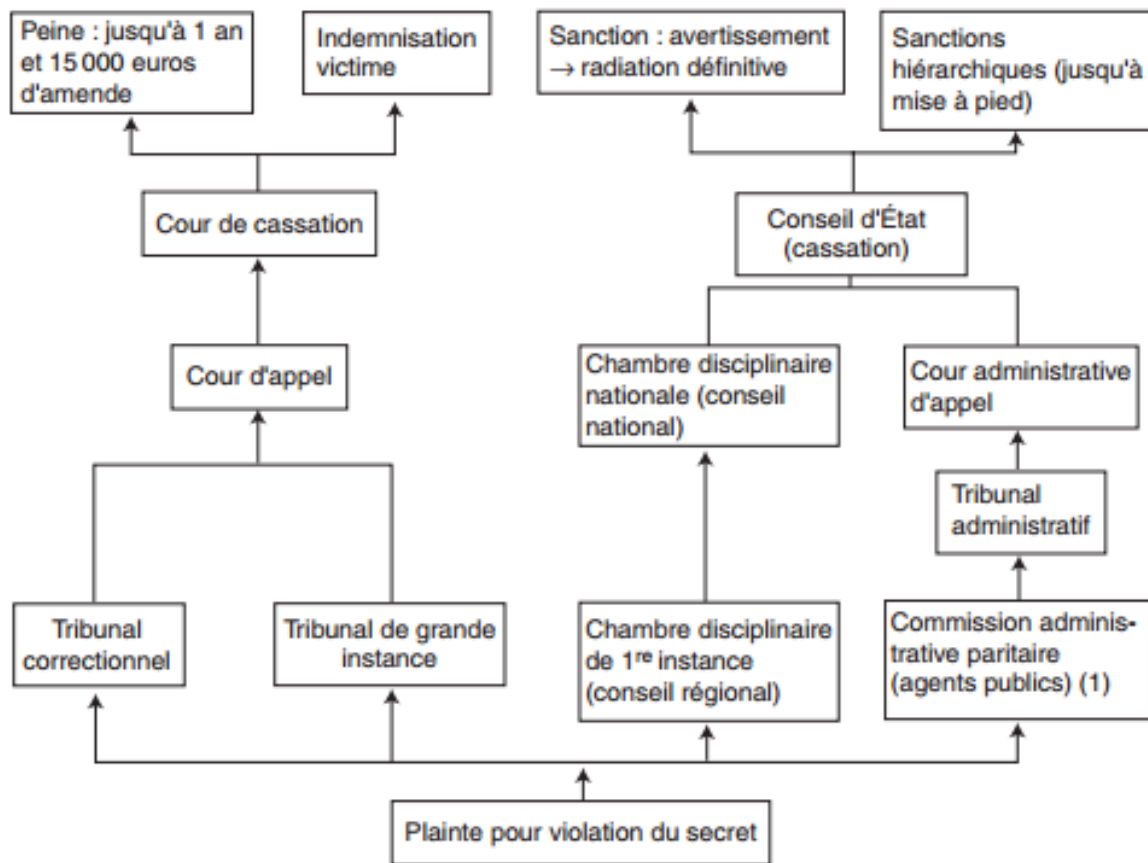


Figure 1 : Mécanismes juridiques de sanction de la violation du secret. (Markus, 2007)

CHAPITRE 2 : LE SECRET PROFESSIONNEL EN
PRATIQUE : ÉTUDE D'UN PRINCIPE REMIS EN QUESTION
DANS LE MILIEU ESTUDIANTIN

1. DEFINITION DE L'ETUDE MENE

1.1. Introduction

Ce chapitre est dédié à la présentation de notre démarche de travail ou proprement dite.

Il a été décidé de mener notre étude selon deux modalités : une étude observationnelle non-interventionnelle et une enquête menée par questionnaire. Ces procédés permettent d'aborder la problématique du secret professionnel selon deux aspects : le premier s'intéresse aux comportements estudiantins eux-mêmes tandis que le second donne la parole aux acteurs de cette étude (ressenti des apprenants).

L'étude observationnelle se veut la plus objective possible. Elle aborde également les sujets relatifs à l'agencement architectural des lieux ; ainsi que les enseignements proposés à la faculté de Nancy, les systèmes de notations et les comportements qui en découlent.

Nous présenterons tout d'abord les lieux, le public et les objectifs visés, puis les résultats factuels obtenus à l'aide des outils utilisés avant de discuter et d'analyser ces résultats.

1.2. Présentation des lieux analysés

Cette étude porte sur les services d'odontologie et départements hospitaliers du centre hospitalier régional et universitaire (CHRU) de Nancy et le service d'odontologie de l'Institut de Cancérologie de Lorraine (ICL) (partenariat public-privé) dans lesquels notre cursus universitaire nous a permis d'évoluer (Figure 2).

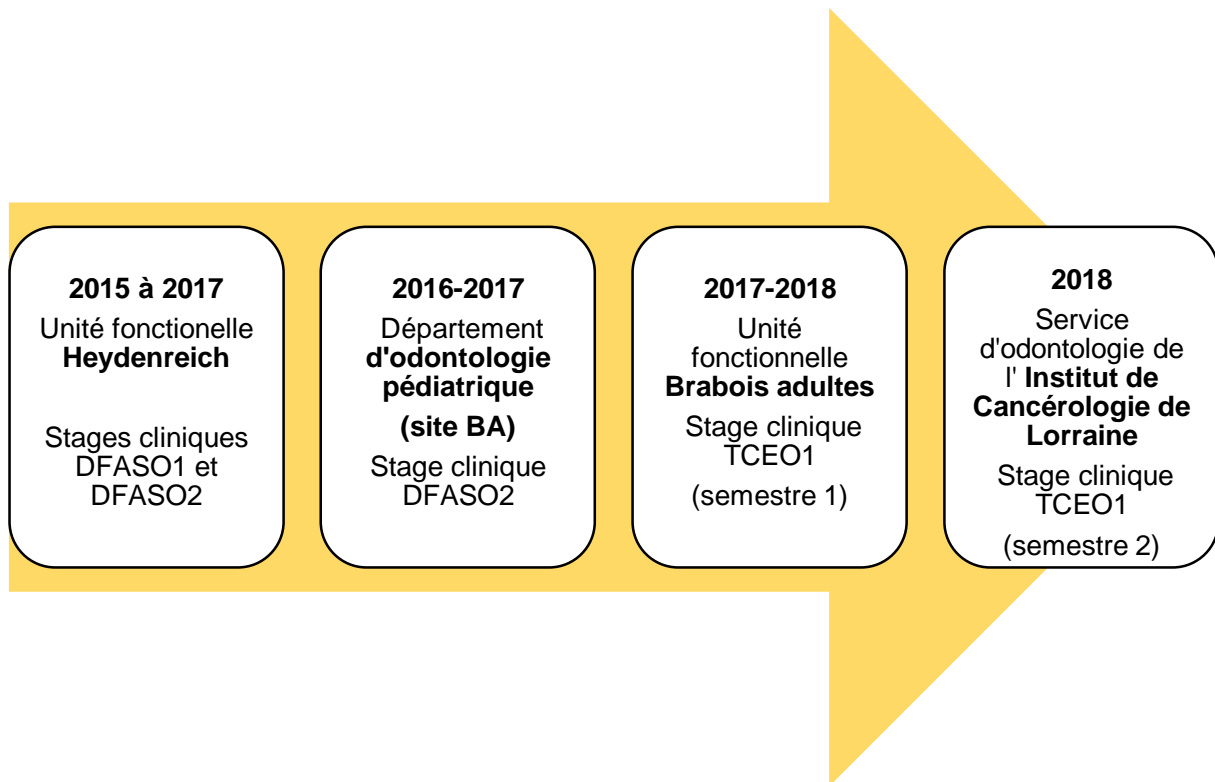


Figure 2 : Services, départements hospitaliers et UF fréquentés au cours du cursus universitaire de l'auteure (source : réalisation personnelle de l'auteure)

1.2.1 L'unité fonctionnelle (UF) Heydenreich (CHRU)

- Décomposition de l'unité fonctionnelle : sept départements hospitaliers
 1. Odontologie conservatrice et endodontique
 2. Chirurgie et pathologies buccales ;
 3. Service Accueil Santé (SAS) : urgences, consultations non programmées, consultations pour patients à besoins spécifiques ;
 4. Parodontologie/ Implantologie ;
 5. Prothèses ;
 6. Orthopédie Dento-Faciale (ODF) ;
 7. Odontologie pédiatrique : présent depuis 2017 sur le plateau de Brabois, dans le bâtiment de Brabois Adultes (BA).

- Gestion des soins

Les soins y sont dispensés distinctement les uns des autres en fonction du type d'acte à réaliser (soins conservateurs, soins chirurgicaux, urgences douloureuses ou traumatiques, restaurations prothétiques...).

- Apprenants présents

Les apprenants (externes) sont alors en 2^e cycle (FASO1, FASO2).

Ils réalisent chacun une vacation hebdomadaire (durée : 4 heures ; c'est-à-dire une demi-journée) dans chaque département clinique.

Les externes en 4^e et 5^e années (FASO1/FASO2) fréquentent le département clinique d'Orthopédie-Dento-Faciale à raison d'une vacation mensuelle environ.

Le Service Accueil Santé accueille des externes en 5^e année (FASO2) une semaine sur deux, en alternance avec le département clinique de chirurgie et pathologies buccales.

Le département clinique d'odontologie pédiatrique (sur Brabois adultes et Brabois Enfant), l'UF de Brabois Adultes et le Service Accueil Santé (SAS) accueillent par ailleurs des externes en 6^e année (TCEO1).

- Situation géographique

Ce service est situé au centre-ville de Nancy (54000), à proximité de la maternité régionale du CHRU de Nancy, au 2 rue du Dr Heydenreich.

1.2.2. L'UF de Brabois section « adultes » (CHRU) et le service d'odontologie de l'Institut de Cancérologie de Lorraine (ICL) (Partenariat Public Privé)

- Gestion des soins

Ils se présentent tous deux comme des services à gestion polyclinique : les soins y sont prodigués indépendamment du type d'actes à réaliser.

- Apprenants présents

Les apprenants concernés appartiennent au 3^e cycle court (externes) ou long (internes) et y réalisent 4 vacations hebdomadaires (hors internes, à temps plein).

- Situation géographique

Ces services sont situés à Vandœuvre-lès-Nancy (54500) sur le plateau de Brabois.

2.1. Matériel et méthodes

2.1.1. Étude observationnelle

- Outil utilisé

Cette étude longitudinale observationnelle, a été menée de façon non-interventionnelle.

- Population ciblée

Seuls ont été étudiés les comportements des apprenants « soignants » (Figure 3) : cette thèse s'est donc intéressée limitativement aux promotions de l'année universitaire 2018-2019 :

→ DFASO1 : 94 étudiants

→ DFASO2 : 95 étudiants

→ TCEO1 (3ème cycle court) :
106 étudiants

→ Aux étudiants inscrits en
année de thèse : 128 étudiants

Total : 423 étudiants

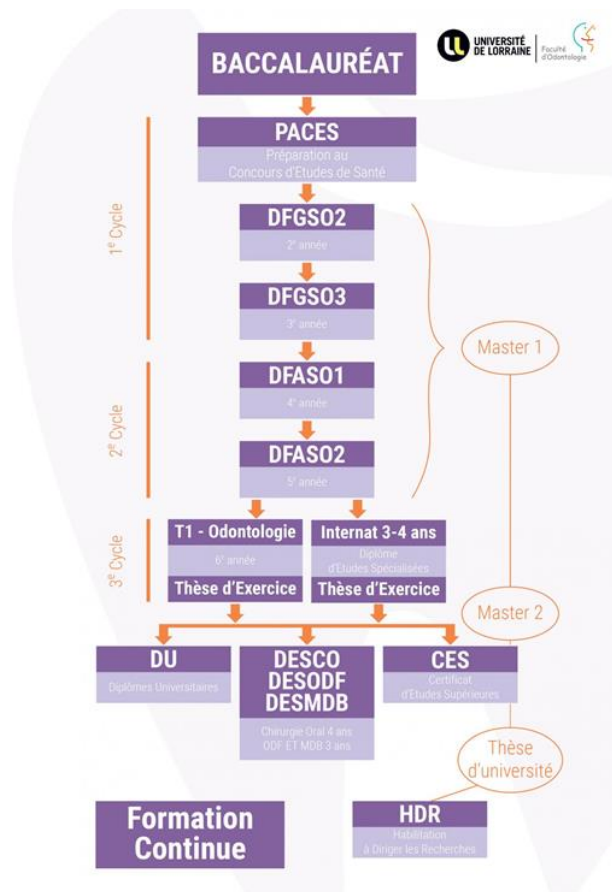


Figure 3 : Déroulé des études en odontologie (source : site Internet de la faculté d'odontologie de Lorraine (92))

- Durée de l'étude

Elle s'est étendue sur la période suivante : de l'année universitaire 2015-2016 à l'année universitaire 2018-2019 (octobre 2015 à mars 2019), c'est-à-dire quatre années universitaires consécutives (Figure 2)

- Objectifs

Les objectifs de cette étude sont :

- Observation des comportements cliniques des externes en odontologie afin de les comparer aux textes législatifs : la loi est-elle respectée ?
- Observation des usages et aménagements dans les différents départements cliniques sus cités : analyse architecturale, organisation du personnel...
- Mise en exergue des points positifs et négatifs : des améliorations peuvent-elles être proposées ?

2.1.2. Enquête menée par questionnaire

- Outil utilisé

Elle se présente sous la forme de 14 questions à choix unique ou à choix multiples (cf. Annexe 10).

- Population ciblée

Cette enquête a été diffusée par le biais du réseau social Facebook. Elle s'appuie sur la liste des membres de chaque groupe d'étudiants (par promotion) instaurée sur ce réseau.

- Durée de l'étude

Elle a été menée du 11 février au 5 avril 2019. Deux relances ont été réalisées (5 mars 2019 et 26 mars 2019).

- Modèle utilisé

Il s'appuie partiellement sur le modèle de l'enquête des pratiques sur le secret professionnel menée auprès d'intervenants du milieu médical en France en 2016. Les répondants étaient représentés par des médecins seniors, des internes, des infirmières, des cadres de santé et des aides-soignantes. La synthèse en a été présentée aux « Minutes de la Journée d'Éthique de la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) », également en 2016 (84).

- Objectifs

Les objectifs principaux de cette étude sont

- Mesurer partiellement les connaissances des étudiants à propos du secret professionnel
- Recueillir leur ressenti à propos du secret professionnel dans la pratique estudiantine

Les objectifs secondaires sont :

- Analyser les moyens de communication employés entre les étudiants
- Permettre aux répondants d'apporter des propositions concernant l'enseignement prodigué à propos du secret professionnel dans le cadre universitaire.

2. RESULTATS OBTENUS : QUE SE PASSE-T-IL EN PRATIQUE ?

Dans l'ensemble de ce chapitre, nos remarques sont le reflet de ce qui a été observé au moment de l'enquête menée. Des modifications peuvent avoir été apportées.

L'accord écrit de chacun des chefs de service et départements étudiés nous a été donné pour l'ensemble des mesures et photographies réalisées par l'auteure de cette thèse.

2.1. Personnel présent et rôles respectifs

2.1.1. Un flux populationnel non négligeable

Souvent, une multitude d'intervenants sont présents dans les services sus cités.

Rappelons que les informations sont réputées confiées à l'ensemble de « l'équipe de soins » décrite au sens de l'article L-1110-12 du CSP (annexe 3).

Ces tableaux (tableaux 5 à 8) permettent d'en apprécier son périmètre supposé en fonction des services et départements cliniques concernés.

Tableau 5 : Nombre de sujets simultanément présents par vacation au sein de l'UF Heydenreich durant l'année universitaire 2018-2019 (source : réalisation personnelle de l'auteure)

Département concerné	Externes 4 ^e et 5 ^e années	Interne(s)	Encadrant(s)	Agent médico-administratif	Aides-soignantes	Assistante dentaire	Total
Odontologie conservatrice et endodontique - Chirurgie et pathologies buccales	~20	0	[4 ; 6]	1	1	0	[26 ; 28]
Parodontologie -Implantologie	~20	0	[3 ; 6]		1	0	[25 ; 28]
Prothèses	~20	[1 ;3]	[2 ; 4]		1	0	[25 ; 29]
SAS	[6 ; 8] (externes 5 ^e et 6 ^e années)	0	[1 ; 2]		1	0	[9 ; 12]
ODF	~15	8	[1 ; 3]		1	0	[26 ; 28]
Total	[81 ; 83]	[9 ; 11]	[11 ; 21]	1	5	0	[107 ; 121]

Tableau 6 : Nombre de sujets simultanément présents par vacation au sein du département d'odontologie pédiatrique site Brabois adultes durant l'année universitaire 2018-2019 (source : réalisation personnelle de l'auteure)

DÉPARTEMENT ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE (site BA)	Externes (4 ^e , 5 ^e , 6 ^e années)	Interne(s)	Encadrant(s)	Secrétaire administrative	Aides-soignantes	Assistante dentaire	Total
	[16 ; 20]	[0 ; 2]	[1 ; 3]	0	4	0	[21 ; 29]

Tableau 7 : Nombre de sujets simultanément présents par vacation au sein de l'UF Brabois adultes durant l'année universitaire 2018-2019 (source : réalisation personnelle de l'auteure)

UF BRABOIS ADULTES	Externes (6 ^e année)	Interne(s)	Encadrant(s)	Secrétaire administrative	Aides- soignantes	Assistante dentaire	Total
	[8 ; 9]	[0 ; 6]	[1 ; 3]	1	4	0	[14 ; 23]

Tableau 8 : Nombre de sujets simultanément présents par vacation au sein du service d'odontologie de l'ICL durant l'année universitaire 2018-2019 (source : réalisation personnelle de l'auteure)

ICL	Externes (6 ^e année)	Interne(s)	Encadrant(s)	Secrétaire administrative	Aide- soignante	Assistante dentaire	Total
	[2 ; 3]	1	[1 ; 2]	1	0	1	[6 ; 8]

2.1.2. Rôles et missions de chacun

Alors que les rôles des encadrants et des apprenants dans le cadre du soin sont implicitement définis : qu'en est-il d'autres tâches telles que l'accueil des patients ou de la prise de rendez-vous (RDV) ?

- Au sein de l'UF Heydenreich

Ce site ne dispose pas d'employé(s) strictement assigné(s) à ces tâches administratives. Elles incombent tantôt aux aides-soignantes tantôt au binôme dit « matériel ».

Les employés qui appartiennent au service « bureau des admissions » du CHRU (et sont ainsi détachées du service d'odontologie) se chargent de la création du dossier administratif dit « dossier patient ».

Un agent médico administratif gère la prise de rendez-vous du Dr Chassagne uniquement.

La cadre de santé, Madame PROTTO Corinne, insiste lourdement : « *Malgré le contexte émergent du partage de compétence, les aides-soignantes n'ont pas à donner un rendez-vous téléphonique* ». Elles peuvent répondre au téléphone, annuler ou déplacer un rendez-vous mais leur rôle se limite au transfert d'informations.

Les aides-soignantes questionnées au cours de cette étude se disent toutes « concernées » par la question du secret et de la confidentialité mais regrettent un manque de formation qui se fait « sur le tas ».

Qu'en est-il des apprenants ? Un binôme d'étudiants dit « matériel » a été mis en place depuis plusieurs années dans certains départements cliniques.

Son rôle est plural : distribution du matériel nécessaire au soin aux étudiants de la vacation, appels téléphoniques, accueil des patients, gestion des rendez-vous, retour des travaux prothétiques, gestion de l'utilisation des films radiologiques, aide au rangement des instruments stérilisés...

Les binômes d'étudiants se chargent tour à tour (système de rotation hebdomadaire) de cette tâche dans le cadre d'une vacation à elle-seule.

Dans le département clinique SAS, apprenants comme seniors sont amenés à répondre au téléphone.

Ainsi, pour la prise de rendez-vous téléphoniques en particulier, les interlocuteurs sont multiples (étudiants, seniors, agent médico-administratif et plus rarement les aides-soignantes).

- Dans le département d'odontologie pédiatrique

La prise de RDV est assurée par les étudiants du « binôme matériel ».

Le système de rotation mentionné plus haut est également utilisé.

- Au sein de l'UF Brabois adultes et du service d'odontologie de l'ICL

L'accueil des patients et la prise de rendez-vous (première consultation) sont majoritairement assurés par un agent médico-administratif (« secrétaire administrative »), quelquefois par les apprenants eux-mêmes.

Il n'existe pas de « binôme matériel ». Chaque étudiant gère individuellement la prise de matériel et ses rendez-vous.

2.2. Agencement des locaux

2.2.1. Nombre de fauteuils disponibles

Chaque service dispose d'un certain nombre de plateaux techniques (postes de travail) (Tableau 9).

Chaque poste de travail dispose notamment :

- D'une unité de soin dentaire
- D'un poste informatique dédié ;
- D'un plan de travail, support d'une partie du matériel consommable ;
- Parfois, d'un appareil radiographique.

Lorsque l'installation ne prévoit pas d'appareil radiographique associé au sein du poste de travail, les étudiants ont à leur disposition des salles dédiées à la réalisation des clichés radiographiques (départements de parodontologie/implantologie, odontologie conservatrice et endodontique/chirurgie et pathologies buccales p.ex.).

Par ailleurs, certains départements comportent des postes de travail majoritairement alloués à la réalisation des actes par les encadrants. Ils peuvent être utilisés à titre exceptionnel par les étudiants (externes, internes, étudiants DU...).

Tableau 9 : Nombre de postes de travail par structure (en fonction du service ou département concerné) (source : réalisation personnelle de l'auteure)

Structure concernée	Service ou département concerné	Nombre de postes de travail	Total
CHRU	Odontologie conservatrice et endodontique - Chirurgie et pathologies buccales	11 + 1 « salle radiographique » = 12	44 postes de travail
	SAS	2	
	Prothèses	12	
	ODF	8	
	Parodontologie - Implantologie	7 + + 2 « blocs chirurgicaux » (3 units) = 10	
	Odontologie pédiatrique site BA	8	
	Brabois enfant	1	
	Brabois adultes	8	
Partenariat Public Privé (PPP)	ICL	[2 ;3]	

2.2.2. Séparation physique des postes de travail

Cette séparation diffère d'un département clinique à l'autre : sa modalité définit ainsi la possibilité de clore l'accès à la salle de soin et, pour les tiers, la possibilité, même partielle, d'accès aux informations de la sphère de soins (Tableau 10).

Tableau 10 : Principaux systèmes de séparations et d'accès aux postes de travail
(source : réalisation personnelle de l'auteure)

Service concerné	Séparation des postes de travail	Accès au poste de travail	Possibilité de fermeture du poste de travail
Odontologie conservatrice et endodontique - Chirurgie et pathologies buccales	<ul style="list-style-type: none"> • Paravent • Murs de pleine hauteur (3 salles fermées) 	Accès ouvert	Non
SAS	<ul style="list-style-type: none"> • Mur, dont la hauteur n'atteint pas celle du plafond 	Porte coulissante	Oui
Prothèses	<ul style="list-style-type: none"> • Paravent • 3 salles fermées 	<ul style="list-style-type: none"> • Accès ouvert • Porte (sans hublot) 	<p>Non</p> <p>Oui</p>
ODF	<ul style="list-style-type: none"> • Paravent dont verre dépoli à mi-hauteur 	Accès ouvert	Non
Parodontologie/ Implantologie	<ul style="list-style-type: none"> • Paravent • 3 postes chirurgicaux • 2 salles de soins fermées 	<ul style="list-style-type: none"> • Accès ouvert • Porte coulissante • Porte (sans hublot) 	Non
Odontologie pédiatrique	<ul style="list-style-type: none"> • Mur de pleine hauteur • Salles de soins fermées 	Porte munie d'un hublot « à hauteur d'œil »	Oui

Service concerné	Séparation des postes de travail	Accès au poste de travail	Possibilité de fermeture du poste de travail
Brabois adultes	<ul style="list-style-type: none"> • Mur de pleine hauteur • Salles de soins fermées 	Porte (sans hublot)	Oui
ICL	<ul style="list-style-type: none"> • Murs de pleine hauteur • Vitrage clos par store vénitien à mi-hauteur 	<ul style="list-style-type: none"> • Porte (sans hublot) • Porte communicante entre le poste 1 et le poste 2 	Oui



Figure 4 : Photographie du département clinique de parodontologie/implantologie, salle principale (source : document personnel)



Figure 5 : Photographie du département clinique de prothèses, salle principale (source : document personnel)



Figure 6 : Photographie du département clinique d'odontologie conservatrice et endodontique – chirurgie et pathologies buccales, salle principale (source : document personnel)



Figure 7 : Département d'odontologie pédiatrique sur site Brabois Adultes : exemple de hublot sur la porte d'accès à la salle de soin (source : document personnel)

2.2.3. Distance entre les fauteuils

Ces mesures ont été prises à l'aide d'un mètre ruban, avec pour point de repère invariable l'emplacement de la tête du fauteuil (espace privilégié de la communication praticien/patient) (Tableau 11).

Tableau 11 : Distance (en mètres) moyenne inter-fauteuils (source : réalisation personnelle de l'auteure)

Département clinique ou service concerné	Distance moyenne inter-fauteuils
Odontologie conservatrice et endodontique – Chirurgie et pathologie buccales (salle principale, type open-space)	3m
SAS	2m
Prothèses (salle principale, type open space)	2,5m
ODF	2m
Parodontologie/Implantologie (salle principale, type open space)	2,7m
Odontologie pédiatrique site Brabois Adultes	2,8m
Brabois adultes	3,5m
ICL	3,4m



Figure 8 : Photographie du service d'Orthopédie-Dento-Faciale (source : document personnel)

2.2.4. Positionnement des postes informatiques

L'agencement architectural des locaux et l'accès aux prises électriques attenantes ne permet pas toujours un positionnement adéquat du poste informatique (ergonomie, confidentialité...) (Tableau 12).

Tableau 12 : Situation du poste informatique selon le service concerné (source : réalisation personnelle de l'auteure)

Département clinique ou service concerné	Positionnement « écran informatique/ unité de soin dentaire »	Distance moyenne (mètres) « écran informatique /fauteuil dentaire »
Odontologie conservatrice et endodontique - Chirurgie et pathologies buccales	90° ou derrière le fauteuil	1,9m (poste 1 à 7) 1,2m (poste 10 et 12)
SAS	Face au fauteuil	2,5m
Prothèses	90°	1m
ODF	90°	1,2m
Parodontologie/Implantologie	Face au fauteuil	1,7m
Odontologie pédiatrique	Derrière le fauteuil	1,9m
ICL	90°	2,7m
Brabois adultes	Derrière le fauteuil	2m



Figure 9 : Positionnement du poste informatique : exemple du département de parodontologie/implantologie, salle principale (source : document personnel)

2.2.5. Ligne de confidentialité

La confidentialité est définie par la Cour européenne des droits de l'Homme comme « *la possibilité de s'entretenir hors de portée d'ouïe d'un tiers* ». Son champ est donc vaste et transversal.

Tableau 13 : Disposition de la ligne de confidentialité à l'accueil des patients, en fonction du service ou département clinique concerné (source : réalisation personnelle de l'auteure)

Service ou département concerné	Présence d'une ligne de confidentialité	Distance ligne de confidentialité /poste de travail	Séparation physique front office/back office
Heydenreich	Oui	1,5m	Vitrage
Odontologie pédiatrique (site BA)	Non	/	Pas de séparation
Brabois adultes	Oui	2,6m	Pas de séparation
ICL	Non	/	Pas de séparation



Figure 10 : Ligne de confidentialité : accueil de l'UF Heydenreich (source : document personnel)



Figure 11 : Ligne de confidentialité : accueil de l'UF Brabois adultes (source : document personnel)

2.2.6. Espace de stockage des travaux prothétiques

Ces espaces trouvent une conception différente selon le service ou département clinique concerné.

- Au sein de l'UF Heydenreich

Les travaux retournés sont rangés dans une armoire par ordre alphabétique (première lettre du nom du patient).

- Dans l'UF de Brabois adultes et le département d'odontologie pédiatrique site BA,

Les travaux retournés sont généralement disposés dans le désordre sur une table (Figure 12) attenante au laboratoire de prothèse interne à ce service.

Les étudiants confectionnent eux-mêmes sommairement leur propre « boîte de retour » (une boîte par binôme) qui ne reste que peu utilisée (Figure 13).

Cette désorganisation engendre des difficultés pour les étudiants à reconnaître leurs travaux, ainsi qu'une source de stress et quelquefois de conflits face à des travaux prothétiques « égarés ».



Figure 12 : Espace de stockage des travaux prothétiques : exemple de l'UF Brabois adultes (source : document personnel)



Figure 13 : Espace de stockage des travaux prothétiques : exemples de « boîtes de retour » confectionnées par les étudiants au sein de l'UF Brabois adultes (source : document personnel)

- Dans le service d'odontologie de l'ICL

Le rangement des travaux est assuré par l'assistante dentaire (et non par les apprenants).

Ces travaux sont stockés dans des boîtes nominatives pour chaque patient concerné (nom inscrit en toute lettre sur la devanture du contenant) (Figure 14). Ainsi, toute personne physique entrant dans la partie « laboratoire prothétique » du service aura tout à loisir d'en prendre connaissance (Figure 15).

Cette pièce est également utilisée comme salle « de repos » et donc utilisée par l'équipe dentaire, mais pas uniquement... Tel est l'exemple des agents médico-administratifs, ou de l'orthophoniste qui officie au sein même du service dentaire.



Figure 14 : Espace de stockage des travaux prothétiques : exemple du service d'odontologie de l'ICL (source : document personnel)




Figure 15 : Laboratoire prothétique/ salle de repos : exemple du service d'odontologie de l'ICL (source : document personnel)

2.3. Hébergement des données médicales et extra-médicales

2.3.1. Avant l'année 2016

L'hébergement des données se présentait sous la forme de dossier au format « papier » dont la page de couverture mentionnait parfois des renseignements médicaux.

P. ex. : «  VIH ! » ; « Allergie pénicilline », « Patient CMU » (Figures 16 et 17)

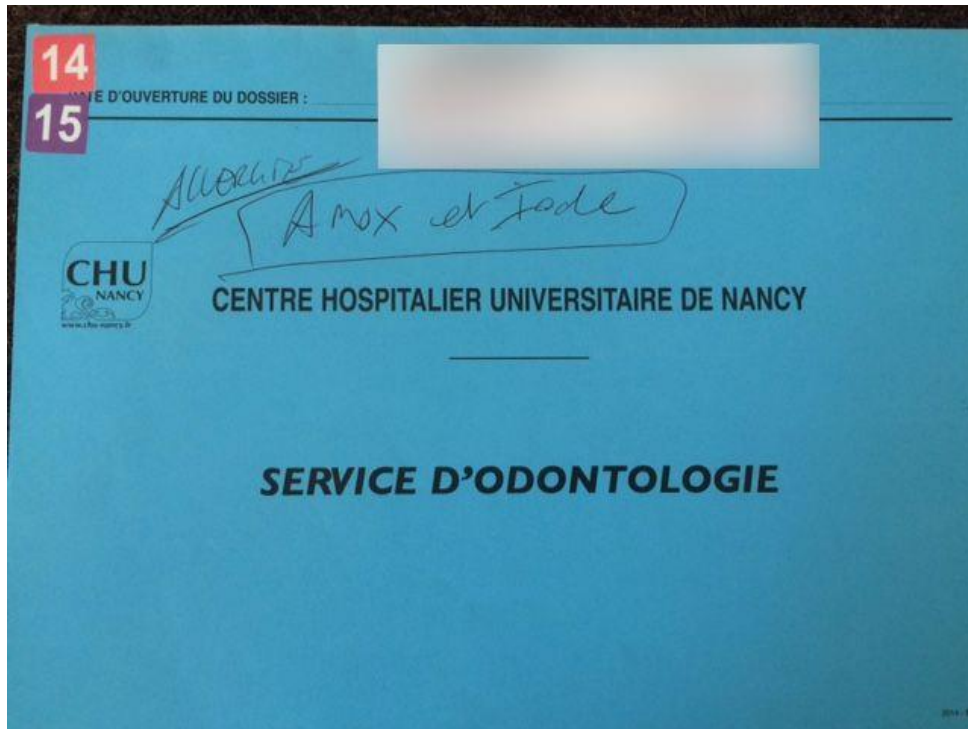


Figure 16 : Exemple de mentions présentes sur un ancien dossier du service d'odontologie du CHU de Nancy (source : document personnel)

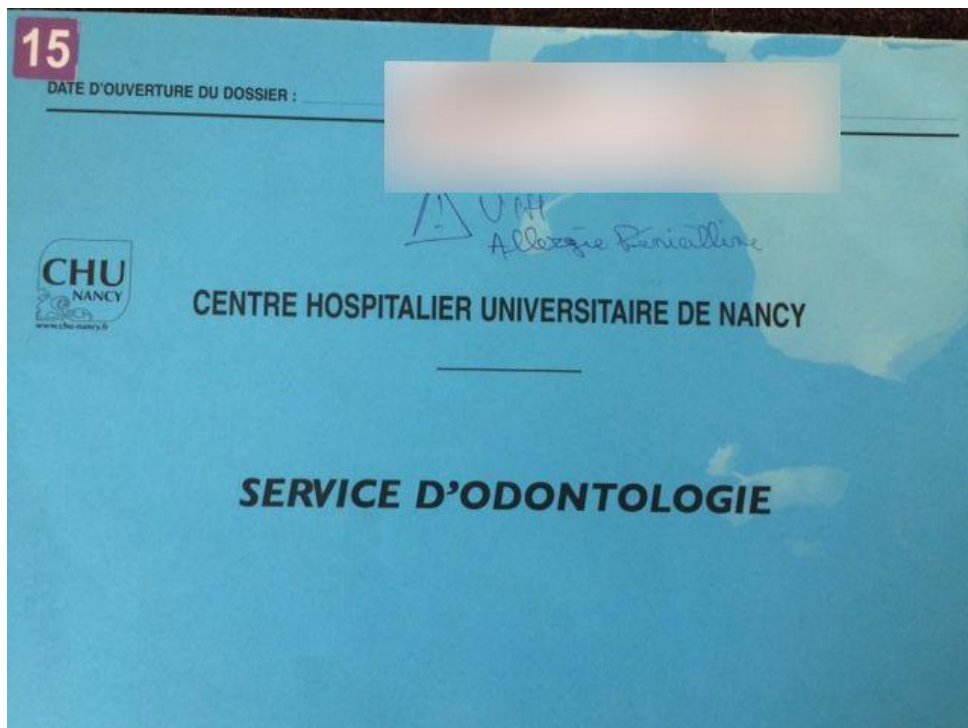


Figure 17 : Exemple de mentions présentes sur un ancien dossier du service d'odontologie du CHU de Nancy (source : document personnel)

Ces archives ne sont pas ou peu utilisées de nos jours (sauf si nécessité de retrouver des éléments d'ordre médicaux antérieurs).

Elles sont théoriquement tenues dans un lieu « inaccessible » aux patients conformément à l'article R-4127-208 du Code de déontologie.

Dans les faits, les archives sont stockées dans une pièce, non fermée à clef, dont seul un panneau d'interdiction dissuade les « visiteurs non autorisés » à pénétrer (p.ex. au sein de l'UF Brabois adultes) (Figures 18 et 19).

Au sein de l'UF Heydenreich, elles sont situées dans les zones interdites (au sous-sol du bâtiment en particulier) au public mais leur accès n'est pas sécurisé.



Figure 18 : Porte d'accès au local des archives : exemple de l'UF Brabois adultes et du service d'odontologie pédiatrique (source : document personnel)



Figure 19 : Local des archives : exemple de l'UF Brabois adultes et du service d'odontologie pédiatrique (source : document personnel)

Au sein du service de l'ICL, les radiographies argentiques sont disponibles et accessibles au « tout-venant », puisqu'elles sont conservées dans une armoire « ouverte » ne disposant d'aucun système de fermeture, pas même d'une porte.

2.3.2. Depuis l'année 2016 et jusqu'à ce jour

Les données sont hébergées par des logiciels informatisés :

- ODS dans l'UF Heydenreich et l'UF Brabois adultes
- DxCare dans le service d'odontologie de l'ICL
- Accès aux données des patients par les étudiants en odontologie

Les étudiants en chirurgie-dentaire (externes ou internes) ont accès (grâce à leur identifiant personnel et leur mot de passe) à l'ensemble des dossiers patients hébergés par ces serveurs, qu'ils concourent à leur prise en charge, ou non. Chaque étudiant dispose de son propre code d'accès.

- Accès aux données des patients par les praticiens séniors

Leurs identifiants personnels leur permettent d'accéder à l'ensemble des données présentes sur le logiciel, tous patients confondus. Ils disposent également de

certaines droits supplémentaires tels que la validation de l'acte pour l'étudiant ou la modification/suppression de devis.

- Accès aux données des patients par les aides-soignantes, assistantes-dentaires, secrétaires administratives

L'accès leur est limité aux données purement administratives Elles possèdent leur propre code d'accès.

2.4. Échanges interprofessionnels

2.4.1. Communication verbale directe

- Acteurs de la communication dans le cadre de l'étude

Les relations étudiées sont ici principalement (de façon restrictive) les communications entre l'étudiant, élément central de cette étude, et les tiers. Les connexions peuvent être multiples et toutes les modalités de l'échange inter-individuel sont envisageables (Figure 20).

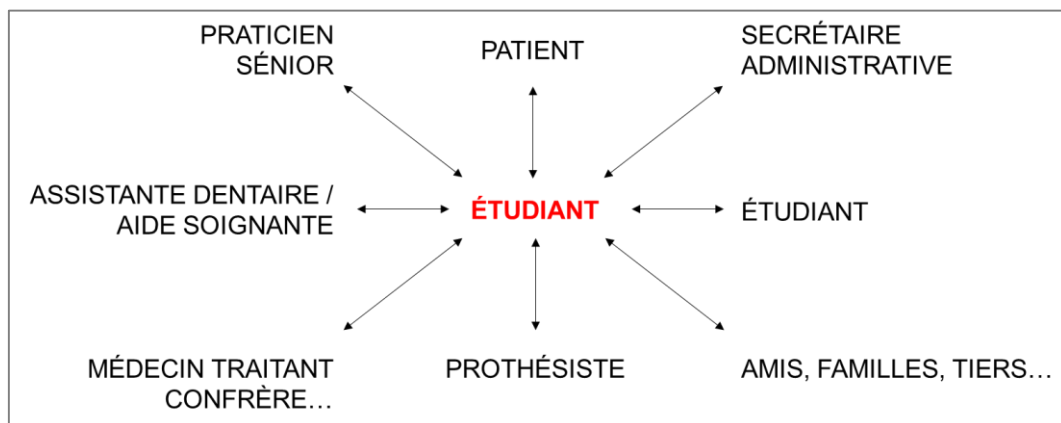


Figure 20 : L'apprenant en chirurgie-dentaire au centre des échanges : pluralité des destinataires potentiels de l'information (source : réalisation personnelle de l'auteure)

- Temps et lieux des échanges verbaux

Au-delà du contenu même de l'information, rappelons que ces échanges verbaux se font de plusieurs façons (Tableau 14) :

Tableau 14 : Contextes d'échanges verbaux envisagés (source : réalisation personnelle de l'auteure)

Contexte / Destinataires	Domaine
Au sein même des postes de travail	MILIEU HOSPITALIER
Parfois, dans les couloirs et lieux de passage	
Dans chaque département, dans la zone d'accueil/de sortie du patient	
Durant le temps dédié au « staff hospitalier »	
Au téléphone (échange verbal mais non physique)	
Entre étudiants, avec des tiers soignants ou non, amis, familles, autres...	DOMAINE PUBLIC
Amis, famille, conjoint, enfants...	DOMAINE PRIVÉ = DOMICILE

2.4.2. Communication indirecte

- Communication entre étudiants : moyens employés
 - Cahiers (format papier) laissés dans chaque département clinique : les étudiants y notent : nom, prénom, numéro de téléphone du patient et motif de la demande de consultation ;
 - Tableau mural permettant l'échange d'information au sein du service (ICL, département d'odontologie pédiatrique site BA)
 - Appels téléphoniques ;
 - Short Message Service (SMS) ;
 - Réseaux sociaux (Facebook) : Messenger (messagerie instantanée ou groupe d'étudiants « info clinique 4^e/5^e année » par exemple) ;
 - E-mail (boîte mail personnelle ou étudiante) ;
 - Autre(s) : applications smartphones « en vogue » : Twitter, Snapchat...

L'étude réalisée prouve que l'immense majorité des étudiants utilisent une communication textuelle, non verbale et « connectée » pour leurs échanges (cf. annexe 10 – question 14).

Depuis quelques années, un groupe d'étudiants s'est créé sur le réseau social « Facebook » : « INFOS CLINIQUES 4^e/5^e années ». Il vise à échanger les informations « en direct ». Son accès y est limité (Tableau 15).

Tableau 15 : Contenu de l'information échangée sur le groupe « infos cliniques 4^e /5^e années » et conditions d'accès aux informations (source : réalisation personnelle de l'auteure)

Groupe « INFOS CLINIQUES 4^e/5^e années »	
Type d'informations échangées	Limitation de l'accès au groupe
<ul style="list-style-type: none"> • Échanges de vacations en cas d'indisponibilité d'un étudiant • Annulations des patients • Disponibilités des patients • Plages horaires disponibles de « dernière minute » en cas de désistement d'un patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une question « secrète » à laquelle la personne demandant à rejoindre le groupe doit répondre (exemple : « Citez le nom d'un amphithéâtre de la faculté ») • Présence de modérateurs (les étudiants eux-mêmes) qui approuvent ou désapprouvent l'accès de l'utilisateur demandeur

Les informations données sur ce groupe relèvent en règle générale du secret professionnel.

P.ex. :

- « Madame Y est malade (grippe). Elle souhaite être rappelée et reporter son rendez-vous avec l'étudiant X (service de prothèses). Voici son numéro de téléphone portable : 06.83.XX.XX.XX »
- « Monsieur Z est disponible tous les jours pour l'avulsion de la dent 12 à l'état de racine. Numéro disponible en MP (message privé) ».

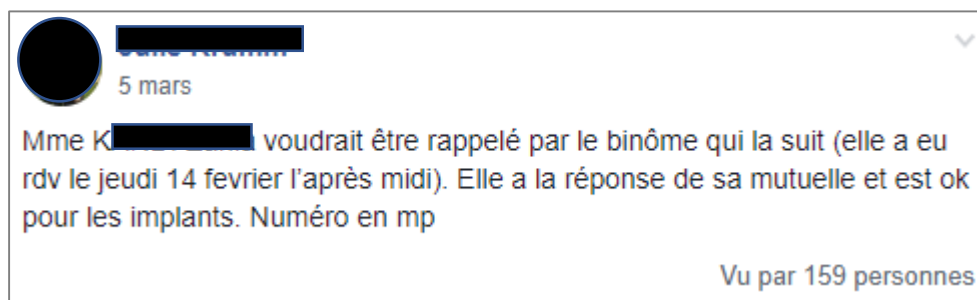


Figure 21 : Capture d'écran réalisée sur le groupe « infos cliniques 4^e/5^e années » (source : réseau social Facebook)

- Communication avec le prothésiste

Les travaux prothétiques engagés par l'étudiant génèrent un échange avec le laboratoire de prothèse : elle se fait par la rédaction de « fiches » ou « bons » de laboratoire » (Tableau 16) (annexe 5).

Tableau 16 : Fiche de laboratoire : mode de rédaction et éléments mentionnés (source : réalisation personnelle de l'auteure)

UF Heydenreich	UF Brabois adultes	ICL
<ul style="list-style-type: none"> - Générés informatiquement à partir du logiciel ODS - Mentions automatiquement imprimées par le logiciel : numéro de dossier, sexe, âge du patient - Mention(s) ajoutée(s) de manière manuscrite (quasi-systématiquement) par l'étudiant : nom(s), prénom(s) du patient ; nom(s), prénom(s) de(s) l'étudiant(s) en charge du patient 		<ul style="list-style-type: none"> • Réalisée « à la main » sur une feuille dédiée • Mentions inscrites : trois premières lettres du nom du patient, numéro de dossier, âge et sexe • Anonymat garanti vis-à-vis du prothésiste

2.5. Enseignements théoriques et aspect pédagogique

2.5.1. Enseignements théoriques prévus dans la formation initiale

Les thèmes du secret professionnel et de la confidentialité sont abordés à plusieurs reprises durant la formation initiale (Tableau 17) :

Tableau 17 : Enseignements dédiés à la notion de secret professionnel dans la formation initiale de l'étudiant à la faculté d'odontologie de Nancy (source : réalisation personnelle de l'auteure d'après le « livret de l'étudiant » disponible sur le site internet de la faculté d'odontologie de Nancy (93) (94) (95) (96) (97))

Année universitaire concernée	Unité d'enseignement (UE)	Contenu de l'enseignement
DFGSO2	Journée de formation théorique en hygiène hospitalière : préparation au stage d'initiation aux soins infirmiers	<ul style="list-style-type: none">• Réflexion autour du secret professionnel sous forme de débat
DFGSO3	UE 6 : Usages des techniques numériques, santé publique et méthodes de la recherche	<ul style="list-style-type: none">• Cours magistral (volume horaire = 2 heures) <u>dédié au secret professionnel</u> ; présenté par le Dr PASDZIERNY (Président du Conseil régional de l'Ordre des chirurgiens-dentistes de Lorraine)• Notion de secret également évoquée dans les cours magistraux dédiés au « dossier médical » et au « code de déontologie »

Année universitaire concernée	Unité d'enseignement (UE)	Contenu de l'enseignement
DFASO1	UE 2 (EC 1) : Santé publique, éthique et déontologie	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse du code de déontologie • Analyse des situations particulières et la proposition des solutions adaptées en prenant en compte les données cliniques de l'éthique • Secret et confidentialité mentionnées mais ne constituent pas la principale piste de réflexion de ces enseignements
DFASO2	UE 1 (EC 3) : Droit médical appliqué à l'odontologie	<ul style="list-style-type: none"> • Ne rappelle que très succinctement la notion complexe de secret professionnel • 27 heures d'enseignements magistraux sont pourtant dédiées à cet EC
TCEO1	<ul style="list-style-type: none"> • Après-midi pédagogique avec membres ordinaires départementaux <ul style="list-style-type: none"> • UE1 	<ul style="list-style-type: none"> • Ateliers animés par les représentants des instances ordinales départementales et régionales : visionnage d'une courte vidéo, la question du secret y est abordée • Malgré 10 heures d'enseignement allouées au droit professionnel et médical (UE1), le secret professionnel n'est à nouveau pas évoqué

2.5.2. Réunion de concertation hospitalière dite « staff »

Des « staffs hospitaliers » sont régulièrement voire quotidiennement mis en œuvre dans la quasi-totalité des services ou départements cliniques (hormis le département parodontologie/implantologie).

Ils visent à « *améliorer les pratiques et créer des méthodes d'évaluation autour d'une démarche réflexive* » selon la Haute Autorité de Santé (101).

Au cours de ces réunions de groupes, les binômes d'étudiants présentent, en particulier :

- Les patients dont ils ont la charge (le patient est ici nommé par son nom et prénom)
- Un résumé des antécédents médicaux et chirurgicaux ;
- Les thérapeutiques en cours ou à venir ;
- Les éventuelles difficultés présentées face aux cas cliniques.

2.5.3. Système de notation des actes cliniques

- Pour les étudiants (externes 4^e et 5^e années) FASO1 et FASO2 (UF Heydenreich et département d'odontologie pédiatrique site BA)

La notation des actes cliniques s'effectue à l'aide d'un cahier clinique : chaque acte réalisé correspond en règle générale à un nombre de points, qui sera fonction de la difficulté de l'acte mis en œuvre par l'étudiant.

À chaque fin de semestre et dans certain département, l'étudiant réalise un « calcul » : le nombre de points comptabilisés en fin de semestre déterminera une note.

Cette notation diffère d'un département à un autre selon les modalités envisagées par les enseignants. Les étudiants disent « méconnaître » et « ne pas comprendre ce système de notation qui leur semble relativement complexe ».

Depuis l'année universitaire 2018-2019, les livrets de notation sont validés en commission pédagogique en présence des délégués par promotion et élus des étudiants. Tous les critères y sont étudiés. Les délégués ont également pour rôle de réaliser un « retour » sur le ressenti de leurs confrères apprenants.

La moyenne des notes des quatre semestres (deux en FASO1 et 2 en FASO2) doit être supérieure à 10 pour la validation du stage clinique.

Pour l'année universitaire à venir (2019-2020), la valeur apportée aux deux semestres de FASO1 sera différente de celle des deux semestres de FASO2.

- Pour les étudiants (externes 6^e année) TCEO1 (UF Brabois adultes/ICL/ département SAS UF Heydenreich)

Le système de « cahier clinique » ne prévaut plus. Chaque étudiant se voit attribuer une note « globale » en fin de stage clinique.

2.6. Résultats du questionnaire mené auprès des étudiants

Ces résultats sont présentés dans leur intégralité dans la partie Annexes (cf. annexe 10).

2.6.1. Taux de réponse et répartition des répondants

Sur 423 intéressés, 162 réponses ont été recueillies. Le taux de réponse s'élève donc à 38,3%.

Parmi les répondants, 66,7% sont des femmes et 33,3% sont des hommes (cf. question 2).

Les répondants sont représentés par des étudiants en FASO1 (27,2%), FASO2 (34%), TCEO1 (25,2%) et inscrits en année de thèse (13,6%) (cf. question 1).

2.6.2. À propos l'intérêt porté au secret professionnel

Pour garantir une relation de soin qualité (cf. question 6), le secret professionnel est jugé essentiel (69,1%) ; très important (22,2%) ; important (8%) ; moyennement important (0,6%).

Aucun apprenant (0%) ne le juge peu ou pas important du tout.

2.6.3. Connaissances théoriques des étudiants

- Étendue de l'information tenue secrète (cf. question 3)

Tous les répondants (100%) savent que le secret concerne les informations médicales en général, 92% les informations extra-médicales et 83,3% les informations administratives.

104 répondants (64,2%) incluent les informations d'ordre médicale et extra-médicales et administratives sous le sceau du secret. 27 (16,7%) autres pensent que le secret concerne uniquement les pathologies dentaires.

- Sanction envisageable (cf. question 5)

81,5% connaissent l'existence d'une sanction disciplinaire, 62,3% une sanction pénale et seulement 31,5% une sanction civile/administrative. Seuls 26 (16%) d'entre eux ont connaissance de la triple sanction possible.

- Droits et devoirs du praticien et du patient (cf. question 4)

92% des répondants pensent que le secret professionnel est, pour le patient, un droit tandis que 4,3%, il constitue un devoir.

98,8% des répondants juge le secret comme un devoir pour le praticien, 4,3% comme un droit.

- Dérogations facultatives et obligatoires (cf. questions 8 et 9)
- Réponse au cas clinique (cf. question 10)

60,5% des étudiants ont répondu de façon appropriée au comportement à adopter dans le cas clinique.

2.6.4. Concernant l'enseignement théorique prodigué à la faculté (cf. questions 12 et 13)

Il est suffisant pour 64,8% des interrogés, insuffisant pour 14,8%. 20,4% des étudiants ne se prononcent pas

Lorsqu'ils le jugent insuffisant, 57,1% en critiquent la qualité, 31,4% la quantité et 45,7% l'estiment inintéressant. 3 (1,8%) étudiants soulèvent un manque de « cas clinique », « trop de théorie » et « un enseignement théorique en dehors des années d'enseignement clinique ».

2.6.5. Concernant les comportements estudiantins

- Informations données aux proches (cf. question 11)

Respectivement 19,8% et 34,6% estiment ne donner que « jamais » ou « rarement » des informations d'ordre médical aux proches de certains patients. 35,8% admettent en donner « parfois » tandis 9,3% disent en donner « souvent ».

- Vigilance en matière de secret professionnel (cf. question 7)
- Moyens de communications employés par les apprenants (cf. question 14)

Les échanges entre les étudiants sont privilégiés par : Messenger (85,2%) ; Facebook, groupe « infos clinique » (64,2%) ; SMS (51,9%), appels téléphoniques (25,9%).

Les boîtes de messagerie électronique (personnelle ou étudiante) ne recueillent que 3,7% des suffrages.

8,6% seulement d'entre eux utilisent le cahier « de liaison » déposé dans les services et assurant la continuité de la prise en charge des patients.

Seuls 3 étudiants (1,8%) privilégient le contact « oral direct » grâce à la proposition « Autre ». Cette proposition était libre dans le questionnaire.

3. DISCUSSION DES RESULTATS : PISTES DE RESOLUTIONS

PARTIE 1 : DISCUSSION DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE OBSERVATIONNELLE

3.1. Personnel présent et rôles respectifs

3.1.1. Personnes physiques présentes

Environ 100 membres du CHRU (externes, internes, séniors...) peuvent être présents simultanément au sein de l'UF Heydenreich. Ce nombre est relativement plus restreint dans les autres services (Tableau 5).

- Complexité de la définition de l'équipe de soins

À l'évidente obligation d'enseignement hospitalo-universitaire s'ajoute la non moins importante nécessité d'assurer le bon fonctionnement des services, en accord avec les données acquises de la science (arrêt Mercier, 1936) et le Code de la santé publique.

Or, secret et confidentialité seront d'autant plus difficilement conservés que le nombre de personnes physiques présentes sera grand.

Ici, l'exigence de la définition d'une équipe de soins proprement déterminée prend alors tout son sens. À ce titre, une proposition a été réalisée au sein de ce travail : elle permet d'en simplifier la description, et notamment l'application concrète au sein du service d'Odontologie du CHRU de Nancy (cf. partie 3.9).

Selon les recommandations du Conseil national de l'Ordre des médecins (2017) : « La notion « d'équipe de soins » est extensive et ne se limite pas [...] aux professionnels « soignants » la personne. » (85). Cette prérogative constitue une première piste de réflexion : l'acte de « soin dentaire » en lui-même ne suffit pas à inclure ou non un intervenant dans l'équipe de soins. Le patient est envisagé dans son acceptation globale, l'acte médical seul ne prévaut plus.

- Cadre des co-partageants

Par ailleurs, il n'est pas rare que les étudiants « naviguent » d'un service à un autre dans le but d'interroger d'autres encadrants d'autres « domaines » dans le cadre d'un plan de traitement global.

Il s'avère néanmoins que les enseignants possèdent tous *a minima* une formation d'omnipratique et peuvent apporter une réponse à l'étudiant dans l'immense majorité des cas sans que ce dernier n'ait à se déplacer. À l'étudiant donc d'apprécier l'absolue nécessité de faire appel à un de ces seconds encadrants plus « spécialisé » dans un domaine ou un autre.

Lorsque la prise en charge d'un patient requiert l'intervention de plusieurs disciplines dentaires (départements cliniques distincts) : il ne sera pris en charge par le même binôme/trinôme d'étudiants qu'à condition que les disponibilités horaires de chacun (patient et étudiant(s)) le permettent.

- Évolution : vers une gestion polyclinique des services ?

Se pose alors la question de la mise en place d'un fonctionnement pluridisciplinaire dit « polyclinique » (tel que cela est le cas dans l'UF de Brabois adultes ou dans le service d'odontologie de l'ICL) afin d'assurer une prise en charge certes globale et moins spécifique mais par un nombre d'étudiants et d'encadrants plus limité.

Les différents départements cliniques ne seraient alors plus scindés et les soins prodigués indifféremment de l'acte en lui-même, du temps et du lieu.

Le patient, toujours face aux mêmes soignants, évoluera dans une sphère plus réduite et la relation soignant-soigné ne pourra que gagner en confiance et simplicité.

Actuellement, aucun projet n'a été validé et l'avenir reste incertain à ce sujet.

3.1.2. Rôle du « binôme matériel »

- Des tâches/fonctions bien définies

Il serait judicieux de créer une « fiche de poste » (par département ou secteur clinique) énumérant clairement les rôles de ce dernier. Ils ne sont pas clairement définis d'après de nos observations.

Il n'existe pas de consensus réel au sein des différents départements quant à la définition précise du binôme « matériel » d'autant plus qu'il est parfois encore scindé en « binôme téléphone » et « binôme radiologie » (département de parodontologie p. ex.).

- Exécution des tâches du binôme matériel

Plusieurs points peuvent être discutés (en particulier dans les conversations étudiants/patients) :

- L'existence d'une grande maladresse dans les appels téléphoniques : informations entendues répétées haut et fort, nom du patient répété à maintes reprises (car parfois mal entendu ou compris : il suffirait de demander au patient d'épeler son nom), motif de la consultation.... La promiscuité des services/départements cliniques invite alors l'ensemble des personnes présentes, patients comme praticiens, à prendre connaissance d'informations à caractère secret.
- La possible mise en place d'une formation aux étudiants pour répondre à un appel et d'en recueillir les informations dans la plus grande discrétion. Cette formation permettrait par ailleurs de sensibiliser les étudiants à la question de l'identitovigilance.

- La fiche « matériel » : un point positif (annexe 6)

On retiendra néanmoins que la fiche « matériel » dédiée (dans le secteur de Chirurgie et pathologies buccales en particulier) ne mentionne pas le nom du patient : le binôme responsable du matériel n'est pas en mesure d'associer un geste thérapeutique à un patient précis. Le secret est ainsi sauvegardé.

3.2. Contraintes architecturales : quelques propositions d'améliorations

3.2.1. Un nouvel espace de stockage des travaux prothétiques

- Système de stockage

Une zone bien délimitée (exemple : armoire) y serait alors dédiée. Un système de fermeture (exemple : code d'accès connu uniquement des salariés) permettrait ainsi

la convergence entre secret et confidentialité au regard du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes (Art. R-4127-208 du CSP).

- Rangement des travaux prothétiques

Les travaux seraient alors ordonnés, au mieux, par nom d'étudiant (ou la première lettre de son nom dans le cas où le nombre d'étudiants est important) et non celui du patient. L'étudiant inscrirait manuellement son nom sur la fiche de laboratoire ou, mieux, le logiciel le mentionnerait automatiquement.

Les étudiants de la vacation dite « laboratoire » sont actuellement chargés de classer les travaux reçus. Cela appuie une fois encore la nécessité de définir clairement les rôles de chacun (confidentialité et respect du secret seront d'autant mieux garantis).

Cela ne génère pas de difficultés d'aménagements particulières, au-delà du coût d'un tel système de verrouillage et d'un espace de rangement dédié.

3.2.2. Une réorganisation spatiale des services

Cette proposition est discutée au sein de la partie 3.6.3 de ce travail. Elle constitue le frein majeur au secret professionnel au sein du service d'Odontologie du CHRU de Nancy, ainsi que la restructuration la plus difficile à mettre en œuvre (car engendre un coût économique considérable).

3.3. Hébergement et utilisation des données

3.3.1. Dossiers au format papier

- Vers une sécurisation de l'accès aux archives ?

On regrettera tout d'abord l'absence de locaux sécurisés ou d'armoires fermées à clefs (système de verrouillage susmentionné p.ex.) pour le stockage des archives au format « papier ».

Cette disposition s'avère peu conforme au Code de déontologie qui demande « *la protection contre toute indiscretion des fiches cliniques, documents [...] qu'il (le chirurgien-dentiste) peut détenir ou utiliser concernant ses patients* » (Art. R4127-208 du CSP).

- Mentions manuscrites sur la page de couverture

Elles peuvent être lues, non seulement par les étudiants et autres membres du personnel mais également par les patients lorsque l'étudiant ne porte pas la vigilance requise à la protection contre l'indiscrétion de ces mentions.

Elles engendrent, au-delà du non-respect évident du secret professionnel, un risque de stigmatisation du patient (porteur du VIH, en particulier).

3.3.2. Gestion du système informatique et des données personnelles : un bon usage par les étudiants ?

- Réglementation générale sur la protection des données

Le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) est entré en vigueur le 25 mai 2018 (82). Il permet de faciliter la gestion des données des entreprises publiques ou privées dans l'Union européenne et offre un « *cadre juridique commun aux professionnels* » (82) (148).

Il constitue le socle de la réglementation sur les données personnelles : les chirurgiens-dentistes y sont soumis.

L'ONCD (2019) rappelle notamment que (148) :

- Le RGPD s'applique à « *tous les organismes, publics et privés, ainsi qu'à tous les champs d'activité, y compris le domaine dentaire* ».
- Il s'applique aux supports informatiques mais également papiers.
- Dans le secteur public, la désignation d'un délégué à la protection des données (DPO) est obligatoire : il assure la mise en conformité de l'activité avec le RGPD c'est-à-dire la tenue du registre et la vérification des conditions de sécurité pour le traitement des données personnelles.

Le Professeur MORTIER É., actuel chef de service rappelle qu'il n'existe pas de DPO propre au service d'odontologie mais que le CHRU dispose d'un tel délégué qui relève de la direction du service de l'information. À l'échelle du service d'odontologie, la pertinence et la proportion des données collectées est en adéquation avec la pratique médicale du service comme le recommande la législation (annexe 11).

- Recommandations de la CNIL : comparaison avec les usages étudiants
Figure 22)

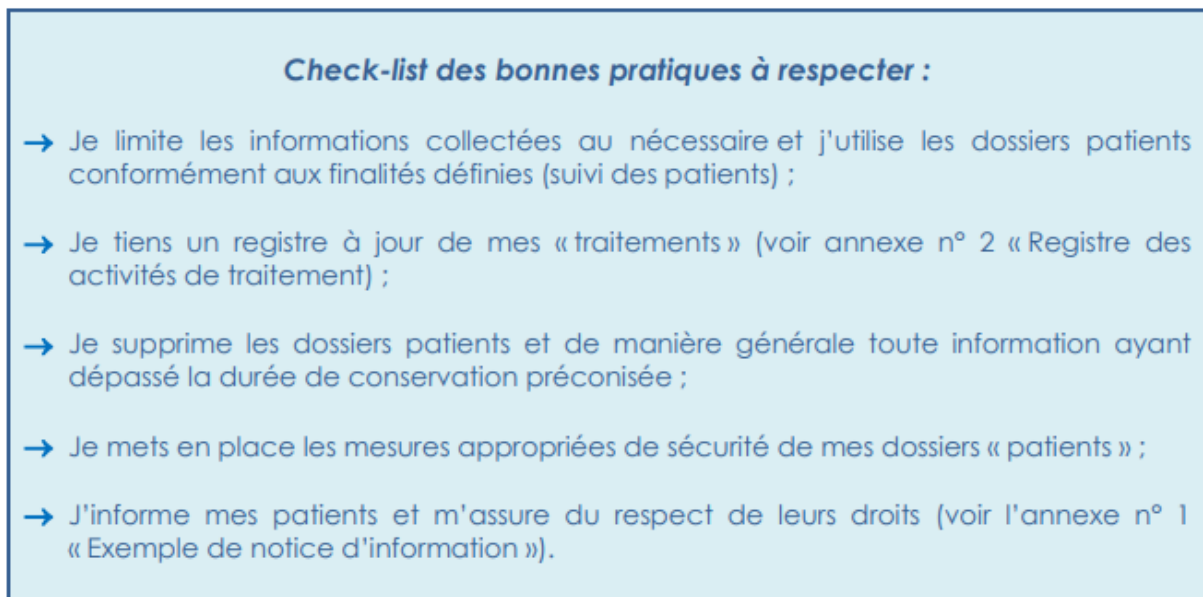


Figure 22 : Bonnes pratiques à respecter afin de garantir l'utilisation appropriée des dossiers patients selon le guide pratique sur la protection des données personnelles (source : site Internet de la CNIL, 2018 (81))

Selon nous, les mesures principalement non respectées par les étudiants (en comparaison de la liste ci-dessus) sont les suivantes :

- La limite du partage d'informations soumises au secret professionnel (conformité des finalités définies non respectées).
- L'information du patient (parfois absente ou négligée).

Selon le Conseil national de l'Ordre des médecins (2016) :

- Dans le cadre d'une équipe de soin, le consentement du patient au partage d'informations est certes présumé mais cela n'exempt pas pour autant de l'en informer préalablement.
- Les informations ne peuvent être partagées qu'à deux conditions cumulatives : la première relative à la structure d'exercice (l'UF ou service d'odontologie ici) et la prise en charge conjointe d'un même patient ; dans la limite du périmètre de leur mission et de ce qui est strictement nécessaire à la continuité des soins.

Ainsi, à l'étudiant qui ne participerait pas à la prise en charge d'un patient, il serait donc interdit d'accéder au dossier sans l'accord du patient (et ce même s'il peut y avoir accès dans les faits). Il ne fait pas partie de l'équipe de soins et ne peut en faire partie au nom d'un quelconque besoin d'information voire de voyeurisme.

P. ex. : Un étudiant qui croisera fortuitement un membre de son voisinage (domicile privé) dans nos services et dont il ne participe pas au parcours de soins ne pourra satisfaire sa curiosité sans enfreindre la loi.

Notons néanmoins que dans le cadre des revues de mortalité et de morbidité (RMM) cf. partie 3.5.2), les apprenants sont amenés à réaliser un retour rétrospectif sur des situations prégnantes ou ayant posé un problème : ils sont tenus au secret professionnel dans ce cas.

3.4. Échanges interprofessionnels

3.4.1. Communication verbale

- Mise en œuvre de la communication : comment ?

Les résultats de l'étude (cf. annexe 10) montrent que seuls trois étudiants sur 162 (1,9%) pensent à privilégier le contact « direct », « à l'oral », « en face à face ». Les autres étudiants privilégient les moyens connectés pour la communication.

- Vers une amélioration de la communication

Un perfectionnement de la communication dépend tout d'abord d'une prise de conscience professionnelle de chacun pour limiter les indigences en domaine public et privé afin de limiter ces transgressions et indiscretions.

1. Un temps d'échange et de concertation pourrait être mis en place dans chaque département. Il diffère du staff hospitalier et rassemble ici l'ensemble du personnel (agent médico-administratif, assistante-dentaire ou aides-soignantes incluses). Toute la difficulté réside dans la chronophage de cet échange, alors même que l'intervalle horaire consacré aux soins semble de plus en plus restreint (nombre d'étudiants croissant pour un nombre de fauteuils dentaires constant). Par ailleurs, aides-soignantes et apprenants ne sont pas sous la même responsabilité (cadre de santé et chef de service respectivement) ce qui complexifie plus encore les échanges.

2. Les échanges doivent être tant limités que possible au niveau des zones dites « de passage » du public : couloirs, accueils, salle d'attente. On privilégiera la discussion à l'intérieur même des postes de travail et ce malgré l'isolation phonique quelquefois discutable ; ou durant le temps dédié au « staff hospitalier ».

Finalement, à cette sphère immatérielle à laquelle appartient le secret, il appartient à l'apprenant d'y adjoindre un contour physique, une « zone secrète » dans laquelle les échanges oraux doivent avoir quasi-strictement lieu.

Ainsi, les praticiens doivent composer (au sein même de la communication verbale) avec les concepts législatifs (relatifs au secret professionnel) d'une part, mais également d'éthique et de déontologie desquels découleront une activité thérapeutique en adéquation avec une communication optimisée : la responsabilité médicale du praticien l'y engage (Figure 23) (Nossintchouk, 2003).

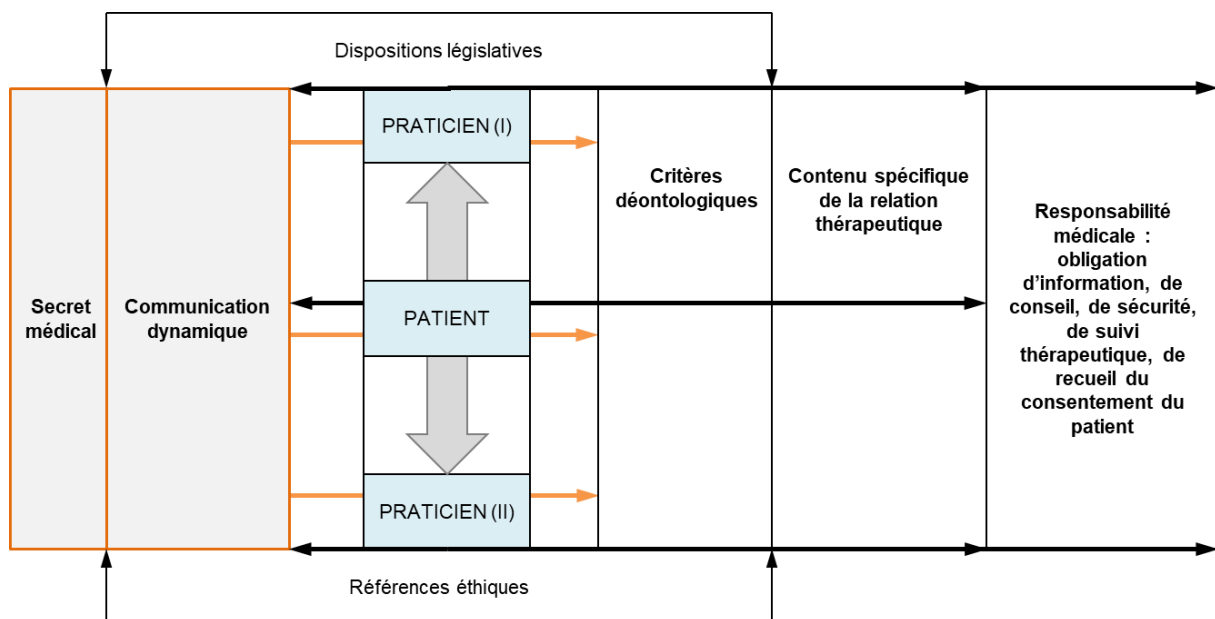


Figure 23 : Communication intégrée dans un cas de figure de co-intervenants et respect du secret médical (source : d'après Nossintchouk, 2003)

3.4.2. Communication indirecte

Elle est l'un des points principaux mais aussi des plus contemporains de cette étude pouvant être remis en cause.

- Utilisation du « cahier de liaison »

Il permet aux étudiants de :

- fixer un rendez-vous téléphonique au patient dont émane la demande de consultation ;
- d'apprécier le type de soin (acte prothétique, chirurgical, soins conservateurs...) pour chaque patient et d'en faire une « sélection » afin de diversifier au maximum ses actes au cours de l'année universitaire. Il est donc difficile voire impensable de ne pas y noter le genre de soins dont les patients sont nécessitez (annexe 7).

Ici, tout le personnel a accès à ce cahier. La notion d'équipe de soins est à nouveau mise à l'épreuve. Cela constitue une atteinte à la sauvegarde de l'individualité et ce quels que soient les co-intervenants concernés.

- Dérives induites par les comportements informatisés

On devine facilement que le concept d'immédiateté des informations reçues par le biais des réseaux semble de prime abord faciliter la gestion du flot d'informations et attire donc les étudiants plus que tout autre moyen de communication.

Il nous a été donné de voir au cours de nos observations des « dérives » sur le groupe du réseau social Facebook précédemment mentionné : photographies de travaux prothétiques, numéros de téléphone des patients ou motif de l'appel/de l'annulation du rendez-vous, nom et prénom complets du patient (presque systématiquement), distinction « vends patient » pour un type d'acte très « recherché » par les apprenants (cadre de la chirurgie orale).

Le manquement éthique ne peut être ignoré : le système hospitalo-universitaire et les comportements étudiants « ultra-connectés » attenants semblent réduire les patients ainsi réifiés à un objet qui se vend, se prête ou s'échange.

Ces comportements ne peuvent décemment être tolérés au sein de nos services. Une prise de conscience massive est, nous semble-t-il, bien nécessaire : il dépend de chacun d'ajuster, de corriger sa conduite afin de respecter strictement le secret professionnel, et au-delà, la qualité de la vie humaine.

Outre le moyen de communication mis en œuvre, le contenu de l'information doit être également pesé et limité : les groupes « secrets » ne doivent donc pas faire figure d'exception.

- L'accès aux informations des réseaux sociaux est-il si protégé qu'il n'en n'a l'air ?

Il dépend :

- D'un droit d'accès conféré par un modérateur (faisant lui-même partie de la promotion d'étudiants) c'est-à-dire d'un facteur humain dont la qualité de jugement peut être altérée par des affects et des préférences inter-individuelles.
- D'une « question secrète » qui protège l'entrée à cette communauté, la réponse pouvant être aisément retrouvée en quelques « clics » sur Internet.

De ce constat, nous pourrions supposer que l'échange via « messagerie instantanée » Messenger de ce même réseau serait plus approprié puisque seules deux personnes sont généralement en communication.

Cependant, l'actualité récente démontre une facette des réseaux sociaux bien plus sombre :

- Le journal New York Times dépeint des pratiques plus que douteuses, en particulier l'accès par les groupes Netflix et Spotify aux messages privés des utilisateurs (Messenger), en décembre 2018 (89).
- Après le scandale de Cambridge Analytica en 2016, (données exploitées à des fins politiques sans le consentement des utilisateurs) le réseau social assurait pourtant protéger les données et la vie privée des utilisateurs (144).

Cela met donc en lumière une lacune non négligeable en matière de sécurité informatique dont le sujet est immensément vaste.

- Appels téléphoniques et SMS

La communication via les appels téléphoniques ou SMS reste retenue par les étudiants mais dans une moindre mesure : cela impliquerait en effet que chaque étudiant possède les coordonnées téléphoniques de son futur confrère.

Ces coordonnées sont disponibles directement dans les départements cliniques (en interne) mais le manque d'immédiateté lui confère un caractère moins apprécié par les apprenants.

Un annuaire web (155) les regroupant pourrait être créé tel que cela est le cas à l'université de Lorraine (<https://annuaire-web.univ-lorraine.fr/>).

- Mise en place d'un chat instantané

Sur le logiciel DxCare (UF Brabois adultes et ICL), un système de « chat instantané » a récemment été mis en place : les utilisateurs connectés peuvent échanger entre eux directement via cette plateforme.

Il permet de mettre en œuvre cette instantanéité (et donc cette facilité) tant recherchée par les jeunes générations.

Le désavantage majeur de ce système d'échanges est qu'il ne peut se faire qu'entre membres du personnel connectés. Cette connexion ne peut se faire qu'à la seule condition que l'étudiant soit physiquement présent dans le service (connexion à distance du CHU impossible).

Cette solution d'échanges tiendrait une place légitime au sein du logiciel ODS au même titre que dans le logiciel DxCare.

- Recommandations de la CNIL : figures 24 et 25

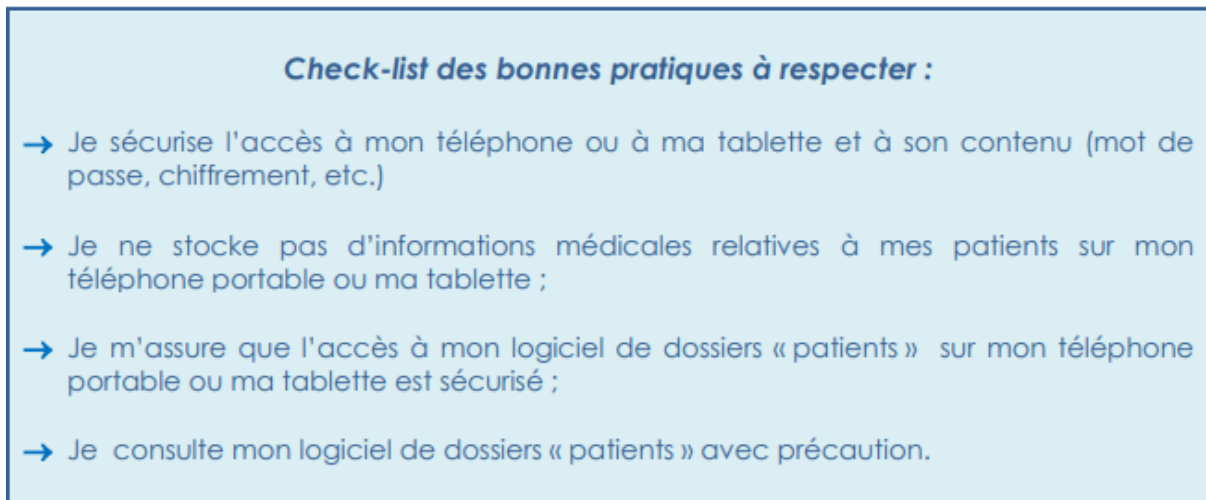


Figure 24 : Bonnes pratiques à respecter afin de garantir l'utilisation appropriée des téléphones portables et tablettes au regard de la confidentialité selon le guide pratique sur la protection des données personnelles (source : site Internet de la CNIL, 2018 (81))

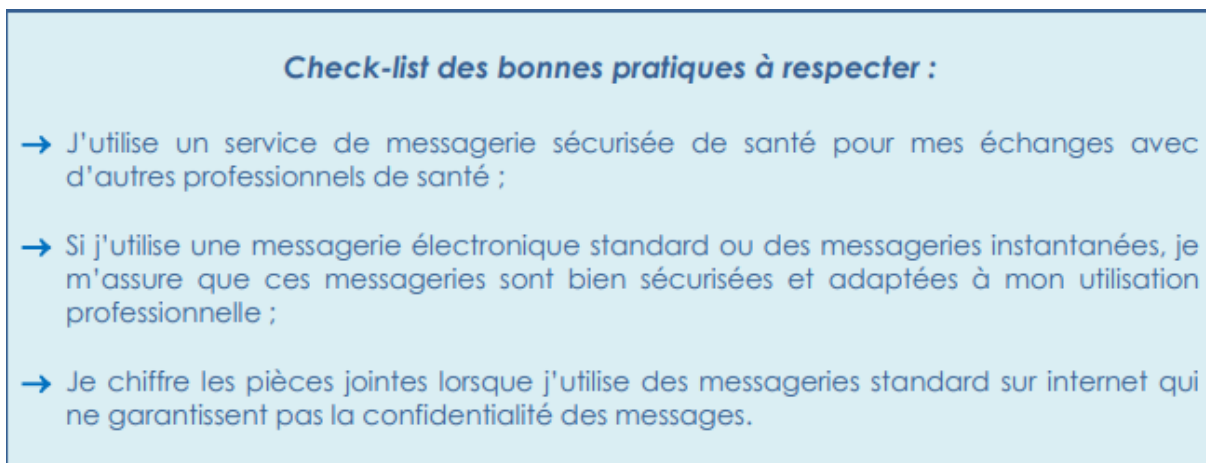


Figure 25 : Bonnes pratiques à respecter afin de garantir l'utilisation appropriée des services de messagerie au regard de la confidentialité selon le guide pratique sur la protection des données personnelles (source : site Internet de la CNIL, 2018 (81))

Rappelons également que l'adresse e-mail étudiante n'a normalement pas à être utilisée puisqu'elle appartient au domaine universitaire et non hospitalier.

- Communication avec le prothésiste : gestion des fiches de laboratoire
(Tableau 18)

Tableau 18 : Difficultés de gestion des fiches de laboratoire en fonction du service concerné (source : réalisation personnelle de l'auteure)

Service concerné	Logiciel utilisé	Réalisation de la fiche de laboratoire
Heydenreich	ODS	<ul style="list-style-type: none"> • Générée par voie informatique • Nom du patient n'est pas mentionné de prime abord sur la fiche de laboratoire • <u>Difficulté retrouvée</u> : les travaux peuvent parfois arriver par dizaines dans ces départements et services cliniques = difficulté de rangement des travaux • <u>Solution actuelle</u> : l'étudiant ajoute en règle générale la mention manuscrite (du nom du patient) • <u>But</u> : faciliter l'attribution du travail prothétique qu'il ne sera pas facile d'impartir à son propriétaire qu'à partir d'un numéro de dossier • <u>Auparavant</u> : les fiches de laboratoires réalisées de manière manuscrite et le nom du patient systématiquement inscrit • <u>Passage à l'ère informatique</u> = une avancée en matière de secret professionnel mais les difficultés de gestion semblent imposer un retour en arrière
Brabois adultes		DxCare	• Rédigée manuellement • Ne sont mentionnés que le n° de dossier et les trois premières lettres du nom de famille • Difficulté : oblige à chercher manuellement la correspondance entre le numéro inscrit sur le bon et le dossier patient par voie informatique = perte de temps, chronophage

Service concerné	Logiciel utilisé	Réalisation de la fiche de laboratoire
		<ul style="list-style-type: none"> • Devraient être générés informatiquement prochainement : espérons dès lors que le système d'anonymat soit conservé voire amélioré : un système de code barre pourrait être attribué à chaque patient et un scanner type « lecteur de code barre » mis en place afin d'associer de manière directe le travail reçu à son patient

Une standardisation des usages pourrait être repensée et mise en place dans l'ensemble des services, en recomposant avec ces différentes observations :

- L'utilisation de fiches de laboratoires informatisées mentionnant les trois premières lettres du nom du patient (et non le nom complet) et le numéro de dossier du patient ;
- L'âge et le sexe éventuellement ;
- L'inscription systématique du nom de(s) l'étudiant(s) responsable(s) du travail prothétique ;
- Ces mentions peuvent être accompagnées d'un code barre lu à l'aide d'un scanner permettant d'associer le travail à un patient donné et ainsi d'assurer la traçabilité.

3.5. Aspects pédagogiques

3.5.1. Enseignements théoriques prévus dans la formation initiale

- Trop peu d'enseignements alloués au secret professionnel ?

Une formation (suffisante pour apprécier la portée du secret professionnel ?) existe dès le stage de préparation aux soins infirmiers (réflexion sous forme de débat d'une trentaine de minutes). Elle permet de comprendre l'importance du respect du secret professionnel dès l'entrée dans un service de soins.

Nous retiendrons que seules deux heures de cours magistraux sont spécifiquement consacrées à l'étude du secret professionnel. Elles se déroulent avant même que

l'étudiant en chirurgie-dentaire ne soit en situation de « soignant », c'est-à-dire de pratique clinique.

Ceci permet donc à l'étudiant d'être dûment informé de ses obligations déontologiques et éthiques, avant même d'être face à un patient et donc ainsi d'appréhender sa future position de praticien.

Étant hors du contexte de pratique clinique, que retient-il de cet enseignement magistral qui de plus, est présenté de manière très formelle (PowerPoint) ?

En outre, face à la complexité des textes vis-à-vis de ce sujet, ne serait-il pas nécessaire de réitérer ce cours une fois l'étudiant en situation réelle de soins ?

Tenant compte du manque d'assiduité des étudiants (parfois cinq à six étudiants présents uniquement par promotion d'une centaine) aux cours magistraux (auxquels la présence n'est pas obligatoire), cette question peut susciter quelques débats...

- Vers une approche différente du secret professionnel

Le questionnaire distribué aux étudiants montre que ces derniers sont demandeurs d'un enseignement plus « vivant » sous la forme de cas cliniques.

À l'obligance d'un enseignant dûment formé sur ce sujet, s'ajoute l'incontournable difficulté de la réalisation d'un tel projet pédagogique. Il serait judicieux de scinder les promotions d'étudiants en plusieurs groupes afin de réaliser des « mises en situation » et envisager « des jeux de rôles » sous forme d'enseignements dirigés, tel que cela a déjà été proposé dans d'autres disciplines (communication dans la relation de soins, préparation du service sanitaire...). Cette proposition soulève une contrainte pour l'enseignant qui réitérera quatre à cinq fois cet exercice.

Cette démarche permet de favoriser la pratique réflexive : elle est déterminante pour l'apprentissage du professionnalisme (O'Sullivan et coll., 2012 ; Tubert-Jeannin et Jourdan, 2018).

Bien qu'il n'existe pas de définition consensuelle du professionnalisme, Pellacia (2016) propose de retenir la définition proposée par l'Université de Montréal. Elle peut être transposée à la profession de chirurgien-dentiste : « *En tant que professionnel, le médecin s'engage à favoriser le mieux-être des patients et des communautés dans le respect des personnes, des standards de pratiques et des*

normes régissant sa profession au sens d'une pratique collaborative ; imputable de ses actions, il assume la responsabilité de sa conduite et de ses activités professionnelles ».

L'ADEE (Association for Dental Education in Europe) propose (2017) un nouvel apprentissage sous la forme d'une approche par quatre domaines de compétences dont le professionnalisme et l'approche centrée sur le patient (Field et coll., 2017 ; Mcloughlin et coll., 2017)

Les outils d'apprentissages proposés dans l'ouvrage « Comment (mieux) former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé ? » propose des moyens pertinents vers une démarche réflexive et éthique (Pelaccia, 2016) :

- « *Des sessions en petits groupes* », au sein desquelles les étudiants échangent à propos de situations décrivant des « *comportements non professionnels* ».
- Une rédaction individuelle d'histoires vécues suivie d'un partage avec les pairs (sénior et autres étudiants) avec l'aide d'un tuteur qui « *les aidera à extraire les enjeux et à identifier des pistes de solutions* ».

Ainsi, les données de la littérature convergent en faveur d'un enseignement plus individualisé fondé sur l'expérience vécue ou à venir.

L'association Empathex (créée en 2017 par les étudiants de la faculté de médecine de Nancy) travaille d'ailleurs sur la relation patient-praticien, le développement des compétences relationnelles en échangeant entre apprenants ou en bénéficiant de l'expérience de soignants et de patients afin de considérer et d'humaniser la relation de soins (91).

3.5.2. Réunion de concertation pluridisciplinaire dite « staff hospitalier »

Pouvons-nous considérer que tous les étudiants de ladite vacation font partie intégrante de l'équipe de soins ?

Les informations sont acquises « à l'occasion de l'exercice de la profession » qui plus est dans le cadre hospitalo-universitaire et sont donc incontestablement soumises au secret professionnel.

La démarche d'apprentissage par les « staffs » est selon nous indiscutable (tout comme celle produite par les RMM). Le secret professionnel ne doit néanmoins pas y trouver une place secondaire : il doit être respecté au même titre que dans le cadre du soin.

- Maintien du secret professionnel pendant le staff hospitalier

Il suffirait simplement :

- Que l'étudiant nomme son patient par la première lettre du nom de famille ou par son numéro de dossier.
- Simultanément, que le(s) encadrant(s) du « staff » ai(en)t e un ordinateur du service à disposition : accès au planning journalier de l'étudiant et donc aux dossiers correspondants.

- Protocolisation du staff hospitalier

Une proposition de protocolisation de ces staffs a été faite par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2007 : elle suit le modèle de la roue de Deming (méthode de gestion de la qualité) et comprend 4 étapes (PDCA), ici adaptées au milieu hospitalier (Figure 26) (102) :

- Plan : préparer, planifier les gestes et attitudes thérapeutiques au cours de la vacation clinique.
- Do : mettre en œuvre ces gestes et attitudes.
- Check : contrôler et vérifier la qualité de la mise en œuvre.
- Act : ajuster, corriger les dysfonctionnements par rapport au résultat attendu.

Elle peut représenter une piste réflexive pour l'amélioration des pratiques hospitalières et des comportements estudiantins en particulier : des enseignements dans le domaine de la qualité permettraient de « structurer » de façon optimale ces staffs hospitaliers.



Figure 26 : Roue de Deming (source : Kilian, 1987)

- Revue de mortalité et de morbidité (RMM)

Elles sont une obligation et garantissent la qualité des soins.

Selon la HAS (2017), elles constituent un outil d'amélioration des pratiques professionnelles, « *une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins* » (100).

Il s'agit ici de décrire les faits et d'analyser des situations s'étant produites, pour apprendre et comprendre afin d'agir ensemble pour renforcer la qualité et la sécurité des soins, sans porter de jugement sur les personnes, ni rechercher un coupable ou un responsable (100).

Tous les participants (et donc les apprenants : externes, internes...) sont tenus au secret professionnel (Art. L-1110-4 du CSP) (100).

3.5.3. Système de notation des actes cliniques

- Une préoccupation angoissante pour les étudiants...

Il engendre un stress important : la littérature parle d'une souffrance morale parfois appelée « *souffrance éthique* » (Jacquemin, 2004). À la complexité des situations cliniques auxquels font face les étudiants s'ajoute la peur de l'échec « scolaire »,

voire même du redoublement (première cause de mal-être citée par les étudiants en odontologie selon l'enquête de l'UNECD de 2018 (154).

Alors, le patient garde-t-il une place centrale dans la relation de soins ? N'est-il pas réduit à un geste thérapeutique lui-même connoté à un « nombre de points », symbole de réussite ? Mais dans ce cas, quelle est la « meilleure » manière d'évaluer les étudiants ?

L'Union Nationale des Étudiants en Chirurgie Dentaire (UNECD) a mené une enquête intitulée « Votre bien-être, parlons-en ! » en 2018 : elle démontre un constat de « mal être alarmant » dont la cause principale mentionnée par les étudiants est le stress. Elle relève notamment les quotas cliniques comme principal facteur impactant le moral des apprenants en centre de soins (154).

- ... mais une prise en considération globale des capacités

Il semble évident que le principal frein à une notation individualisée reste le nombre d'étudiants présents (une centaine par promotion) : elle requiert une vigilance extrême des praticiens séniors et de grandes qualités physiologistes.

Rappelons également que les compétences cliniques de l'étudiant ne sont pas seules évaluées par une note de stage clinique mais aussi par le passage des Examens Cliniques Objectifs et Structurés (ECOS) en FASO2 mis en place depuis quelques années à la faculté d'odontologie de Nancy.

Utilisé dans de nombreux pays, il s'agit d'un « *outil standardisé d'évaluation du comportement et de la performance professionnelle en situation simulée* » (Harden et coll., 1975).

Ces ECOS sont un moyen pour l'étudiant de démontrer ses capacités diagnostiques et cliniques.

Le cumul de toutes ces compétences reste évidemment pris en considération lors des délibérations « post-examens » qui attesteront de la réussite d'un étudiant. Les capacités « globales » de l'étudiant y sont discutées. Cette prérogative semble néanmoins n'être que trop oubliée par les étudiants pour qui la note décimale reste la priorité.

3.6. Les sens mis en éveil

3.6.1. L'ouïe

- L'appel des patients en salle d'attente

L'appel des patients en salle d'attente se fait dans l'immense majorité des cas par l'appel du nom du patient. Rappelons que le nom est lui-même couvert par le secret professionnel (Markus, 2007 ; Vassal, 2010).

Afin de le respecter strictement, l'interjection « patient suivant » semble plus appropriée (utilisée dans le département clinique « Service Accueil Santé » : mais difficilement respectée par les étudiants).

Il apparaît néanmoins compliqué voire impossible de le mettre en place car cela implique la prise en charge des patients dans l'ordre d'arrivée (plus facilement mise en œuvre dans une structure libérale où le nombre de patients et de praticiens s'avère plus restreint).

Ce n'est pas le cas dans nos départements cliniques (hors SAS) puisque :

- Plusieurs patients sont simultanément soignés et peuvent être simultanément appelés en salle d'attente.
- Le patient n'est pas censé à priori connaître l'externe ou l'interne qui le prend en charge (et inversement) et ne reconnaît pas forcément l'étudiant soignant *de visu*, en particulier lors d'une première consultation. Il peut de plus avoir à faire de multiples binômes d'étudiants dans son parcours de soins.

Il revient au chef de service/cadre de santé d'informer l'apprenant/l'aide-soignante de son devoir de retenue lors de l'appel des patients : il ne s'agit pas de scander le nom du patient mais simplement de l'inviter à nous rejoindre en salle de soins.

Les solutions suivantes peuvent être envisagées :

1. L'appel des patients par la première lettre de leur nom de famille (ce qui pourrait poser des problèmes en cas d'homonymie) et/ou par le numéro de dossier (ce qui implique un patient attentif et maîtrisant la langue française).

2. Poser la question suivante : « Je souhaite appeler la personne qui a rendez-vous avec l'étudiant X à l'heure Y » (données en principe inscrites sur le carton de rendez-vous donné au patient ou données par téléphone) (annexe 8).
3. L'obtention par le patient d'un « ticket numéroté » (comme dans certains services administratifs ou hospitaliers français (p.ex. : Caisses des Affaires Familiales)) lors de son arrivée dans le département (80). Mais cela ne conduirait-il pas à une forme de « marchandisation du système de santé » et de « réification du patient » qui ne serait alors réduit qu'à un numéro ? La question éthique prend alors tout son sens.

- Le niveau sonore

→ Mesures réalisées :

Des mesures ont été réalisées à l'aide d'un sonomètre (deux applications « smartphones » ont été utilisées, et leur valeur de référence comparées afin de valider la qualité de la mesure) :

- Dans les départements cliniques de prothèses, parodontologie - implantologie, odontologie conservatrice et endodontique – chirurgie et pathologies buccales ;
- En trois temps : début de vacation, milieu de vacation et fin de vacation ;
- En trois endroits distincts (minimum) par départements/services : entrée/sortie du service, au sein d'un des postes de travail, dans une voie de circulation « centrale » du service et, parfois, en salle d'attente.

Le niveau sonore moyen relevé est d'environ 50 décibels (dB).

Les départements de parodontologie – implantologie et odontologie conservatrice et endodontique – chirurgie et pathologie buccales restent relativement silencieux comparé au département de prothèses dont le niveau sonore peut atteindre 80 dB (équivalent à un bruit automobile) : au niveau des voies de circulation des patients et du personnel en particulier.

La période « milieu » de vacation est la plus bruyante, quel que soit le département étudié : la concentration de patients soignés et d'apprenants y est en effet la plus importante.

Ceci oblige les apprenants à s'exprimer à « très haute voix » pour bien se faire comprendre, en oubliant parfois la question du secret professionnel.

→ Réglementation en vigueur :

Le niveau sonore maximal recommandé est de 55 décibels (conformément à la norme NF X 35-102 « Conception ergonomique des espaces de travail en bureau ») (78). Les valeurs d'isolement acoustiques maximales à respecter entre les pièces d'un cabinet dentaire sont : (MICHEL LEOST, 2017) (78) (111) :

- Entre le local de soin d'une part et d'autre part la salle d'attente ou d'autres pièces où peuvent se trouver des patients : 42 dB ;
- Entre les voies de circulation interne et toutes les pièces où peuvent se trouver des patients : 27 dB.

En cas d'emploi de personnel (tel que cela est le cas au CHRU), la valeur limite de l'exposition ne doit pas dépasser 87 dB.

Il s'avère donc que ces réglementations ne sont pas toutes respectées. Outre la fatigue auditive et les risques professionnels évidents, cela pose une difficulté en matière de confidentialité.

→ Solutions envisagées :

- Veiller à utiliser des matériaux (de plafond, muraux) avec des coefficients d'absorption les plus élevés possibles : cloison avec isolation acoustique (parois élastiques, choix de matériaux composites avec une forte capacité interne à amortir le bruit) (Ouairy, 2018).
- Subdiviser les locaux par l'installation de parois séparatrices (Ouairy, 2018).
- De limiter les flux de personnes dans les locaux, et dans le secteur de soin en particulier (80).
- Favoriser l'éloignement des patients en présence.
- Limiter les discussions (et donc le nombre de personnes en circulation) dans les couloirs et lieux de passage.

Cette limitation populationnelle est déjà partiellement mise en œuvre dans nos services (Figure 27) :

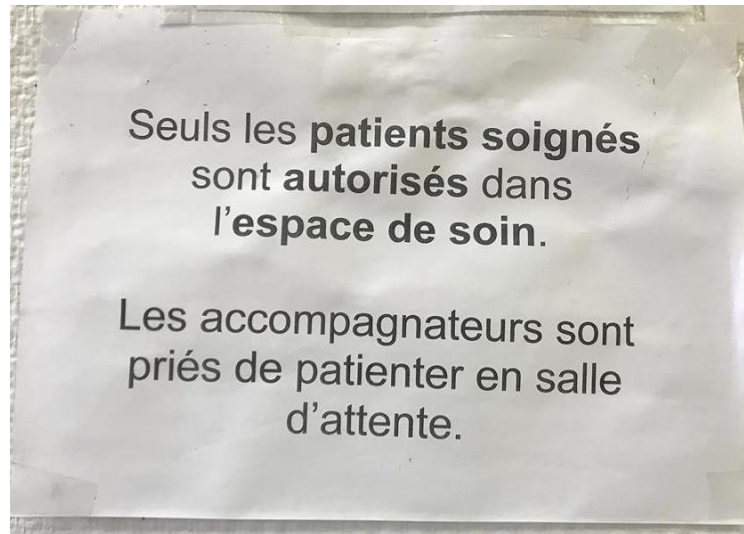


Figure 27 : Écriteau affiché dans les différents départements de l'UF Heydenreich (source : document personnel)

3.6.2. La vue

- Au sein de l'UF Heydenreich
→ Écran informatique :

La distance fauteuil-écran est parfois suffisamment faible et le positionnement de l'écran agencé de façon que le patient puisse y lire les informations affichées (Tableau 12) : onglets mentionnant les dossiers (et donc le nom des patients) précédemment ouverts (et soignés) par l'apprenant (ODS), planning de l'apprenant concerné et parfois de l'ensemble du département clinique (d'autant plus que le type d'acte prévu pour chaque patient y est souvent mentionné).

Les solutions envisagées pour pallier ces difficultés sont les suivantes :

- Placer les ordinateurs hors du champ de vision du public ou suffisamment loin pour que ce dernier ne puisse lire directement sur l'écran.
- Lorsque les contraintes d'aménagement ne le permettent pas, être prudent et attentif quant à l'utilisation de l'ordinateur (tourner l'écran par exemple).

- Utiliser des filtres de confidentialité : faible coût (enveloppe de prix : [45-70] € par filtre) et solution non permanente et modifiable.
- Pas de spécification des soins prévus pour les patients directement sur les plannings ODS.

→ Que peut voir le patient qui se déplace dans un service ?

Dans certains départements (p.ex. odontologie conservatrice et endodontique – chirurgie et pathologies buccales), le patient qui souhaite prendre un rendez-vous se voit dans l'obligation de « traverser » l'intégralité du service pour accéder à la borne d'accueil de prise de rendez-vous. Rappelons que l'isolation visuelle y est quasi-inexistante.

Il aura donc tout à loisir d'apercevoir les patients soignés puisque ce service ne dispose pas de réelles barrières physiques (paravents uniquement) favorisant le soin incognito (Tableau 10).

- Au service d'odontologie pédiatrique site BA
→ Présence de hublots sur les portes d'accès aux salles de soins

À l'irréfutable intérêt pédagogique de ce dispositif (l'encadrant peut, à tout instant, intervenir et être tenu informé de l'avancée du soin dans chaque poste de travail), le secret professionnel semble quant à lui avoir été omis. Les patients se déplaçant dans le couloir n'ont aucun mal à distinguer l'enfant ou adolescent soigné qui fait directement face à ce hublot.

Il avait été évoqué l'idée d'y apposer des « rideaux » pouvant être soulevés par les encadrants depuis l'extérieur.

- Au sein du service d'odontologie de l'ICL
→ Impression des plannings journaliers (annexe 9)

Ils sont imprimés en « version papier » et distribués dans les différentes salles de soins. Il est à priori rare que les externes fassent la démarche systématique de retourner ce planning ou de l'éloigner afin que le patient ne puisse en prendre connaissance (praticiens séniors et assistantes dentaires y semblent plus sensibilisés).

→ Séparation des postes de travail

La séparation d'une pièce à l'autre se fait en particulier à l'aide de vitres dont les stores vénitiens sont constamment gardés clos (Figure 28).

Néanmoins, les portes des salles de soins restent quelquefois maintenues ouvertes, semble-t-il dans le but de faciliter les déplacements de l'assistante dentaire (et ainsi de favoriser les règles d'hygiène et d'asepsie au sein du service).



Figure 28 : Poste de travail n°2 du service d'odontologie de l'ICL : stores vénitiens empêchant la vision sur le poste n°1 (flèche orange) (source : document personnel)

3.6.3. Approche proxémique

- Définition

La proxémie est définie comme la distance physique qui s'établit entre des personnes prises dans une interaction (Hall, 1971). Hall distingue 4 sous-ensembles distanciels selon deux modalités (« proche » et « éloigné ») qui définiront des variations comportementales dépendantes de la culture du sujet qui est soumis (Figures 31 et 32).

- La distance intime (corps à corps) : de 0m à 0,15m
- La distance personnelle (conversationnelle) : 0,45m à 0,75m
- La distance sociale : 1,25m à 2,10m
- La distance publique : 3,60m à 7,50m

MODE
« PROCHE »

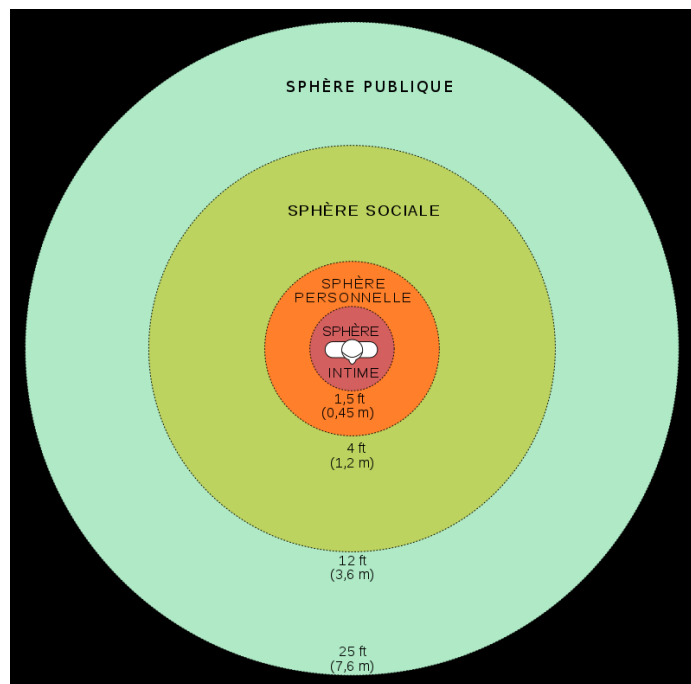


Figure 29 : Diagramme des sphères proxémiques (mode « éloigné ») (source : Hall 1971)

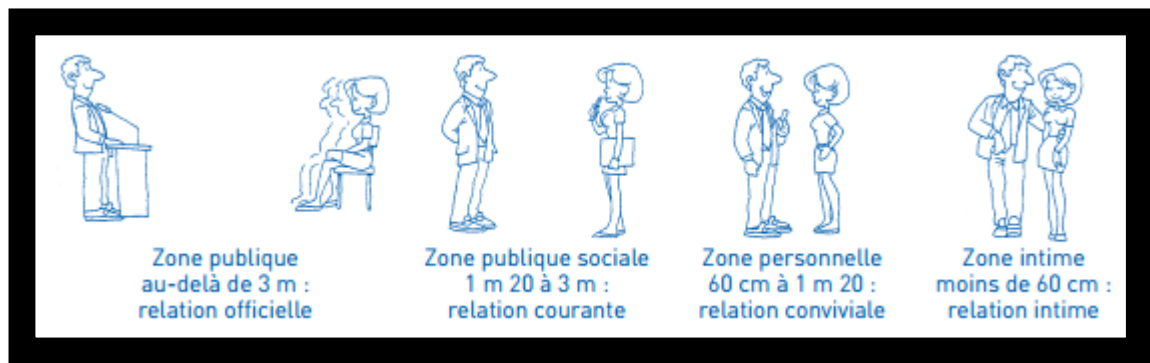


Figure 30 : Illustration reprenant le concept de distance physique entre deux individus (source : Martin, 1999)

- Craintes engendrées

Ainsi, les concepts de pudeur, d'intimité et d'affects sont mis à rude épreuve dans le parcours de soins dentaires. La faible distance peut suggérer une intrusion perçue par le patient comme une forme d'agression (Nossintchouk, 2003).

Amzalag et Cochet (2011) rappellent que « *toute approche thérapeutique brutale peut être interprétée par le patient comme un viol de son espace intime* ».

Cependant, il est impossible d'augmenter cette distance soignant-soigné au moment du soin qui se fait dans le mode « proche » (distance intime) en raison d'une implication physique évidente (soins dans la cavité buccale).

- Mise en situation au CHRU de Nancy : une amélioration possible ?

Nous retiendrons que la distance « inter-fauteuils » peut, dans certains départements cliniques (SAS), être inférieure à 2,10m (Tableau 11).

Cela voudrait donc dire que deux patients simultanément soignés dans nos services se trouvent dans le cadre de la distance dite sociale (interactions amicales ou professionnelles selon Hall (1971) et Martin (1999)). Rappelons que, dans le but de faire évoluer le soin en toute confiance, le patient doit se trouver dans une bulle d'échange la plus sécuritaire possible. Ainsi, une telle proximité patient/patient est-elle acceptable ?

De cette façon, les agencements des locaux devraient être repensés : un éloignement spatial des postes de travail permettrait de générer un éloignement social propice à une relation de soin saine. Ceci ne relève « que » de contraintes architecturales mais cela engendre une refonte complète de l'organisation des services et un coût (et donc une contrainte) économique non négligeable.

3.7. Comparaison avec d'autres études menées

3.7.1. En France

Un groupe d'étudiants infirmiers de l'école de Saint-Étienne a réalisé une campagne de sensibilisation aux impératifs de la confidentialité à l'hôpital sous la forme de photographies (campagne d'affichage). Elles montraient diverses situations d'échanges (dans les couloirs, à proximité des salles d'attente, au self, dans les ascenseurs...) entre collègues et professionnels de santé durant lesquels la confidentialité doit demeurer respectée. Les étudiants déclarent avoir modifié leur comportement à la suite de cette campagne (Boudoussier et coll., 2013).

Cette approche peut constituer une piste de réflexion pour attirer l'attention des apprenants au CHRU de Nancy.

3.7.2. À l'étranger

Notons ici que le secret professionnel est soumis à un cadre législatif qui diffère du cadre français développé au sein de la première partie de notre travail.

Les différences culturelles rendent la comparaison avec notre étude d'autant plus complexe.

- En Europe

En Belgique, une étudiante infirmière s'est intéressée au respect du secret professionnel dans la région liégeoise. Elle y a mené une enquête sous la forme d'entretiens semis-dirigés, d'une enquête par questionnaire et d'une étude observationnelle à l'aide d'une grille d'analyse. Elle appuie notamment que la première cause de manquement au secret professionnel plébiscitée par les répondants est la multiplication des intervenants. Ceci converge donc en faveur de notre questionnement à propos de la multitude des acteurs présents au sein de l'équipe de soins. Vient ensuite la négligence, l'inadéquation des locaux, et la

curiosité, le goût du scoop, ce qui étaye une fois de plus nos propos au sein de notre étude (153).

Sont également mentionnés les difficultés causées par les documents papiers, l'informatisation des données, les transmissions orales, et la perméabilité des sphères privées et professionnelles (153).

En Irlande, une étude s'est intéressée à l'usage du réseau social Facebook par les étudiants en chirurgie-dentaire (le profil étudié étant leur profil privé). Les résultats montrent que la majeure partie des étudiants utilise ce réseau (62%), mais qu'aucun ne fait mention de données ou photographies relatives aux patients soignés dans le cadre de leur cursus (Nason et coll., 2016).

- Hors Europe

En Iran,

- Une étude s'est intéressée au concept de confidentialité du point de vue étudiantin : la plupart (60,3%) se disent concernés par l'apprentissage relatif à la notion de confidentialité et aux comportements qui en découlent, tandis 60,5% des étudiants étaient attentifs au non-partage d'informations avec leurs collègues (Ghodousi et coll., 2018)
- Une autre évalue les attitudes et la prise de conscience professionnelle des étudiants en médecine : elle met en exergue des lacunes comportementales majeures, en particulier dans la transmission de l'information médicale aux tiers non autorisés (rupture du secret vis-à-vis du patient porteur du VIH en particulier). Elle propose également l'intégration de plus d'enseignements éthiques dans les facultés iraniennes, en insistant sur les problèmes relatifs à la confidentialité du patient et au secret professionnel (Hosseini-Gavam-Habad et coll., 2019).

- Conclusion

Ces comparaisons démontrent que la problématique du secret professionnel, de la confidentialité et de l'émergence de nouveaux moyens de communications dépasse nos frontières : elles ne se limitent naturellement pas au cadre français, ni à l'étude menée.

Les questionnements soulevés dans notre étude le sont à l'international, au-delà des spécificités culturelles, sociales et anthropologiques propres à chaque pays.

PARTIE 2 : DISCUSSION DES RÉSULTATS DE L'ENQUETE MENÉE PAR QUESTIONNAIRE

3.8. Discussion des résultats du questionnaire

3.8.1. Répondants et taux de réponse

Les répondants sont représentés par environ 2/3 de femmes et 1/3 d'hommes ce qui reste relativement cohérent avec la population actuellement étudiante à la faculté d'odontologie de Nancy.

La répartition des réponses par promotion est relativement homogène sauf dans la promotion « année de thèse » pour laquelle le taux de réponse est inférieur.

Nous supposons ainsi qu'une fois « dégagés » des principales obligations de l'enseignement hospitalo-universitaire, le secret professionnel en milieu hospitalier ne semble que peu interpeller.

Il semblerait d'ailleurs que la majorité des étudiants en année de thèse se tourne vers l'exercice en milieu libéral. Selon l'ONCD (2019), l'activité libérale concerne effectivement (situation au 12 août 2019) 86,6% des chirurgiens-dentistes alors que l'activité salariée n'en concerne que 13,4% (149).

3.8.2. Intérêt des apprenants pour le secret professionnel

Plus de 99% des répondants considèrent le secret professionnel essentiel, très important ou important pour garantir une relation de soins de qualité.

De plus, de nombreux retours oraux nous ont été faits suite à l'enquête menée ce qui prouve qu'elle a interrogé un certain nombre d'apprenants : ils semblent conscients de lacunes à ce sujet et apprécient l'importance de les corriger.

3.8.3. Concernant les connaissances des étudiants

- Étendue de l'information tenue secrète

Seuls 64,2% des répondants incluent les informations médicales, extra-médicales et administratives comme soumises au secret.

Il faut donc souligner qu'avant même de respecter le secret professionnel, il faut savoir en délimiter le cadre, l'étendue (ce qui ne semble donc pas une notion claire aux yeux des étudiants).

- Droits et devoirs de chacun

Respectivement 92% et 98% des apprenants ayant répondu au questionnaire (toutes promotions confondues) savent que le secret est un droit pour le patient et un devoir pour le praticien. La distinction entre droit et devoir ne semble pas évidente puisque certains étudiants pensent que le secret est à la fois un droit et un devoir pour le praticien et le patient.

- Sanctions envisageables

Seuls 26 (16%) d'entre eux ont connaissance de la triple sanction possible.

Les sanctions pénales et disciplinaires semblent bien connues des étudiants ayant participé tandis que la sanction civile ne l'est pas.

Attention toutefois à ne pas négliger cette dernière : certes moins fréquente que la sanction disciplinaire, elle peut condamner le chirurgien-dentiste retenu comme fautif à verser des dommages et intérêts (chiffrés par la juridiction civile) au patient pour lequel le préjudice aura été prouvé (impact financier pour le chirurgien-dentiste, au-delà de l'évident impact psychologique d'une telle condamnation).

- Déroghations facultatives et obligatoires

Aucun étudiant (0%) ne restitue la (les) réponse(s) correcte(s) aux dérogations obligatoires et facultatives (cf. questions 8 et 9). Un énorme flou persiste.

- 64,8% estiment que le péril imminent ou actuel est une dérogation obligatoire mais aucun ne sait que cette situation est la seule dérogation obligatoire parmi les réponses proposées.
- 10,5% et 22,8% persistent à penser que le cas du patient porteur du VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) peut constituer (respectivement) une dérogation obligatoire ou facultative alors que ce cas est strictement soumis au secret professionnel !

3.8.4. Concernant l'enseignement théorique prodigué à la faculté

Nos diverses discussions avec nos confrères et consœurs étudiants, qui ont fait suite à ce questionnaire nous ont permis de mettre en évidence :

- Un plus fort intérêt pour les disciplines plus « techniques » (telles que la pratique de l'odontologie conservatrice, la chirurgie orale...) que pour les disciplines « éthiques » : communication dans la relation de soin, éthique, déontologie, droit médical... (pourtant, selon nous, incontournable en tant que praticien d'aujourd'hui et de demain).
- Des enseignements jugés « trop magistraux » : certains étudiants nous disent ne pas savoir comment réagir en situation « réelle ».

3.8.5. Concernant les échanges praticien/praticien et praticien/patient

Les moyens indirects restent les plus utilisés (moyens connectés) : l'application Messenger recueille en particulier 85,2 % des suffrages.

Seuls 3 répondants privilégient le contact « oral direct » grâce à la proposition « Autre » (libre dans le questionnaire). Cela sous-entend donc que la génération d'étudiants étudiée reste « ultra-connectée » malgré les risques potentiels et les dérives qu'Internet peut engendrer mais que certains s'orientent vers la déconnexion et l'humain.

35,8% admettent « parfois » donner des informations d'ordre médical aux proches de leur patient et 9,3% disent en donner « souvent » (c'est-à-dire en cumulé près de la moitié des apprenants). Certains d'entre eux nous ont fait un retour sur l'enquête menée : ils disent faire face à des difficultés de communication, notamment concernant les patients étrangers ne maîtrisant ni la langue française ni la langue anglaise et pour lesquels ils sont quasi-systématiquement amenés à passer par l'intermédiaire d'un proche, ou membre de la famille.

PARTIE 3 : PROPOSITIONS DE L'AUTEURE AU REGARD DU SECRET PROFESSIONNEL

3.9. Définition schématique d'une équipe de soins

Au sein de ce travail, le besoin de caractérisation de l'équipe de soins strictement définie est réaffirmé à maintes reprises.

À cet obstacle, la proposition suivante (Figure 31) peut être suggérée. Elle n'est pas figée et peut être évolutive dans le cheminement du parcours de soins du patient.

L'étudiant en chirurgie-dentaire peut s'en inspirer dans sa pratique quotidienne. Il convient de rappeler que les tiers n'ont pas accès dans l'immense majorité des cas (sauf dérogations légales) à cette « sphère protectrice » représentée ici par un cercle de couleur orange.

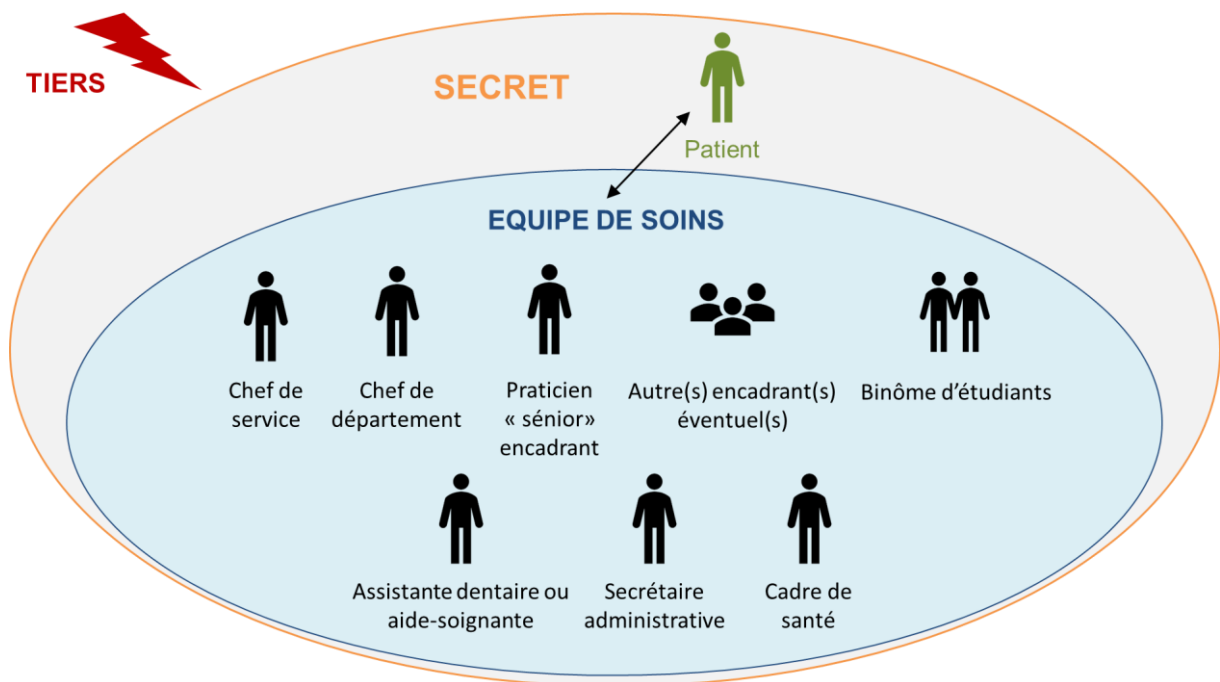


Figure 31 : Proposition schématique d'une « équipe de soins dentaire » (cercle bleu) au sein du CHRU de Nancy (source : réalisation personnelle de l'auteure)

3.10. Proposition d'arbre décisionnel

L'arbre décisionnel suivant permet d'orienter le futur praticien dans les comportements à adopter vis-à-vis du secret professionnel (Figure 32).

Au regard de la multitude de situations plausibles, ne seront ici décrites que les principales situations dérogatoires au secret.

Il ne constitue qu'une proposition et ne peut en aucun cas s'imposer comme un guide de recommandations de bonnes pratiques à lui seul.

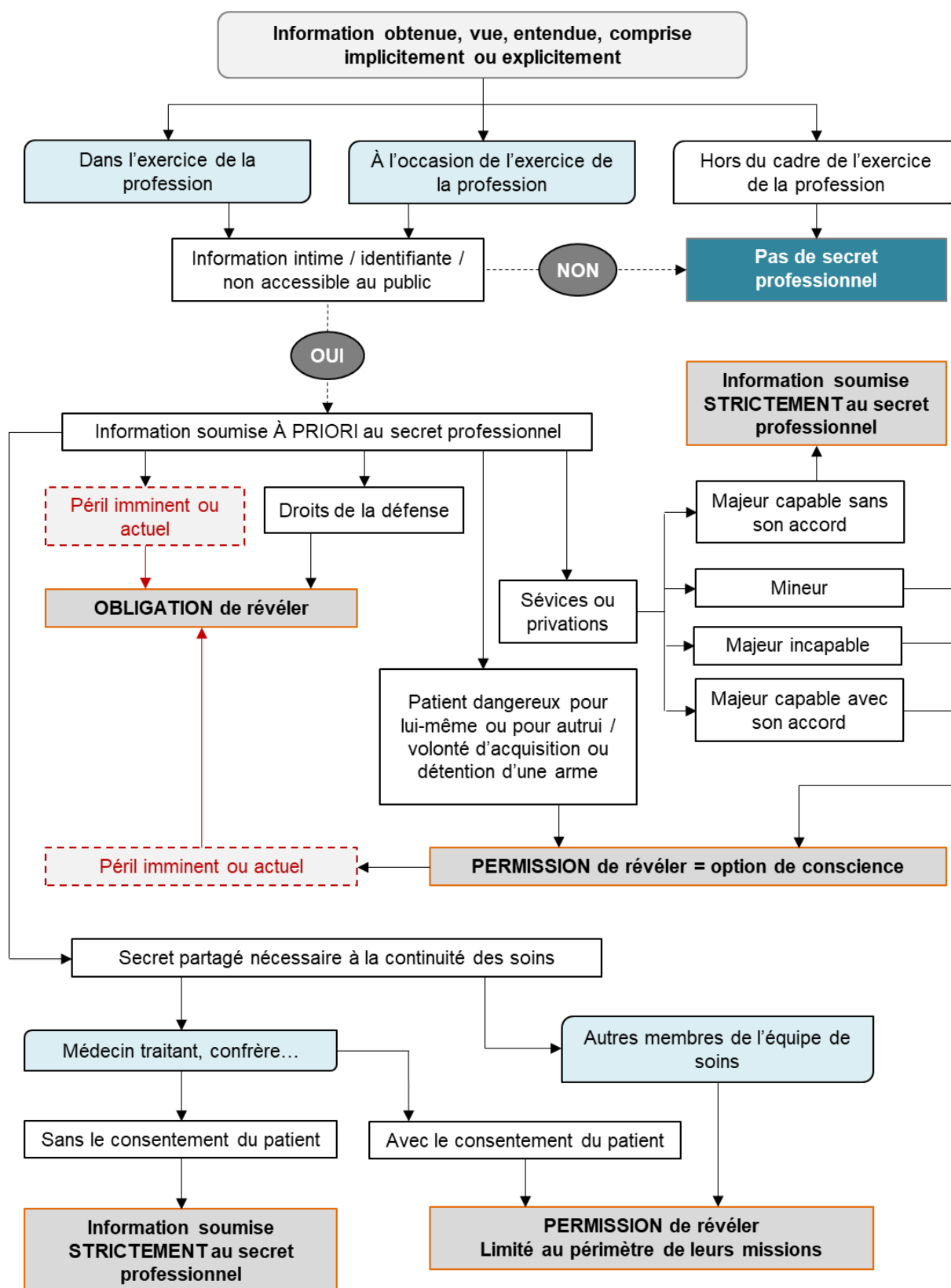


Figure 32 : Proposition d'arbre décisionnel au regard du secret professionnel (source : réalisation personnelle de l'auteure)

4. LIMITES DE L'ETUDE ET DIFFICULTES RENCONTREES

4.1. Concernant l'étude observationnelle des pratiques

Elles résident dans des contraintes matérielles et humaines :

- L'homogénéisation des données sur quatre ans (2015 à 2019) en raison des changements mis en œuvre au sein des services au cours du temps (contrainte temporelle).
- La nécessité de nous déplacer au sein des différentes unités pour collecter les multiples données (contrainte spatiale).

Notre étude se veut la plus objective possible mais revêt obligatoirement un caractère subjectif.

Les apprenants étaient, pour certains, conscients des objectifs de notre observation : cela a ainsi pu influencer leur comportement en pratique clinique.

La multiplicité des informations recueillies rend la démarche de synthèse des résultats longue et complexe : la synthèse des résultats nous a donc été ardue.

À notre connaissance, les données de la littérature restent relativement silencieuses en ce qui concerne de potentielles études menées sur le secret professionnel au sein du milieu étudiant en France et à l'étranger (pas ou peu de comparaison possible).

4.2. Concernant l'enquête menée par questionnaire

Il nous a été difficile de recueillir des réponses au questionnaire, mobiliser et attirer l'attention des étudiants à propos du secret professionnel, et ce malgré plusieurs relances.

De nombreux retours nous ont été faits par voie orale, pour donner suite au questionnaire mis en ligne. Il aurait été judicieux de laisser un item « libre » dans le questionnaire afin de permettre aux apprenants de nous faire un retour écrit sur de leur ressenti à propos du secret professionnel à la faculté et au centre de soins (traçabilité des réponses données).

Une moindre partie des étudiants interrogés avaient déjà soutenu leur thèse au moment de l'enquête : un biais a donc été introduit car le public ciblé ne correspondait plus uniquement à une population « d'apprenants soignants ».

La question 7 (cf. annexes 10) comporte trop de notions pour être discriminante : nous y combinons les notions de secret et de confidentialité, ainsi que les échanges avec les autres apprenants et les praticiens séniors. Cet item aurait dû être scindé en deux questions différentes au minimum.

Enfin, ce questionnaire n'a pas été testé en amont.

CONCLUSION

Dans ce cadre juridique complexe, le patient doit rester au centre de la réflexion.

Le contrat médical, ou contrat de soins, socle le sceau du secret. Verbal et non textuel, il est tacite et autorise l'indispensable et authentique confiance dans la relation thérapeutique.

Lorsque certains patients n'ont pas conscience de dévoiler une parcelle de leur intimité en confiant leur dentition au praticien, il en est de même pour certains chirurgiens-dentistes et apprenants qui n'accordent pas la considération nécessaire et la vigilance requise aux données de la sphère privée dont ils sont dépositaires.

La pluralité des informations acquises appuie une fois encore la vaste étendue du secret : l'étudiant reste soumis au secret professionnel et non au strict secret médical.

Aux confluent de la confiance et de l'efficacité, et ce malgré une dispersion croissante des pièces constitutives du dossier médical en vertu du secret partagé, le secret assure la protection optimale des intérêts privés.

Finalement, secret professionnel et consentement ne peuvent être dissociés : l'un ne peut exister sans l'autre et la médecine dont la médecine bucco-dentaire doit s'efforcer d'accorder une place essentielle au patient. Il ne doit être ni laissé en marge, ni seul face à ses décisions, et l'autonomie en est la consécration ultime.

Cette étude prouve donc que le secret professionnel demeure une notion importante aux yeux des étudiants en chirurgie-dentaire, mais que leurs comportements n'en témoignent généralement pas.

Une amélioration des pratiques nécessite avant tout une modification des mœurs étudiantes avant même de s'intéresser à une refonte physique (agencement) et matérielle des services d'odontologie étudiés.

Ces changements tiennent donc majoritairement à un aspect non pécunier et sont facilement accessibles dans la mesure où chaque étudiant peut, individuellement, faire un effort d'apprentissage et de conduite pour garantir le respect du secret professionnel.

L'hypothétique perspective d'un rassemblement futur des services d'odontologie en direction du pôle de Brabois (Vandœuvre-lès-Nancy) constitue peut-être l'opportunité d'une réorganisation tenant compte des remarques et observations réalisées au sein de ce travail.

Cela nécessiterait alors un travail collaboratif (projet de service concerté) entre les représentants des usagers, le service de la qualité, le service d'hygiène hospitalière, le comité d'éthique intra-hospitalier, les architectes et les services techniques (contraintes techniques/bâtiments évidentes) et les professionnels de santé exerçant au sein de la structure de soins (assistante dentaire, externes, internes, séniors...).

La difficile question du secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, ayant déjà été évoquée à maintes reprises et de diverses manières (par les enseignants hospitalo-universitaires notamment) depuis de nombreuses années, nous avons ici tenté d'y apporter notre contribution et notre vision personnelle.

Ce sujet, vaste et épineux, comporte de nombreuses pistes de réflexions comme le prouvent les études citées : puisse notre mince contribution y apporter un regard nouveau.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Aïm P. Écouter, parler : soigner - Guide de communication et de psychothérapie à l'usage des soignants. Paris : Estem ; 2015. 272 p.
2. Amyot J-J, Brun L, Faugeras S, Malo P-Y, Nicoleau P. Prévenir et lutter contre la maltraitance des personnes âgées. Paris : Dunod ; 2015. 468 p.
3. Amzalag A, Cochet R. Les nouveaux codes de la relation chirurgien-dentiste/patient. ID Inf dent. 2011 ; 19 : 36-41.
4. André C, Béry A. Au-delà des dents ... le patient ! La relation praticien-patient : situations concrètes pour mieux la gérer. Paris : Laboratoires Pierre Fabre Oral Care, Ed. scientifiques LC ; 2003. 62 p.
5. Arcelin J. Tu verras maman, tu seras bien. Paris : Xo ; 2019. 520 p.
6. Association dentaire française. Commission des dispositifs médicaux. Guide d'installation des cabinets dentaires : aspects réglementaires et conseils. Paris, France : Association dentaire Française ; 2006. 80 p.
7. Beauchamp T, Childress J. Les Principes de l'éthique biomédicale. Paris : Les Belles Lettres ; 2008. 641 p.
8. Bentham J. Déontologie ou Science de la morale. [La Versanne] : Encre Marine ; 2006. 480 p.
9. Berenholc C, Berenholc S, Jacotot D. Droit en odontologie. EMC - Médecine buccale. 2008 ; 3(1) : 1-12 [Article 28-970-C-10].
10. Berenholc C, Berenholc S, Jacotot D. Droit en odontologie. EMC – Odontologie. 2008 ; 1-12 [Article 23-842-A-02].
11. Boudoussier F, Chollier S, Delmas L, Rubière C. Sensibiliser les étudiants aux impératifs de la confidentialité à l'hôpital. Soins. 2013 ; 1(187) : 51-52
12. Brennan MG. A case-based practical guide to confidentiality. Dental Nursing. 2010; 6(3): 154-157.
13. Brennan MG. Keeping it confidential: a practical guide. Dental Nursing. 2008; 4(1): 27-30.

14. Breton-Rahali C. Le secret professionnel et l'action médico-sociale [Thèse de doctorat]. [Nancy]: Université de Lorraine. Faculté de Droit, Sciences Économiques et Gestion de Nancy ; 2014. 426 p.
15. Burgkam V. La protection des incapables majeurs. Droit, déontologie et soin. 2001 ; 1(2) : 249-255.
16. Camelot F. Introduction au Code de déontologie [Cours]. Nancy : Université de Lorraine. Faculté d'odontologie. 2016.
17. Daubigny J-C. Le secret professionnel : parler ou se taire ?. Soins Pédiatr Puéric. 2014 ; 35(280) : 18-22.
18. Delprat L. Du secret médical au secret d'État... ou la justification d'une violation du secret médical par la protection de la liberté d'expression. Méd droit. 2006 ; 2006(76) :1-10.
19. Deming WE, Kilian CS. The world of W. Edwards Deming. 2nd ed. Knoxville, Tenn: SPC Press; 1992. 385 p.
20. Durand G, Duplantie A, Laroche Y, et al. Chapitre 3 : la Renaissance (XV^e et XVI^e siècles). Dans : Durand G, Duplantie A, Laroche Y, et al. Histoire de l'éthique médicale et infirmière. Montréal : Presses de l'Université de Montréal ; 2000. p.101-136.
21. Eglin M. Secret partagé en protection de l'enfance. Enfances psy. 2008 ; 2(39) : 65-75.
22. Field JC, DeLap E, Manzanares, Cespedes MC. The Graduating European Dentist—Domain II: Safe and Effective Clinical Practice. Eur J Dent Educ. 2017;21(Suppl. 1):14-17.
23. Field JC, Kavadella A, Szep S, Davies JR, DeLap E, Manzanares Cespedes MC. The Graduating European Dentist—Domain III: Patient-Centred Care. Eur J Dent Educ. 2017;21(Suppl. 1):18-24.
24. Field JC, Walmsley AD, Paganelli C, et al. The Graduating European Dentist: Contemporaneous Methods of Teaching, Learning and Assessment in Dental Undergraduate Education. Eur J Dent Educ. 2017;21(Suppl. 1):28-35.

25. Garbin CAS, Garbin AJI, Saliba NA, Lima DCD, Macedo APAD. Analysis of the ethical aspects of professional confidentiality in dental practice. *J Appl Oral Sci.* 2008; 16(1): 75-80.
26. Garçon, E. Code pénal annoté. Paris : Recueil Sirey ; 1952. 961 p.
27. Ghodousi A, Abedzadeh M, Ketabi M, Zarean P, Zarean P. Adherence to confidentiality principles from the viewpoint of Iranian dental students: A multicenter study. *Eur J Dent Educ.* 2017; 22(1): 88-93.
28. Ghodousi A, Abedzaeh M, Ketabi M, Zarean P. Adherence to confidentiality principles from the viewpoint of Iranian dental students : a multicenter study. *Eur J Dent Educ.* 2018 ;22(1) :88-93
29. Grmek MD. L'origine et les vicissitudes du secret médical. Paris : Paris ; 1969. 27 p.
30. Hall. E. La dimension cachée. Paris : Ed du seuil ; 1971. 256 p.
31. Harden R-M, Gleeson F-A. Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE). *Med Educ.* 1979; 13(1): 41-54.
32. Hémerly Y. « Si le secret m'était conté... ». *Inf psychiatr.* 2015 ; 91(4) : 291-292.
33. Hervé C, Wolf M. Actualité du serment d'Hippocrate. *La Revue de Médecine Légale.* 2013 ; 4(1) : 16-19.
34. Hoerni B, Bénézech M. Le secret médical : Confidentialité et discrétion en médecine. Paris : Editions Masson ; 1996. 112 p.
35. Hosseini- Ghavam-Abad L, Asghari F, Bandehagh A, Najafipour S, Bigdeli Sh. Patient privacy: Awareness and attitudes of Iran University of Medical Sciences medical students. *Med J Islam Repub Iran.* 2019 (4 March);33:12
36. J. Snider, K. M. Hood. Confidentiality : keeping secret. *J Prof Nurs.* 2001; 17(5): 213-214.
37. Jacquemin, D. La souffrance éthique du soignant. *Ethica clin.* 2004 ; 1(35) : 9-14.
38. Markus J-P. Déontologie professionnelle du chirurgien-dentiste. *EMC - Médecine buccale.* 2008 ; 3(1) : 1-12 [Article 28-980-C-10].

39. Martin, M. La distance professionnelle. *Int J Appl Philos.* 1997 ; 11(2) : 39-50.
40. McLoughlin J, Zijlstra-Shaw S, Davies JR, Field JC. The Graduating European Dentist—Domain I: Professionalism. *Eur J Dent Educ.* 2017;21(Suppl. 1):11-13.
41. Michel Leost C. Guide d'installation des cabinets dentaires - Mise à jour du Dossier de l'ADF [Thèse de d'exercice]. [Lille] : Université de Lille 2. Faculté d'odontologie de Lille ; 2017. 126 p.
42. Missika P, Rahal B. Droit et chirurgie dentaire : prévention, expertises et litiges. Rueil-Malmaison : Éd. CdP ; 2006. 91 p.
43. Nason K. N, Byrne H, Nason J, O'Connell B. An assessment of professionalism on student's Facebook profile. *Eur J Dent Educ.* 2016;22(1):30-33
44. Nossintchouk R, Bert M. Communiquer en odonto-stomatologie : obligations et stratégies. Rueil-Malmaison : Éd. CdP ; 2003. 144 p.
45. Nossintchouk R, Kouyoumdjian C. Traumatismes orofaciaux et mauvais traitements à enfants. *EMC - Médecine buccale.* 2008 ; 3(1) : 1-9 [Article 28-994-C-10].
46. Nothomb A. Acide sulfurique. Paris : Albin Michel ; 2005. 192 p.
47. Nyemb G. Droits humains, déontologie, droit de la santé. Yaoundé : Presses universitaires d'Afrique ; 2012. 346 p.
48. O'Sullivan H, van Mook W, Fewtrell R, Wass V. Integrating professionalism into the curriculum: AMEE Guide No. 61. *Med Teach.* 2012; 34(2): 64-77.
49. Ouairy P. Nuisances et fatigue sonore en odontologie [Thèse d'exercice]. [Nantes] : Université de Nantes. Faculté d'odontologie de Nantes ; 2018. 116 p.
50. Pasdzierny M. Cours de Droit médical [Cours]. Nancy : Université de Lorraine. Faculté d'odontologie. 2015.
51. Pelaccia T, Tardif J. Comment [mieux] former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé ?. Louvain-la-Neuve : De Boeck supérieur ; 2016. 480 p.

52. Pirnay P. Faut-il enseigner la bioéthique aux étudiants en odontologie dans le cadre de la discipline santé publique ? Une expérience à la faculté de chirurgie dentaire de l'université Paris Descartes. Rev épidémiol santé publique. 2015 ; 63(3) : 203-210.
53. Pirnay P. L'éthique médicale en chirurgie dentaire : principes et applications. Paris : Espace ID ; 2016. 240 p.
54. Portes L. À la recherche d'une éthique médicale. Paris : Masson ; 1954. 212 p.
55. Pruvost J. Citations de la langue française. Paris : Bordas ; 2008. 573 p.
56. Py B. Diplôme Inter-Universitaire de Droit Médical [Cours]. Nancy : Université de Lorraine. Faculté de Droit, Sciences Économiques et Gestion. 2016 - 2017.
57. Py B. Le secret professionnel et le signalement de la maltraitance sexuelle. L'option de conscience : un choix éthique. Arch polit crim. 2012 ; 34(1) : 71-83.
58. Py B. Le secret professionnel. Paris : L'Harmattan ; 2005. 136p.
59. Py B. Le secret professionnel. Paris : L'Harmattan ; 2005. Chapitre 2, Les informations protégées par le secret professionnel ; p.51-58.
60. Py B. Le secret professionnel. Paris : L'Harmattan ; 2005. Chapitre 3, Le délit de violation du secret professionnel ; p.59-66.
61. Py B. Le secret professionnel. Paris : L'Harmattan ; 2005. Chapitre 6, Le devoir de silence ; p.76-102.
62. Py B. Le secret professionnel. Paris : L'Harmattan ; 2005. Chapitre 5, La permission de révéler ; p.103-115.
63. Py B. Le secret professionnel. Paris : L'Harmattan ; 2005. Chapitre 6, L'obligation de révéler ; p.117-125.
64. Riffault A. Droit médical [Cours]. Nancy : Université de Lorraine. Faculté d'odontologie. 2015 - 2018.
65. Roland M. Le secret médical, une controverse. Santé conjug. 1997 ; 1(2) : 9-16.
66. Romano H. Face aux patients radicalisés, rester soignant malgré tout. Soins. 2017 ; 62(819) : 33-37.

67. Sabek M. Les responsabilités du chirurgien-dentiste. Bordeaux : Les Études hospitalières ; 2012. 414 p.
68. Sabek M. Secret professionnel du chirurgien-dentiste. EMC - Médecine buccale. 2017 ; 12(5) : 1-9.
69. Simonet P, Missika P. Recommandations de bonnes pratiques en odontostomatologie : anticiper et gérer la contestation. Paris : Espace ID ; 2015. 416 p.
70. Spallek H, Turner SP, Donate-Bartfield E, Chambers D, McAndrew M, Zarkowski P, et coll. Social Media in the Dental School Environment, Part B: Curricular Considerations. J Dent Educ. 2015; 79(10): 1153-1166.
71. Stiegler B, Galloway AR. Réseaux sociaux : Culture politique et ingénierie des réseaux sociaux. Paris : Fyp Editions ; 2012. 240 p.
72. Tubert-Jeannin S, Jourdan D. Renovating dental education: A public health issue. Eur J Dent Educ. 2018;22:e644–e647.
73. Vassal J-P. Code de déontologie des chirurgiens-dentistes commenté. Paris : Espace ID ; 2010. 168 p.
74. Vassal J-P. Code de déontologie des chirurgiens-dentistes commenté. Paris : 2010. Préambule, Définition et finalité de la déontologie ; p.5-12
75. Vassal J-P. Code de déontologie des chirurgiens-dentistes commenté. Paris : 2010. Introduction, Présentation du Code de déontologie ; p. 13-15
76. Vassal J-P. Code de déontologie des chirurgiens-dentistes commenté. Paris : 2010. Sous-section 1, Devoirs généraux des chirurgiens-dentistes ; p.15-72
77. Villey R. Histoire du secret médical. Paris : Editions Seghers ; 1986. 241 p.
78. Willatt S, Boynton S. Social media - like or unlike?. J Ir Dent Assoc. 2017; 63(4): 188-189.
79. Winckler M. Les brutes en blanc : la maltraitance médicale en France. Paris : Flammarion ; 2017. 368 p.
80. Wolf M, Gaillard M. Consentement : quelle est la question ? Confrontation entre la pratique et la théorie. Presse méd. 1997 ; 26(36) : 1725-1729.
81. Y. Morais. Le secret médical. Dans : Hotois G, Parizeau M-H. Les mots de la bioéthique. Montréal-Bruxelles : ERPI-De Boeck ; 1993. p. 302-308.

82. Zorn C. Données de santé et secret partagé : pour un droit de la personne à la protection de ses données de santé partagées [Thèse de doctorat]. [Nancy] : Université de Nancy II. Faculté de Droit, Sciences Économiques et Gestion de Nancy ; 2009. 457 p.
83. Zorn-Macrez C, Py B. Données de santé et secret partagé : Pour un droit de la personne à la protection de ses données de santé partagées. Nancy : Presses Universitaires de Nancy ; 2010. 501 p.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ÉLECTRONIQUES

84. Abbara A. Serment d'Hippocrate : Textes actuels [Internet]. 2006 [consulté le 18 septembre 2017]. Disponible sur : <http://urlz.fr/5OOH>
85. ADEME (Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie). Guide de l'éco-responsabilité [Internet]. 2010 [consulté le 2 janvier 2018]. Disponible sur : <https://www.ademe.fr/guide-lecoresponsabilite>
86. AFNOR. Norme française NF X 35-102. Conception ergonomique des espaces de travail en bureaux [Internet]. 1998 [consulté le 6 mai 2018]. Disponible sur : http://infosdroits.fr/wp-content/uploads/2012/11/AFNOR-35_102.pdf
87. Association médicale mondiale. Manuel d'éthique médical. 3^e édition [Internet]. 2015 [consulté le 17 septembre 2018]. Disponible sur : https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Ethics_manual_3rd_Nov2015_fr.pdf
88. Bérengier J, Dischino C, Fuchs B, Gravier G, Vaudran A, Lamarche O et coll. Guide de conception en ergonomie de situations d'accueil [Internet]. 2015 [consulté le 27 septembre 2018]. Disponible sur : http://www.presanse.org/arkotheque/client/presanse/_depot_arko/articles/596/guide-de-conception-en-ergonomie-des-postes-d-accueil-pour-les-preventeurs_doc.pdf
89. CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés), Conseil national de l'Ordre des médecins. Guide pratique sur la protection des données personnelles [Internet]. 2018 [consulté le 3 mars 2019]. Disponible sur : <https://www.cnil.fr/sites/default/files/atoms/files/guide-cnol-cnil.pdf>
90. CNIL. RGPD : se préparer en 6 étapes [Internet]. 2018 [consulté le 3 juin 2018]. Disponible sur : <https://www.cnil.fr/fr/principes-cles/rgpd-se-preparer-en-6-etapes>

91. Coëffé T. Chiffres Facebook - 2018 [Internet]. Blog du Modérateur ; 2018 [consulté le 21 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.blogdumoderateur.com/chiffres-facebook/>
92. Commission d'éthique de la SRLF. Minutes de la journée d'Éthique de la SRLF [Internet]. 2016 [consulté le 23 juin 2018]. Disponible sur : <https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2017/01/Minutes-Journ%C3%A9e-Ethique-2016-def.pdf>
93. Conseil national de l'Ordre des médecins. Échanges et partage d'informations au sein de l'équipe de soins prenant en charge une personne. Recommandations du Conseil national de l'Ordre des médecins [Internet]. 2017 [consulté le 19 août 2018]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1dojf2d/cnom_echanges_et_partage_informations.pdf
94. Conseil national de l'Ordre des médecins. Le serment d'Hippocrate [Internet]. 2012 [consulté le 19 décembre 2019]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311>
95. Conseil National de l'Ordre des médecins. Risque terroriste [Internet]. 2017 [consulté le 24 août 2019]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/risque-terroriste>
96. Daadouch C. Loi Santé du 26 janvier 2016 : le secret professionnel soumis à la logique du Dossier Médical Personnel [Internet]. 2016 [consulté le 11 décembre 2018]. Disponible sur : <http://secretpro.fr/blog/christophe-daadouch/secret-et-partage-loi-sante-janvier-2016>
97. Dance GJX, LaForgia M, Confessore N. As Facebook Raised a Privacy Wall, It Carved an Opening for Tech Giants. N Y Times Web [Internet]. 2018 [consulté le 5 mars 2019]. Disponible sur : <https://www.nytimes.com/2018/12/18/technology/facebook-privacy.html>
98. Dictionnaire Littré. Secret - définition, citations, étymologie [Internet]. [consulté le 10 décembre 2017]. Disponible sur : <https://www.littre.org/definition/secret>

99. Empathex : association de loi 1901 [Internet]. 2019. [consulté le 17 août 2019].
Disponible sur : <http://www.net1901.org/association/EMPATHEX,2148193.html>
100. Faculté d'odontologie de Lorraine. Formation initiale : cursus en odontologie [Internet]. 2017 [consulté le 18 septembre 2017]. Disponible sur :
<http://odonto.univ-lorraine.fr/content/formation-initiale>
101. Faculté d'Odontologie de Lorraine. Livret de l'étudiant. TCEO1. 3^ecycle court [Internet]. 2017 [consulté le 2 janvier 2019]. Disponible sur :
https://odonto.univ-lorraine.fr/sites/odonto.univ-lorraine.fr/files/users/documents/odt_form_init_tcco_t1_2017-2018_livret_etudiant.pdf
102. Faculté d'Odontologie de Lorraine. Livret étudiant : Diplôme de Formation Générale en Sciences Odontologiques 2 [Internet]. 2017 [consulté le 2 janvier 2019]. Disponible sur : https://odonto.univ-lorraine.fr/sites/odonto.univ-lorraine.fr/files/users/documents/odt_form_init_dfgso2_p2_2017-2018_livret_etudiant.pdf
103. Faculté d'Odontologie de Lorraine. Livret étudiant : Diplôme de Formation Générale en Sciences Odontologiques 3 [Internet]. 2016 [consulté le 2 janvier 2019]. Disponible sur : http://odonto.univ-lorraine.fr/sites/odonto.univ-lorraine.fr/files/users/documents/odt_form_init_livret_etudiant_dfgso3_d1.pdf
104. Faculté d'Odontologie de Lorraine. Livret étudiant : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Odontologiques 1 [Internet]. 2015 [consulté le 2 janvier 2019]. Disponible sur : http://odonto.univ-lorraine.fr/sites/odonto.univ-lorraine.fr/files/users/documents/odt_form_init_dfaso1_d2_2015-2016_livret_etudiant.pdf
105. Faculté d'Odontologie de Lorraine. Livret étudiant : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Odontologiques 2 [Internet]. 2015 [consulté le 2 janvier 2019]. Disponible sur : http://odonto.univ-lorraine.fr/sites/odonto.univ-lorraine.fr/files/users/documents/odt_form_init_dfaso2_d3_2015-2016_livret_etudiant.pdf

106. Grévin A. Le rapport entre le secret professionnel et le droit de la protection des données personnelles [Internet]. 2001 [consulté le 23 juin 2019]. Disponible sur : <http://www.droit-ntic.com/pdf/secretpro.pdf>
107. HAS (Haute autorité de santé). La personne de confiance [Internet]. 2016 [consulté le 11 juillet 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_personne_confiance_v9.pdf
108. HAS (Haute Autorité de Santé). Revue de mortalité et de morbidité (RMM) [Internet]. 2017 [consulté le 12 août 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/revue_mortalite_et_de_morbidite_rmm_fiche_technique_2013_01_31.pdf
109. HAS (Haute autorité de santé). Staffs d'une équipe médico-soignante, groupes d'analyse de pratiques (GAP) [Internet]. 2017 [consulté le 20 octobre 2018]. Disponible sur :
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/staff_gap_fiche_technique_2013_01_31.pdf
110. HAS (Haute autorité de santé). Une démarche d'amélioration de la qualité : STAFF-EPP des équipes hospitalières [Internet]. 2007 [consulté le 20 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.irbms.com/download/documents/HAS-staff-EPP-equipes-hospitalieres.pdf>
111. Hue B. Du serment d'Hippocrate au serment médical [Internet]. 2006 [consulté le 18 septembre 2017]. Disponible sur : <http://droit-medical.com/perspectives/la-forme/57-serment-hippocrate-serment-medical>
112. Larousse langue française. Définitions : externe [Internet]. [consulté le 7 mai 2018]. Disponible sur :
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/externe/32405?q=externe#32325>
113. Larousse langue française. Définitions : identifier [Internet]. [consulté le 7 mai 2018]. Disponible sur :
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/identifier/41414?q=identifier#41308>

114. Larousse langue française. Définitions : odontologie [Internet]. [consulté le 7 mai 2018]. Disponible sur :
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/odontologie/55612?q=odontologie#55239>
115. Larousse langue française. Définitions : respect [Internet]. [consulté le 8 mai 2018]. Disponible sur :
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/respect/68670?q=respect#67918>
116. Larousse langue française. Définitions : secret, secrète [Internet]. [consulté le 7 mai 2018]. Disponible sur :
https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/secret_secr%C3%A8te/71747
117. Légifrance. Code civil - Article 1384 [Internet]. 2016 [consulté le 16 mai 2018]. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000032042363&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20161001>
118. Légifrance. Code civil - Article 371-2 [Internet]. 2002 [consulté le 16 mai 2018]. Disponible sur : <https://urlz.fr/9HCq>
119. Légifrance. Code de la construction et de l'habitation - Article R1123-1 [Internet]. 2016 [consulté le 27 septembre 2018]. Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=37515F15614571E3E0B611CA59BAA569.tplgfr36s_2?idArticle=LEGIARTI000032718556&cidTexte=LEGITEXT000006074096&dateTexte=20190409
120. Légifrance. Code de la santé publique - Article L1110-4 [Internet]. 2018 [consulté le 31 décembre 2018]. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000036515027&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20180119>
121. Légifrance. Code de la santé publique - Article L1111-4 [Internet]. 2016 [consulté le 3 juin 2017]. Disponible sur : <https://urlz.fr/78l2>
122. Légifrance. Code de la santé publique - Article L1111-5 [Internet]. 2016 [consulté le 3 juin 2017]. Disponible sur : <https://urlz.fr/9HCi>

123. Légifrance. Code de la santé publique - Article L1111-6 [Internet]. 2018 [consulté le 31 décembre 2018]. Disponible sur : <https://urlz.fr/9HCN>
124. Légifrance. Code de la santé publique - Article L1112-1 [Internet]. 2016 [consulté le 27 octobre 2017]. Disponible sur : <https://urlz.fr/9HD2>
125. Légifrance. Code de la santé publique - Article L3113-1 [Internet]. 2010 [consulté le 4 décembre 2018]. Disponible sur : <https://urlz.fr/9HH6>
126. Légifrance. Code de la santé publique - Article L3212-1 [Internet]. 2011 [consulté le 12 décembre 2018]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=BC94E6DD0A4C8E17586CA09DD08B80E1.tplgfr26s_1?idArticle=LEGIARTI000006687918&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110316
127. Légifrance. Code de la santé publique - Article L4121-2 [Internet]. 2017 [consulté le 3 mars 2019]. Disponible sur : <https://urlz.fr/9HHS>
128. Légifrance. Code de la santé publique - Article L4141-1 [Internet]. 2008 [consulté le 17 mars 2018]. Disponible sur : <https://urlz.fr/9HHV>
129. Légifrance. Code de la santé publique - Article L6113-7 [Internet]. 2018 [consulté le 21 janvier 2019]. Disponible sur : <https://urlz.fr/9HI1>
130. Légifrance. Code de la santé publique - Article R1111-26 [Internet]. 2016 [consulté le 17 septembre 2018]. Disponible sur : <https://urlz.fr/9HI8>
131. Légifrance. Code de la santé publique - Article R4127-201 [Internet]. 2005 [consulté le 3 mars 2018]. Disponible sur : <https://urlz.fr/9HIi>
132. Légifrance. Code de la santé publique - Article R4127-205 [Internet]. 2004 [consulté le 3 mai 2018]. Disponible sur : <https://urlz.fr/9HIr>
133. Légifrance. Code de la santé publique - Article R4127-206 [Internet]. 2004 [consulté le 16 mai 2018]. Disponible sur : <https://urlz.fr/9HIA>
134. Légifrance. Code de la santé publique - Article R4127-207 [Internet]. 2004 [consulté le 3 septembre 2018]. Disponible sur : <https://urlz.fr/9HIF>
135. Légifrance. Code de la santé publique - Article R4127-208 [Internet]. 2004 [consulté le 19 Juin 2018]. Disponible sur : <https://urlz.fr/9HIK>

136. Légifrance. Code de la sécurité sociale - Article L161-29 [Internet]. 2016 [consulté le 23 février 2018]. Disponible sur : <https://urlz.fr/9HIW>
137. Légifrance. Code de la sécurité sociale - Article L441-6 [Internet]. 1985 [consulté le 10 mars 2018]. Disponible sur : <https://urlz.fr/9HJ7>
138. Légifrance. Code de la sécurité sociale - Article L461-5 [Internet]. 2018 [consulté le 12 avril 2018]. Disponible sur : <https://urlz.fr/9HJb>
139. Légifrance. Code de procédure pénale - Article 109 [Internet]. 2001 [consulté le 17 mai 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006575522&cidTexte=LEGITEXT000006071154&dateTexte=20010101>
140. Légifrance. Code de procédure pénale - Article 60-1 [Internet]. 2019 [consulté le 17 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000038311795&cidTexte=LEGITEXT000006071154&dateTexte=20190325>
141. Légifrance. Code pénal - Article 122-7 [Internet]. 1994 [consulté le 18 mai 2018]. Disponible sur : <https://urlz.fr/9HJn>
142. Légifrance. Code pénal - Article 223-6 [Internet]. 2018 [consulté le 26 janvier 2018]. Disponible sur : <https://urlz.fr/9HJw>
143. Légifrance. Code pénal - Article 226-13 [Internet]. 2002 [consulté le 18 septembre 2017]. Disponible sur : <http://urlz.fr/5ONg>
144. Légifrance. Code pénal - Article 226-14 [Internet]. 2015 [consulté le 18 septembre 2017]. Disponible sur : <http://urlz.fr/5ONk>
145. Légifrance. Code pénal - Article 434-1 [Internet]. 2016 [consulté le 12 juin 2018]. Disponible sur : <https://urlz.fr/9HJO>
146. Légifrance. Code pénal - Article 434-2 [Internet]. 2016 [consulté le 12 juin 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000032654107>

147. Légifrance. Code pénal - Article 434-3 [Internet]. 2018 [consulté le 12 juin 2018]. Disponible sur : <https://urlz.fr/9HJU>
148. Légifrance. Code pénal (ancien) - Article 378 [Internet]. 1994 [consulté le 3 mai 2018]. Disponible sur : <https://urlz.fr/9HK4>
149. Légifrance. Décret n° 2016-996 du 20 juillet 2016 relatif à la liste des structures de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale dans lesquelles peuvent exercer les membres d'une équipe de soins [Internet]. 2016 [consulté le 18 septembre 2017]. Disponible sur : <http://urlz.fr/5ONo>
150. Légifrance. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. 2002 [consulté le 5 février 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>
151. Légifrance. Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors [Internet]. 2019 [consulté le 1^{er} juillet 2019]. Disponible sur : <https://urlz.fr/3gYC>
152. Leloup D. Scandale Cambridge Analytica : les députés britanniques étrillent Facebook. Monde [Internet]. 2019 [consulté le 5 mars 2019]. Disponible sur : https://www.lemonde.fr/pixels/article/2019/02/18/les-deputes-britanniques-etrillent-facebook-pour-son-role-dans-les-campagnes-de-desinformation_5424886_4408996.html
153. Levrard V. Le secret médical et la révélation d'une information à caractère secret [Internet]. 2010 [consulté le 14 juin 2019]. Disponible sur : https://blogavocat.fr/space/veronique.levrard/content/le-secret-medical-et-la-revelation-d-une-information-a-caractere-secret_cc345a83-5a71-4359-916a-60c0b8898116
154. MACSF. L'ouverture du secret partagé à d'autres professionnels [Internet]. 2019 [consulté le 24 août 2019]. Disponible sur : <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Humanisme-deontologie/secret-partage>

155. Maignan C. Les fondements de la responsabilité médicale [Internet]. 2006 [consulté le 3 février 2019]. Disponible sur : <http://droit-medical.com/perspectives/le-fond/68-fondements-responsabilite-medicale>
156. ONCD (Ordre National des Chirurgiens-Dentistes). Actualités : chirurgiens-dentistes, préparez-vous au RGPD [Internet]. 2018 [consulté le 26 mai 2018]. Disponible sur : http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=761&cHash=b66f9cf413ca4c78e4e5a6ff9ef8eb60
157. ONCD. Cartographie publique [Internet]. 2019 [consulté le 24 août 2019]. Disponible sur : <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartographie/>
158. ONCD. Code de déontologie [Internet]. 2009 [consulté le 18 septembre 2017]. Disponible sur : <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/code-de-deontologie/consulter-le-code-de-deontologie.html>
159. ONCD. Quel accès au dossier médical ? [Internet]. 2019 [consulté le 20 août 2019]. Disponible sur : http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=806&cHash=2ddd706c146f3ba80f8204de1bdf02bd
160. SFGG (Société Française de Gériatrie et Gérontologie). La maltraitance contre les personnes âgées n'est pas celle que l'on croit [Internet]. 2018 [consulté le 12 août 2019]. Disponible sur : <https://sfgg.org/actualites/la-maltraitance-contre-les-personnes-agees-nest-pas-celle-que-lon-croit/>
161. Thonet L. Le respect du secret professionnel à l'hôpital : état des lieux en région liégeoise [Internet]. 2013 [consulté le 9 août 2019]. Disponible sur : <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-lydie-thonet.pdf>

162. UNECD (Union Nationale des Étudiants en Chirurgie Dentaire). Le mal-être des étudiants en odontologie : parlons-en et agissons !. 2018 [consulté le 12 août 2019]. Disponible sur :
<http://unecd.com/wp-content/uploads/2018/10/Dossier-presse-bien-etre-UNECD-VF.pdf>
163. Université de Lorraine. Annuaire Web [Internet]. [consulté le 7 mai 2019]. Disponible sur : <https://annuaire-web.univ-lorraine.fr/>

ANNEXES

Annexe 1 : Serment d'Hippocrate d'après le Conseil national de l'Ordre des médecins (2012)

« Au moment d'être admis(e) 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(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

Annexe 2: Rapport Belmont publié par la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* (1979)

Extrait :

« L'expression des principes éthiques fondamentaux fait référence à ces jugements d'ordre général qui servent de justification élémentaire à de nombreuses prescriptions particulières de la morale et aux évaluations des actions de l'homme. Parmi ceux qui sont acceptés d'une manière générale dans notre tradition culturelle, trois principes fondamentaux s'appliquent tout particulièrement à l'éthique de la recherche faisant appel à la participation de sujets humains : les principes du respect de la personne, la bienfaisance et la justice.

Le respect de la personne regroupe au moins deux convictions éthiques : premièrement, les personnes doivent être traitées comme des agents autonomes, deuxièmement, les personnes avec une autonomie diminuée ont droit à une protection. Le principe du respect de la personne se divise donc en deux exigences morales distinctes : l'exigence de reconnaître l'autonomie et l'exigence de protéger ceux qui ont une autonomie diminuée. [...] Respecter l'autonomie, c'est donner du poids aux opinions et aux choix réfléchis d'une personne autonome, tout en s'abstenant de faire obstacle à ses actions, sauf si elles sont clairement au détriment d'autrui. Faire preuve d'un manque de respect envers un agent autonome, c'est refuser les jugements réfléchis de cette personne, nier sa liberté d'agir conformément à ces jugements réfléchis, ou ne pas donner les informations nécessaires à un jugement réfléchi en l'absence de raisons manifestes pour ce faire. Toutefois, les êtres humains ne sont pas tous capables d'autodétermination. L'aptitude à l'autodétermination augmente au cours de la vie d'une personne, mais certaines perdent cette capacité partiellement ou totalement en raison de maladies, de problèmes mentaux ou de circonstances qui restreignent sérieusement leur liberté. Le respect des personnes manquant de maturité ou incapables exige leur protection au cours de leur maturité ou lorsque leurs capacités sont amoindries. Certaines ont besoin d'une protection importante, au point parfois de les exclure d'activités qui pourraient leur nuire ; d'autres ont besoin de peu de protection, hormis

la certitude qu'elles entreprennent des activités librement et en toute connaissance des conséquences néfastes possibles. L'étendue de la protection doit dépendre du risque de dommage et de la possibilité d'un avantage. Le jugement considérant qu'une personne manque d'autonomie devra donc être réévalué périodiquement et variera selon les situations. [...]. Les personnes sont traitées avec éthique si leurs décisions sont respectées et si elles sont protégées contre les dommages éventuels, et si des efforts sont faits pour assurer leur bien-être. Ce type de traitement entre dans le cadre du principe de la bienfaisance. Le terme « bienfaisance » est souvent compris comme couvrant des actes de gentillesse ou de charité allant au-delà de ce qui est strictement obligatoire. La bienfaisance a un sens plus fort dans ce contexte, c'est véritablement une obligation. Deux règles générales ont été formulées en tant qu'expressions complémentaires des actes bienfaisants dans ce sens : (1) ne faites pas de tort ; et (2) maximisez les avantages et minimisez les dommages possibles. La maxime d'Hippocrate « Ne faites pas de tort » est depuis longtemps un principe fondamental de l'éthique médicale. Claude Bernard l'a étendue au domaine de la recherche, spécifiant que l'on ne doit pas blesser une personne, quels que soient les avantages que cela pourrait apporter à autrui. Cependant, même éviter le dommage exige que l'on sache ce qui est malfaisant, et lors du processus nécessaire à l'obtention de cette information, des personnes peuvent se trouver exposées à un risque malfaisant. [...] Qui doit recueillir les avantages de la recherche et qui doit en porter le fardeau ? C'est une question de justice, au sens de la « distribution équitable » ou encore de « qui le mérite ». Il y a injustice lorsqu'une personne se voit refuser certains avantages auxquels elle a droit sans une bonne raison, ou lorsque qu'un fardeau est imposé excessivement. Traiter les gens égaux de manière égale est une autre façon de concevoir le principe de la justice. Toutefois cette formulation exige une explication. Qui est un égal et qui ne l'est pas ? Quelles sont les considérations justifiant que l'on fasse entorse à la distribution équitable ? La grande majorité des commentateurs considère que les distinctions fondées sur l'expérience, l'âge, la privation, la compétence, le mérite et la position constituent parfois des critères justifiant un traitement différentiel en vue de certains objectifs. Il est donc nécessaire d'expliquer dans quelles mesures les gens doivent être traités de façon équitable. Il existe plusieurs formulations largement admises concernant les moyens équitables de répartir les fardeaux et les avantages. [...] »

Annexe 3 : Textes législatifs

➤ Article 434-1 du Code pénal

Le fait, pour quiconque ayant connaissance d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Sont exceptés des dispositions qui précèdent, sauf en ce qui concerne les crimes commis sur les mineurs :

1° Les parents en ligne directe et leurs conjoints, ainsi que les frères et sœurs et leurs conjoints, de l'auteur ou du complice du crime ;

2° Le conjoint de l'auteur ou du complice du crime, ou la personne qui vit notoirement en situation maritale avec lui.

Sont également exceptées des dispositions du premier alinéa les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13.

➤ Article 434-3 du Code pénal

Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Sauf lorsque la loi en dispose autrement, **sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13.**

➤ Article L-1110-12 du CSP

Pour l'application du présent titre, l'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes, et qui :

1° Soit exercent dans le même établissement de santé, au sein du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret ;

2° Soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ;

3° Soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé.

Annexe 4 : Liste des maladies à déclaration obligatoire selon le Conseil national de l'Ordre des médecins (2019)

Quelles sont les maladies à déclaration obligatoire ?

Infectieuses ou pas, ces maladies à déclaration obligatoire (MDO) doivent obligatoirement être déclarées aux autorités sanitaires de votre lieu d'exercice si vous les diagnostiquez chez l'un de vos patients :

- botulisme,
- brucellose,
- charbon,
- chikungunya,
- choléra,
- dengue,
- diphtérie,
- fièvres hémorragiques africaines,
- fièvre jaune,
- fièvres typhoïdes et paratyphoïdes,
- hépatite A aiguë,
- infection invasive à méningocoque,
- infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B,
- infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), quel que soit le stade,
- légionellose,
- listériose,
- mésothéliome (cancer lié le plus souvent à l'exposition à l'amiante).
- orthopoxvirus, dont la variole,
- paludisme autochtone,
- paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer,
- peste,
- poliomyélite,
- rage,
- rougeole,
- rubéole,
- saturnisme chez l'enfant mineur (plombémie),
- schistosomiase (bilharziose) urogénitale autochtone,
- suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines,
- tétanos,
- toxi-infection alimentaire collective,
- tuberculose,
- tularémie,
- typhus exanthématique,
- zika




Auprès de qui déclarer ?

La déclaration doit être faite au médecin de l'Agence régionale de santé (ARS) de votre lieu d'exercice et à l'Institut de veille sanitaire (InVS). Le but est de mettre en place l'ensemble des actions locales, nationales ou internationales, pour empêcher l'épidémie, mais aussi de déclencher des investigations pour identifier l'origine de la contamination.

Concernant le VIH, la déclaration se fait en ligne [sur ce portail](#).

Annexe 5 : Fiches de laboratoire : divers exemples

- Service d'odontologie Heydenreich, Brabois adultes ou odontologie pédiatrique (format électronique) :

Service Odontologie Heydenreich 2 Rue du Docteur Heydenreich 54000 Nancy Tél : 03.83.85.29.60 Fax :		Edité le 11/02/2019 - Devis N° 24352 RIEFOLO 14 LA MALMAISON - 54150 Mance Tél : 03.82.20.02.17 Fax :	
Dossier : 1230225694 Type de visage :	Age : 56 ans Patient : Jiz S	Sexe : M Praticien : CLAIRE JURAS Médicant : THOMAS	
Prothèse(s) Prothese fixee(s) - Etape : Réaliser inlay-core : méthode indirecte			
Prothèse n° 8760	LABO - Pose d'une couronne dentaire transitoire - Détails de la prothèse - 1 dent(s) Dent(s) : 25		
Prothèse n° 8761	IC - Pose d'une infrastructure coronaradiculaire sur une dent (à l'exclusion de HBMD042) - Détails de la prothèse - 1 dent(s) Dent(s) : 25		
Merci de réaliser l'inlay-core en méthode indirecte ainsi que la couronne provisoire, teinte A3.			
Merci de réaliser l'inlay-core en méthode indirecte ainsi que la couronne provisoire, teinte A3. <p style="text-align: center;">Pour le 18/02/2019</p>			

Service Odontologie Heydenreich
2 Rue du Docteur Heydenreich
54000 Nancy
Tél : 03.83.85.29.60 Fax :

Edité le 11/02/2019 - Devis N° 22087
RIEFOLO
14 LA MALMAISON - 54150 Mance
Tél : 03.82.20.02.17 Fax :

Dossier : 1230330305 **Age :** 70 ans **Sexe :** F
Type de visage : **Praticien :** MAXIME MAILLET
JURAS C.

Prothèse(s) Prothese amovible d usage(s) - Etape : Polymériser les prothèses (prévu le 18/02/2019 à 09:00)

Prothèse n° 8478 Pose d'une prothèse amovible d usage complète unimaxillaire à plaque base résine - Détails de la prothèse - 1 dent(s)
Dent(s) : 02
Etapes précédentes : Réaliser montage des dents, Réaliser cires d'occlusion



Prothèse n° 8479 Pose d'une prothèse amovible d usage complète unimaxillaire à plaque base résine - Détails de la prothèse - 1 dent(s)
Dent(s) : 01
Etapes précédentes : Réaliser montage des dents, Réaliser montage des dents, Réaliser montage des dents, Réaliser montage des dents, Réaliser cires d'occlusion



Merci de réaliser la polymérisation des prothèses maxillaires et mandibulaires : couleur 6B (vivident spe) pour le 18/02 9h merci
FUSELLIER I 31.46.38.96
Patiente : AR

➤ Anciennes fiches de laboratoires au format papier :

Site de : Heydenreich Brabois Jeanne d'Arc

PATIENT TEINTE

OPÉRATEUR

TRAVAUX PRÉVUS

SUP.

INF.

Remis le	A réaliser	Pour le	Signature
.....	PEI supér. infér. Résine ou True base	.....	.....
.....	CIRES	.....	.....
.....	MONTAGE (1er ess.) <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 100px;">TEINTE</div>	.....	.....
.....	MONTAGE (2ème ess.)	.....	.....
.....	LIVRAISON	.....	.....
.....	RÉPARATION	.....	.....
.....	Stellite PL. métal sup. inf.	.....	.....

OBSERVATIONS

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

IMP. CHU de NANCY - 09/2010 - Réf. 3374/0093

➤ Service d'odontologie de l'ICL (format papier) :



LABORATOIRE AD Créativ'
 19, rue Maurice Barrès • F-54220 MALZEVILLE
 Code APE : 331 B • N° SIRET : 483.397.782.00010
 ☎ : 03.83.36.33.25 • 📠 : 06.73.68.87.01 • 📧 : 03.83.36.33.28

B O N D E D U D M S M

Docteur : ICL	N° du bon :
ID Patient : CoC.	2002 01806

Prise d'empreinte : _____ à _____ h _____ 1^{er} essai pour le : _____ à _____ h _____

PEI pour le : _____ à _____ h _____ 2^{ème} essai pour le : _____ à _____ h _____

Cire pour le : _____ à _____ h _____ 3^{ème} essai pour le : _____ à _____ h _____

Armature pour le : _____ à _____ h _____ Finition pour le : _____ à _____ h _____

Merci de me rappeler le : _____ à _____ h _____

Prise de couleur au laboratoire le : _____ à _____ h _____

Photographie numérique sur : *char-lesabs@hotmail.com*

Demande de renouvellement de bon de commande

DESCRIPTION DU PATIENT :

Âge : 63 ans

Couleur de base : _____

Sexe : Masculin Féminin

Visage :

Montage animé

Collet plus coloré : _____

Sillons colorés

Fêlures d'émail blanches

Fêlures d'émail brunes

NATURE DU TRAVAIL :

Châssis métallique

Prothèse résine

Réparation

Céramique Zircon

Céramique Créativ'

Céramique éco

Couronne coulée

Faux-moignon

Provisoire

Travaux implantaires

Fraisage

Attachements

Eléments solidarisés

NATURE DU TRAVAIL : *★ Pour le 14/01/15 à 19h*
- Montage des dents sur cire
Couleur: A3/S

Signature :

FOURNITURE :

Alliage non précieux NiCr

Alliage non précieux CrCo

Alliage précieux

Dents résines conventionnelles

Dents résines éco

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE :

CQ modèle	CQ montage	CQ métallurgie	CQ fini	CQ moule inversé
-----------	------------	----------------	---------	------------------

N° Patient: 201902516 M4U

AXODENT
Laboratoire de
Prothèse Dentaire

BON DE COMMANDE DU DISPOSITIF
MEDICAL SUR MESURE

FICHE PATIENT :

Âge: 45 Teinte privilégiée :

Sexe: Masculin Teinte collet :

Féminin

Allergies connues: Sillons colorés :

Photographies numériques envoyées sur Axodent@gmail.com

Visage: Autre :

Montage animé

Spécificités du DMSM :

NiCr Résine sans monomère anallergique

CrCo Crochet Acetal

Or jaune - blanc

Descriptif travail :

- Châssis métallique
- Prothèse résine
- Réparation
- Travaux implantaires
- Céramique zircon
- Inlay-Onlay céram


Date de livraison souhaitée: 29/01/19

Polymérisation du montage
sur cir.

Peu le 29/01 à 18h

- Tout céramique Céramo-métal
- Stratifiée
- Mono

Merci

Signature du praticien: 

Date de commande :

➤ Exemple de bon de livraison du laboratoire prothétique de l'ICL :

Déclaration de conformité CE de Dispositif Médical Sur Mesure (Livre II - 5ème partie du CSP)

Le laboratoire :
 AXODENT SARL
 MULLER
 88 RUE DU CROSNE PROLONGEE
 54320 MAXEVILLE
 N° SIRET 535 250 435 00018


Assure et déclare sous sa seule responsabilité, que
 le dispositif médical sur mesure destiné à l'usage exclusif du patient: **MOU199201934** Bon n° 15982

fabriqué conformément à la prescription médicale numéro : **20190002** établie par


ICL Cabinet Dentaire

(indications reprises dans la carte d'identification de la prothèse dentaire)

est conforme aux exigences essentielles énoncées à l'annexe I et VIII du décret n°95-292 du 16 mars 1995 inséré au Journal Officiel, exigences relatives à la Directive Européenne n° 93/42 CEE du conseil du 14 juin 1993, modifiée par la Directive 2007/47/CE du 5 septembre 2007, concernant les dispositifs Médicaux sur mesure et applicables à la fabrication des prothèses dentaires. Les produits utilisés répondent aux obligations du livre V bis ancien du Code de la Santé Publique et aux normes indiquées (article 4 du décret n°2004-802 du 29 juillet 2004, articles R.5211-21 à R.5211-24 et arrêté du 15 mars 2010).

**Incompatibilité possible avec des métaux ou alliages déjà présents en bouche.
 Risque d'allergies éventuelles et non déclarées à un des produits utilisés pour la fabrication du DMSM.** 

Fabriqué à MAXEVILLE. Contrôlé à MAXEVILLE Le 04/01/2019
 Par


Prothèse fabriquée en France

**AXODENT SARL
 MULLER
 88 RUE DU CROSNE PROLONGEE
 54320 MAXEVILLE**

Mob. : 06.72.57.29.17

Bon de livraison

**ICL Cabinet Dentaire
 Avenue de Bourgogne
 54511 VANDOEUVRE LES NANCY**

Numéro	Date		Page
15982	04/01/2019		1

Désignation	Quantité				
Cire d'occlusion Fin des articles du patient MOU199201934	1.00				F

Annexe 6 : Gestion du matériel : « fiche matériel »

Gestion du matériel — Pathologie et chirurgie orale			
Date :			
Vacation :			
		Signatures : départ du matériel	Signatures : retour du matériel
Noms du binôme responsable du matériel :			
Noms du binôme empruntant le matériel :			
Intervention prévue :			Signature enseignant :
	<input type="checkbox"/> Dossier vu <input type="checkbox"/> Plan de traitement vu <input type="checkbox"/> RX vue		

Q ^{té} empruntée	Matériel	Q ^{té} rendue
Instruments rotatifs		
	Contre-angle rouge	
	Pièce à main chirurgicale	
	Pièce à main prothétique	
Fraises		
	Fraise Zekrya chir.	
	Kit fraises chir.	
	Kit fraises et polissoir de prothèse	
Instruments chirurgicaux		
	Boite chir. complète	
	Boite de dépose de sutures	
Daviers		
	Davier incisive maxillaire	
	Davier incisive mandibulaire	
	Davier PM maxillaire	
	Davier PM mandibulaire	
	Davier molaire maxillaire droite	
	Davier molaire maxillaire gauche	
	Davier molaire mandibulaire	
	Davier DDS maxillaire	
	Davier DDS mandibulaire	
	Davier racine maxillaire	
	Davier racine mandibulaire	
	Davier à mors lisses mandibulaire	
Pincés & ciseaux		
	Pince gouge	
	Porte aiguille	
	Précelles	
	Pince à dissection	
	Ciseaux	
Décolleurs & curettes		
	Décolleur	
	Curette de Lucas ou d'Hemingway	
Portes lames et instruments parodontaux		
	Porte lame	
	Sonde parodontale	
	Instrument à gingivectomie	

Q ^{té} empruntée	Matériel	Q ^{té} rendu
Syndesmotomes, élévateurs & périotomes		
	Syndesmotome faucille de Chompret	
	Syndesmotome droit de Chompret	
	Syndesmotome de Bernard	
	Élévateur droit de Bein	
	Élévateur lame de Kopp	
	Élévateur de Bernard	
	Luxateur	
	Périotome droit	
	Périotome courbé	
Écarteurs		
	Écarteur	
Divers		
	Seringue	
	Embout d'aspiration chir.	
Autres instruments		
	Spatule à ciment	
	Spatule à bouche	
	Insert ultrasonore	
	Détartreur	

Listez le matériel rendu endommagé ou non rendu :

Annexe 8 : Carton de rendez-vous

Service d'ODONTOLOGIE
2 rue du Dr Heydenreich
54000 NANCY

ACCUEIL
Renseignements administratifs
☎ 03.83.85.12.40

UNITES DE SOINS

Secteur Accueil Santé
☎ 03.83.85.97.50


Odontologie Chirurgicale et Conservatrice
☎ 03.83.85.29.55

Odontologie Prothétique
☎ 03.83.85.29.53

Orthopédie Dento-Faciale
☎ 03.83.85.29.54

Parodontologie
☎ 03.83.85.29.52

Occlusodontie
☎ 03.83.85.14.74



SERVICE D'ODONTOLOGIE

Etiquette :

Carte de rendez-vous strictement personnelle, à présenter à chaque consultation

RENDEZ-VOUS			
Date	Heure	Praticien	Service

Annexe 9 : Exemple de planning imprimé quotidiennement au format papier : service d'odontologie de l'ICL

21/01/2019 17:05

Liste des rendez-vous

Patient		Rendez-vous		Odontologistes
Age	Examen	Horaires	Salle	
75 ans	Dent / CONSULTATION D'ODONTOLOGIE contrôle ulcération	22/01/2019 09:00 30 mn	Fauteuil 2 DENT	JAVONENA Anne Sophie
73 ans	Dent / CONSULTATION D'ODONTOLOGIE ctrl cica + empreintes GF Faire compléme nt REGLEMENT Adjonctions	22/01/2019 09:00 30 mn	Fauteuil 1 DENT	GERBER Caroline
68 ans	OBT / OBTURATEUR	22/01/2019 09:30 60 mn	Fauteuil 1 DENT	GERBER Caroline
60 ans	Empreinte pour envoi au labo - avec Claire sera vu après sa cs au SISSPO (RDV 08H45)	22/01/2019 09:30 60 mn	Fauteuil 2 DENT	JAVONENA Anne Sophie
63 ans	EXTCOMP / EXTRACTIONS COMPLEXES (KYTE, SEPARATION RACINE, ...)	22/01/2019 10:00 30 mn	Fauteuil 1 DENT	GERBER Caroline
78 ans	BILAN DENT / CONSULTATION BILAN DENTAIRE douleur dentaire - la dent rattachée au niv de la joue	22/01/2019 10:30 40 mn	Fauteuil 1 DENT	GERBER Caroline
64 ans	EXTCOMP / EXTRACTIONS COMPLEXES (KYTE, SEPARATION RACINE, ...) Prévoir cale bouche	22/01/2019 10:30 30 mn	Fauteuil 2 DENT	JAVONENA Anne Sophie
65 ans	ESSAI/PA / ESSAYAGE (ÉDENTÉ) 2ième essayage merci	22/01/2019 11:00 30 mn	Fauteuil 2 DENT	JAVONENA Anne Sophie
68 ans	SOINS / SOINS DE CARIES attendu en rth à 12 H 40	22/01/2019 11:10 45 mn	Fauteuil 1 DENT	GERBER Caroline
69 ans	OBT / OBTURATEUR	22/01/2019 11:30 20 mn	Fauteuil 2 DENT	JAVONENA Anne Sophie
61 ans	Dent / CONSULTATION D'ODONTOLOGIE VIENDRA après la radiothérapie acompte versé	22/01/2019 13:30 30 mn	Fauteuil 2 DENT	EGLOFF JURAS CLAIRE
46 ans	POSE/PA / PROTHESE MOBILE - MISE EN BOUCHE	22/01/2019 13:30 45 mn	Fauteuil 1 DENT	GERBER Caroline
79 ans	OBT / OBTURATEUR empreinte alginat avec PEI personnalisé	22/01/2019 14:00 30 mn	Fauteuil 2 DENT	EGLOFF JURAS CLAIRE
59 ans	Dent / CONSULTATION D'ODONTOLOGIE	22/01/2019 14:30 30 mn	Fauteuil 2 DENT	

18 rendez-vous

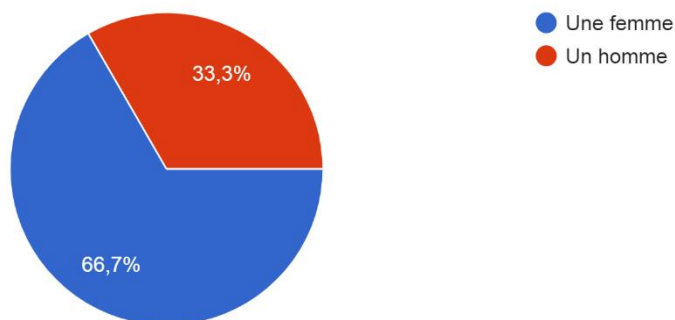
Annexe 10 : Questionnaire distribué aux étudiants (n=423 étudiants) et synthèse des réponses (162 réponses recueillies)

Les propositions dites exactes sont surlignées **en gras**.

Question 1 :

Vous êtes :

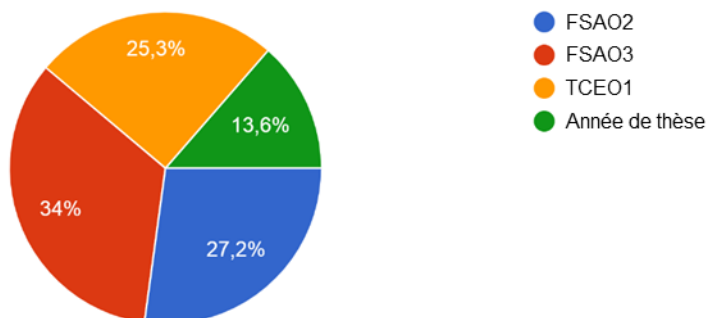
- Un homme (33,3%)
- Une femme (66,7%)



Question 2 :

Votre année de promotion ?

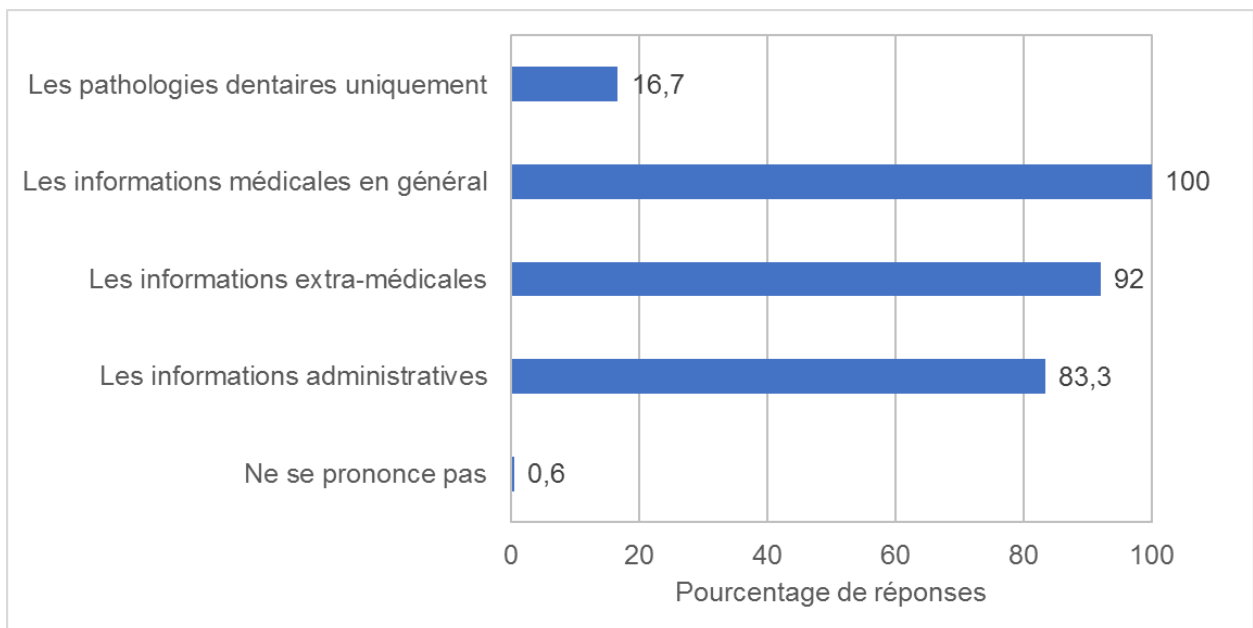
- FASO2 (27,2%)
- FASO3 (34%)
- TCEO1 (25,3%)
- Année de thèse (13,6%)



Question 3 :

Selon vous, le secret professionnel concerne : (cochez la ou les propositions exactes)

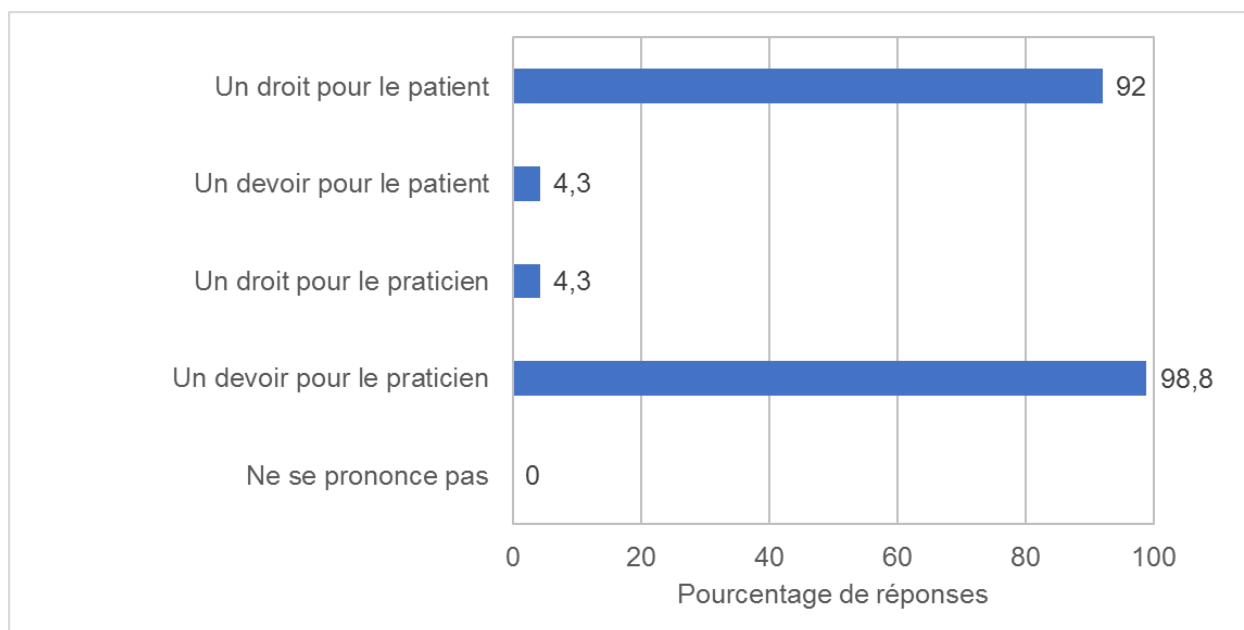
- Les pathologies dentaires uniquement (16,7%)
- **Les informations médicales en général (100%)**
- **Les informations extra-médicales (92%)**
- **Les informations administratives (83,3%)**
- Ne se prononce pas (0,6%)



Question 4 :

Selon vous, le secret professionnel est : (cochez la ou les propositions exactes)

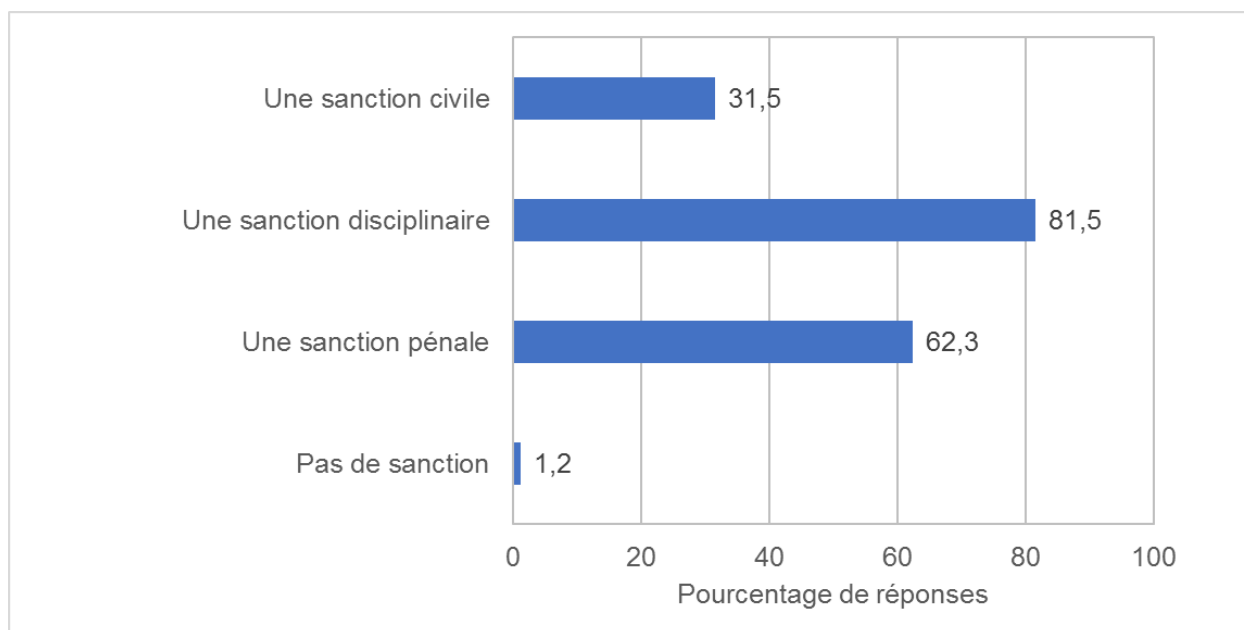
- **Un droit pour le patient** (92%)
- Un devoir pour le patient (4,3%)
- Un droit pour le praticien (4,3%)
- **Un devoir pour le praticien** (98,8%)
- Ne se prononce pas (0%)



Question 5 :

Selon vous, le délit de violation du secret professionnel peut être sanctionné par :
(cochez la ou les réponses exactes)

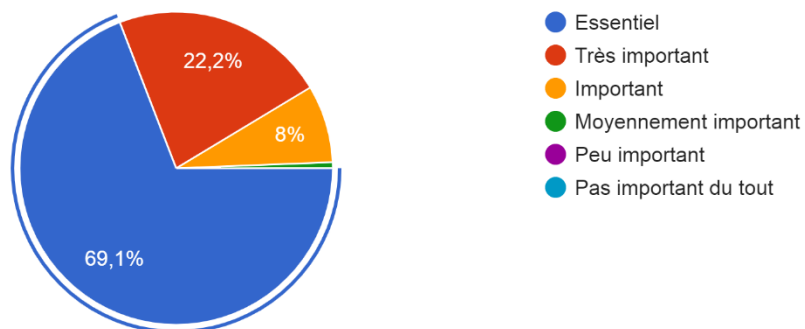
- **Une sanction civile** (31,5%)
- **Une sanction disciplinaire** (81,5%)
- **Une sanction pénale** (62,3%)
- Pas de sanction (1,2)



Question 6 :

Selon vous, pour garantir une relation de soins de qualité, le secret professionnel est :

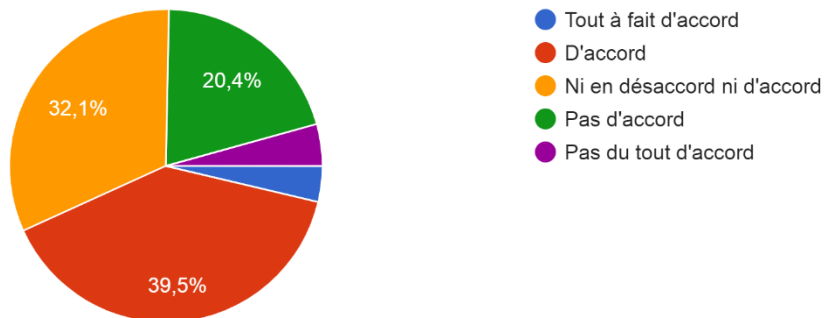
- Essentiel (69,1%)
- Très important (22,2%)
- Important (8%)
- Moyennement important (0,6%)
- Peu important (0%)
- Pas important du tout (0%)



Question 7 :

Vous estimez que vous êtes suffisamment vigilant en matière de secret et confidentialité lors de vos transmissions orales avec les encadrants/autres étudiants pendant vos vacances : (une seule réponse possible)

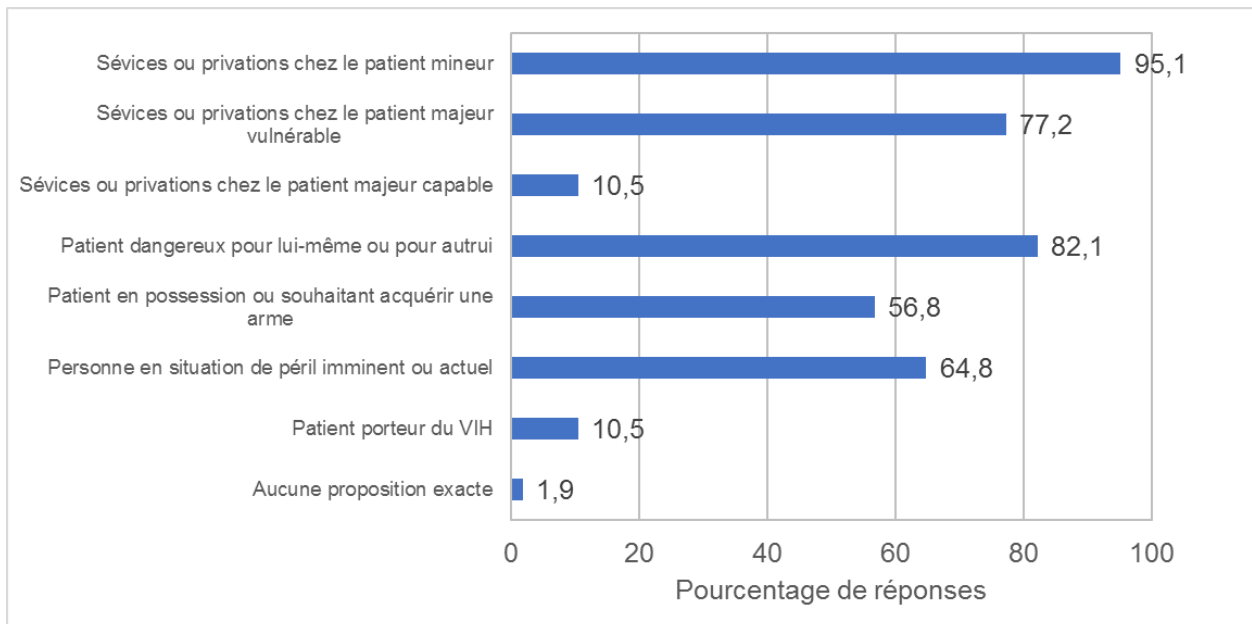
- Tout à fait d'accord (3,7%)
- D'accord (39,5%)
- Ni en désaccord ni d'accord (32,1%)
- Pas d'accord (20,4%)
- Pas du tout d'accord (4,3%)



Question 8 :

Cochez la ou les dérogation(s) obligatoire(s) au secret professionnel qui vous semblent justes :

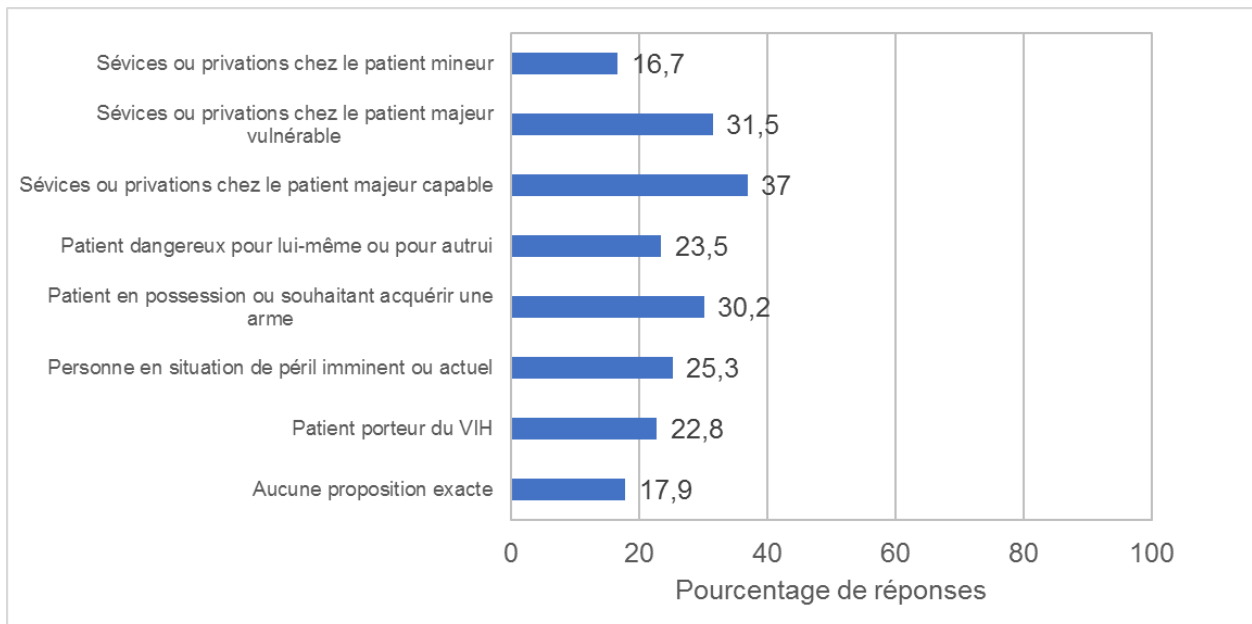
- Sévices ou privations chez le patient mineur (95,1%)
- Sévices ou privations chez le patient majeur vulnérable (77,2%)
- Sévices ou privations chez le patient majeur capable (10,5%)
- Patient dangereux pour lui-même ou pour autrui (82,1%)
- Patient en possession ou souhaitant acquérir une arme (56,8%)
- **Personne en situation de péril imminent ou actuel** (64,8%)
- Patient porteur du VIH (10,5%)
- Aucune proposition exacte (1,9%)



Question 9 :

Cochez la ou les dérogation(s) facultative(s) au secret professionnel qui vous semblent justes :

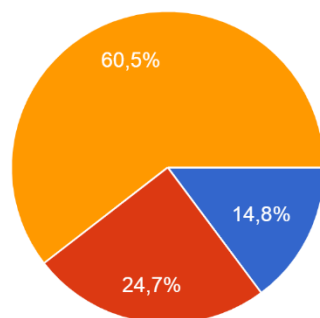
- **Séances ou privations chez le patient mineur (16,7%)**
- **Séances ou privations chez le patient majeur vulnérable (31,5%)**
- **Séances ou privations chez le patient majeur capable (37%)**
- **Patient dangereux pour lui-même ou pour autrui (23,5%)**
- **Patient en possession ou souhaitant acquérir une arme (30,2%)**
- Personne en situation de péril imminent ou actuel (25,3%)
- Patient porteur du VIH (22,8%)
- Aucune proposition exacte (17,9%)



Question 10 :

Cas clinique : Vous téléphonez à un patient pour lui fixer un RDV car vous venez de recevoir sa PAC (prothèse amovible complète) maxillaire réparée par le laboratoire de prothèse et souhaitez la lui restituer, mais c'est sa femme qui décroche, quelle est votre attitude ?

- Vous expliquez la situation et fixez le rdv directement avec sa femme (14,8%)
- Vous expliquez la situation à sa femme et demandez à ce que le patient vous recontacte (24,7%)
- **Vous demandez à ce que le patient vous recontacte sans plus d'explications (60,5%)**
- Sans avis (0%)

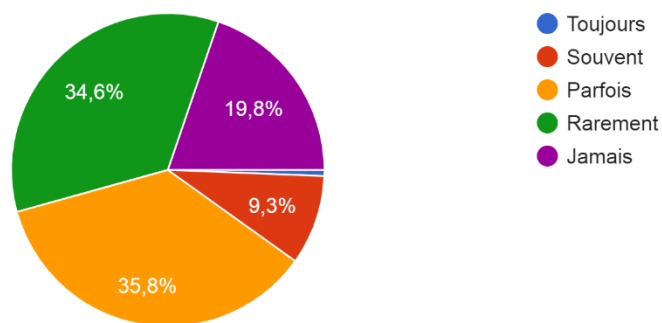


- Vous expliquez la situation et fixez le rdv directement avec sa femme
- Vous expliquez la situation à sa femme et demandez à ce que le patient vous recontacte
- Vous demandez à ce que le patient vous recontacte sans plus d'explications
- Sans avis

Question 11 :

Dans la pratique, vous arrive t-il de donner des informations d'ordre médical aux proches de vos patient ?

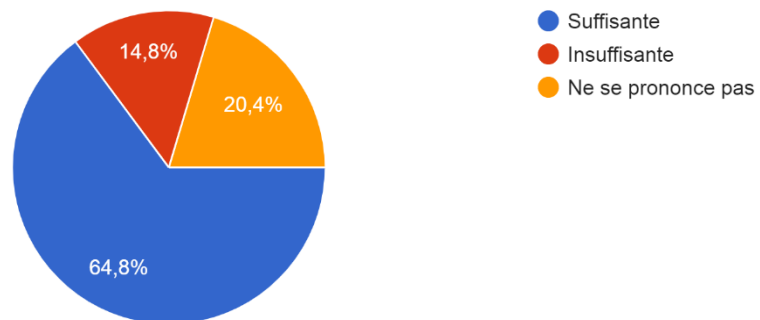
- Toujours (0,6%)
- Souvent (9,3%)
- Parfois (35,8%)
- Rarement (34,6%)
- Jamais (19,8%)



Question 12 :

Vous pensez que que la formation théorique en matière de secret professionnel pendant votre cursus universitaire est :

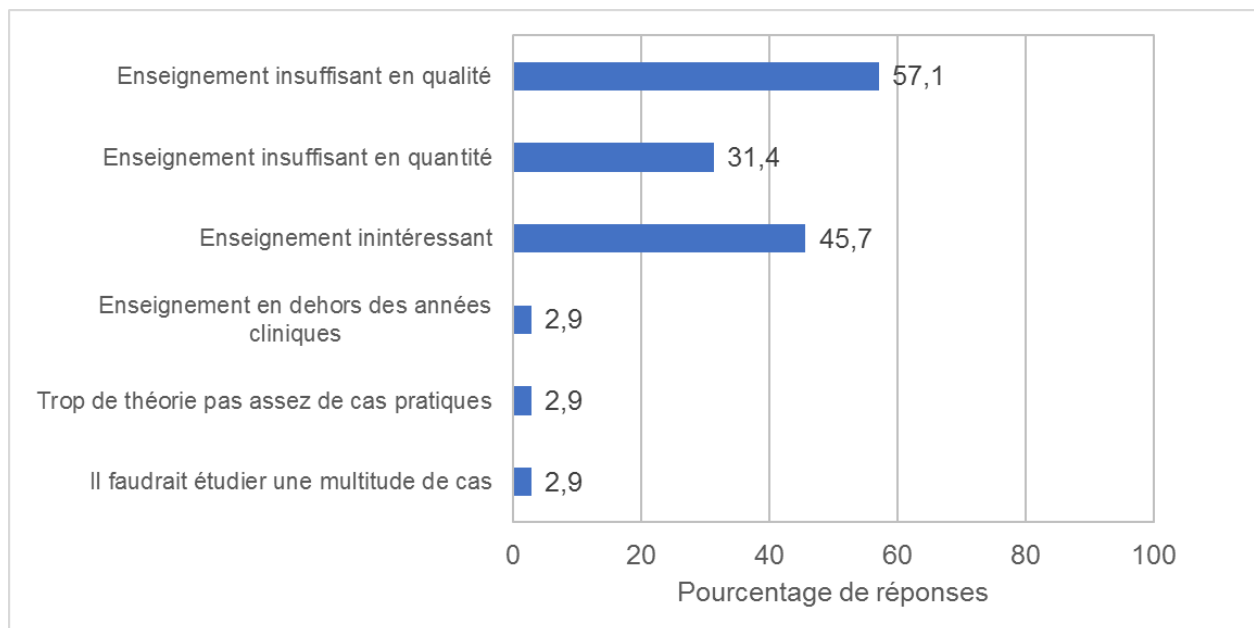
- Suffisante (64,8%)
- Insuffisante (14,8%)
- Ne se prononce pas (20,4%)



Question 13 :

Si la formation théorique vous paraît insuffisante, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

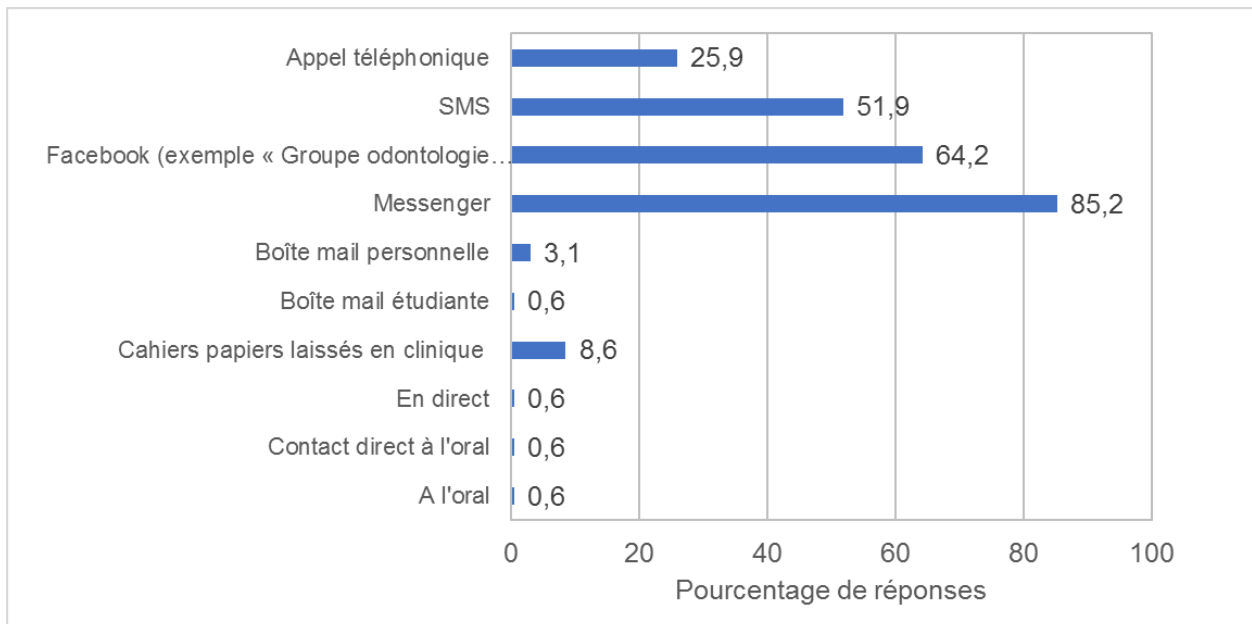
- Enseignement insuffisant en qualité (57,1%)
- Enseignement insuffisant en quantité (31,4%)
- Enseignement inintéressant (45,7%)
- Autre(s) : précisez (2,9%)



Question 14 :

Dans le cadre clinique, vous privilégiez la communication avec les autres étudiants par : (plusieurs réponses possibles)

- Appel téléphonique (25,9%)
- Sms (51,9%)
- Facebook (exemple « Groupe odontologie clinique ») (64,2%)
- Messenger (85,2%)
- Boîte mail personnelle (3,1%)
- Boîte mail étudiante (0,6%)
- Cahiers papiers laissés en clinique (8,6%)
- Autre(s) : précisez (1,8%)



Annexe 11 : Affiche institutionnelle du CHRU informant les patients à propos de leurs données personnelles



Vos données personnelles

Quelle utilisation à l'hôpital ?

Quels sont vos droits ?

Lors de votre consultation ou de votre hospitalisation, nous collectons et traitons des données médicales, sociales et administratives vous concernant. Ces données permettent d'assurer votre prise en charge médicale, la coordination, la continuité et la qualité de vos soins, et aussi de faciliter votre prise en charge hôtelière (comme vos choix pour les repas), la facturation des prestations et, avec votre accord, vous proposer des services.

A tout moment, vous disposez de droits d'accès et de rectification aux données vous concernant, ainsi qu'un droit d'opposition à leur traitement sous réserve d'un motif légitime*.

Les membres de votre équipe de soins, ainsi que toute personne accédant à vos données administratives, sociales et médicales, sont tenus au secret professionnel, et respectent votre vie privée.

Le CHRU de Nancy a nommé un Délégué à la protection des données

La réutilisation des données pour la recherche, l'évaluation, la mise en œuvre des politiques publiques :



Les données de votre dossier médical peuvent être réutilisées dans le cadre de la recherche en santé, par les équipes du CHRU de Nancy, ou d'autres organismes français ou internationaux.



Des échantillons biologiques recueillis dans le cadre de vos soins (prise de sang, biopsie, pièces opératoires...) peuvent être réutilisés dans le cadre de la recherche, du contrôle des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro ou du contrôle qualité.



Des données administratives et médicales alimentent une base nationale des données de santé. Elles permettent de gérer le système de santé (définition et mise en œuvre des politiques publiques, connaissance des dépenses de santé, information sur la santé et l'offre de soins, sécurité sanitaire, recherches études et évaluations...).

Ces données sont anonymisées (vous ne pouvez pas être reconnu)

Vous pouvez à tout moment vous opposer à ces réutilisations

Contacts

Pour l'accès à votre dossier médical :

- Pendant l'hospitalisation ou pour un document récent : adressez-vous au médecin ou à la secrétaire du service qui vous suit
- Dans tous les autres cas : accesdossier@chru-nancy.fr
- Retrouvez les informations et formulaires sur notre site internet www.chru-nancy.fr (Rubrique votre séjour : dossier médical)

Pour toute question sur vos données personnelles et exercer vos droits*, adressez-vous à notre Délégué à la protection des données :

- dpo@chru-nancy.fr
- Plus d'informations sur notre site internet www.chru-nancy.fr (Rubrique mentions légales)

*Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données personnelles et Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée : droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement, de portabilité, d'objection anticipées, droit d'opposition dans le respect des dispositions du Code de la santé publique, droit de formuler une réclamation auprès de la CNIL.



Annexe 12 : L'ouverture du secret partagé à d'autres professionnels de santé (146)

Professionnel exerçant seul		Professionnel membre d'une équipe de soins	
Echange d'informations entre professionnels de la catégorie 1	Echange d'informations entre professionnels de la catégorie 1 et 2	Echange d'informations entre professionnels de la catégorie 1	Echange d'informations entre professionnels de la catégorie 1 et 2
Information préalable du patient mais pas d'obligation légale de préciser la nature de l'information et le destinataire	Information préalable du patient sur : - la nature des informations devant faire l'objet de l'échange, - l'identité du destinataire et la catégorie dont il relève ou sa qualité au sein d'une structure précisément définie.	Pas d'information préalable du patient en cas d'échange d'informations	Information préalable mais pas d'obligations de transmettre l'objet de l'échange et l'identité du destinataire. Transmission encadrée par les recommandations rédigées par HAS et conseils de l'ordre

Catégorie 1 : Professionnels de santé mentionnés dans la quatrième partie du code de la santé :médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien, préparateur en pharmacie, infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, manipulateur d'électroradiologie médicale, audioprothésiste, opticien-lunetier, prothésiste et orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées, diététicien

Catégorie 2 : Professionnels de la liste établie au sein de l'article L1110-2 du code de la santé publique

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	13
TABLE DES ABRÉVIATIONS	14
TABLE DES FIGURES	16
TABLE DES TABLEAUX	19
INTRODUCTION	21
CHAPITRE 1 : LE SECRET PROFESSIONNEL : LA THÉORIE	26
1. Le secret dans les textes.....	27
1.1. Le serment d’Hippocrate	27
1.2. Le Code de la santé publique	28
1.3. Le Code pénal	29
1.4. Le Code de procédure pénale	31
1.5. Le Code de déontologie	32
1.6. La jurisprudence	34
2. La notion de « secret professionnel ».....	35
2.1. La nature de l’information	36
2.2. Le mode d’acquisition « à titre professionnel ».....	38
3. Dérogations obligatoires et facultatives	39
3.1. Les dérogations facultatives : l’option de conscience.....	39
3.2. Les dérogations obligatoires.....	44
4. Secret professionnel partagé.....	48
4.1. En pratique hospitalière	49
4.2. En pratique libérale.....	51
5. L’opposabilité du secret professionnel.....	54
6. Le délit de violation du secret professionnel.....	58
6.1. Conditions de la révélation	58
6.2. Responsabilités en cause.....	58

CHAPITRE 2 : LE SECRET PROFESSIONNEL EN PRATIQUE : ÉTUDE D'UN PRINCIPE REMIS EN QUESTION DANS LE MILIEU ESTUDIANTIN	60
1. Définition de l'étude menée	61
1.1. Introduction.....	61
1.2. Présentation des lieux analysés	61
2.1. Matériel et méthodes	64
2. Résultats obtenus : que se passe-t-il en pratique ?.....	67
2.1. Personnel présent et rôles respectifs	67
2.2. Agencement des locaux	71
2.3. Hébergement des données médicales et extra-médicales	85
2.4. Échanges interprofessionnels.....	89
2.5. Enseignements théoriques et aspect pédagogique	93
2.6. Résultats du questionnaire mené auprès des étudiants	96
3. Discussion des résultats : pistes de résolutions	99
PARTIE 1 : DISCUSSION DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE OBSERVATIONNELLE	99
3.1. Personnel présent et rôles respectifs	99
3.2. Contraintes architecturales : quelques propositions d'améliorations	101
3.3. Hébergement et utilisation des données	102
3.4. Échanges interprofessionnels.....	105
3.5. Aspects pédagogiques	112
3.6. Les sens mis en éveil	118
3.7. Comparaison avec d'autres études menées.....	126
PARTIE 2 : DISCUSSION DES RÉSULTATS DE L'ENQUETE MENÉE PAR QUESTIONNAIRE	129
3.8. Discussion des résultats du questionnaire	129
PARTIE 3 : PROPOSITIONS DE L'AUTEURE AU REGARD DU SECRET PROFESSIONNEL	132
3.9. Définition schématique d'une équipe de soins.....	132
3.10. Proposition d'arbre décisionnel.....	133

4. Limites de l'étude et difficultés rencontrées.....	135
4.1. Concernant l'étude observationnelle des pratiques	135
4.2. Concernant l'enquête menée par questionnaire	135
CONCLUSION	137
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	139
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ÉLECTRONIQUES	146
ANNEXES	156

PHILIPPE Inès –Le respect du secret professionnel par l'externe en odontologie : de la théorie à la pratique–

Nancy : 2019 – 189 pages – 32 figures – 18 tableaux – 12 annexes

Th. Chir.-Dent. : Université Lorraine : 2019

Mots-clés : Déontologie – Éthique clinique – Confidentialité – Étudiant dentisterie – Odontologie

Résumé : Le secret professionnel est un principe fondamental du Code de Déontologie des chirurgiens-dentistes. Cependant, il est à l'heure actuelle remis en question par l'émergence de nouveaux moyens de communications et de nouveaux comportements professionnels. Notre travail a pour objectif d'une part de comprendre les principes législatifs du secret professionnel, de connaître son incidence et son importance dans l'exercice de la profession ; d'autre part d'étudier les comportements estudiantins sous la forme d'une enquête menée au service d'odontologie du CHRU de Nancy, et ainsi d'appréhender les évolutions et solutions possibles afin d'optimiser le respect du secret professionnel au quotidien dans la pratique estudiantine.

Membres du jury :

Pr. É. MORTIER	Professeur des Universités	Président
<u>Dr. C. CLÉMENT</u>	<u>Maître de Conférences</u>	<u>Directrice</u>
Dr. M. HERNANDEZ	Maître de Conférences	Juge
Dr. C. GERBER-DENIZART	Docteur en Chirurgie-Dentaire	Juge
Pr B. PY	Professeur des Universités	Invité

Adresse de l'auteur :

PHILIPPE Inès
4, rue de Bruxelles
54500, Vandœuvre-lès-Nancy

Jury : Président : E. MORTIER – Professeur des universités
 Juges : C. CLEMENT – Maître de conférences des universités
 M. HERNANDEZ – Maître de conférences des universités
 C. DENIZART GERBER – Praticien Hospitalier
 B. PY – Professeur des universités

Thèse pour obtenir le diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire

Présentée par : **Mme Inès PHILIPPE**

Née à : Thionville (Moselle)

le 16 mai 1993

et ayant pour titre : «**Respect du secret professionnel par l'externe en odontologie : de la théorie à la pratique**».

Le président du jury



E. MORTIER

Le doyen,
de la faculté d'odontologie de Lorraine



FACULTÉ
D'ODONTOLOGIE
DE LORRAINE

J.M. MARTRETTE

autorise à soutenir et imprimer la thèse 10792

NANCY, le

Le président de l'université de Lorraine



Université de Lorraine
Le Président

P. MUTZENHARDT